



ACADEMIA NACIONAL
DE MEDICINA

CURSO INTERNACIONAL SOBRE VIOLENCIA Y SU IMPACTO EN LA SALUD

Lima, 2009

Curso Internacional sobre Violencia y su Impacto en la Salud es una publicación de la Academia Nacional de Medicina, destinada a la difusión de asuntos de educación, investigación y temas relacionados a la práctica médica, a la enseñanza universitaria en general y al mejoramiento de la Salud Pública.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito de la Academia Nacional de Medicina.

La responsabilidad del contenido de cada artículo corresponde a su/s autor/es.

Copyright © 2010, Academia Nacional de Medicina.

Diseño y Diagramación: Lic. Bertha Huarez Sosa.

ÍNDICE

Prólogo	5
Palabras del Presidente del Comité de Acción Científica de la Academia Nacional de Medicina	7
Palabras de los Editores	9
Lista de Expositores	11
Ponencias	17
INTRODUCCIÓN AL TEMA: LA VIOLENCIA COMO FENÓMENO SOCIAL VIVO	
<i>Alberto PERALES CABRERA</i>	19
HISTORIA, GEOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL PERÚ	
<i>Fausto GARMENDIA LORENA</i>	36
ESTADO Y VIOLENCIA	
<i>Max HERNÁNDEZ</i>	47
SECUELAS DE LA POBREZA, EL RACISMO Y LA VIOLENCIA ORGANIZADA ENTRE LOS PUEBLOS INDO-AMERICANOS	
<i>Duncan PEDERSEN, M.D</i>	59
VIOLENCIA Y SALUD	
<i>Manuel Eduardo ESCALANTE PALOMINO</i>	96
INDICIOS CLÍNICOS DE VIOLENCIA	
<i>Nelson Raúl MORALES SOTO</i>	109
VIOLENCIA AL ADULTO MAYOR	
<i>Lorenzo BARAHONA MEZA</i>	120
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS, SUICIDIO Y RESILIENCIA EN PUEBLOS INDÍGENAS: EL CASO DE LOS ALGONQUINES DE CANADÁ	
<i>Michel TOUSIGNANT</i>	138
GENERACIÓN, MEMORIA Y VIOLENCIA EN AYACUCHO: PERFIL DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE HUAMANGA, AYACUCHO	
<i>Jefrey GAMARRA CARRILLO</i>	149
VIOLENCIA FAMILIAR Y VIOLENCIA DE GÉNERO	
<i>Nelly Maritza LAM FIGUEROA</i>	153

TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA POLÍTICA <i>Gloria CUEVA VERGARA</i>	174
VIOLENCIA ESCOLAR (<i>bullying</i>) EN COLEGIOS ESTATALES DE PRIMARIA EN EL PERÚ <i>Miguel OLIVEROS, Luzmila FIGUEROA, Guido MAYORGA,</i> <i>Bernardo CANO, Yolanda QUISPE, Armando BARRIENTOS</i>	179
ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA <i>Carlos SAAVEDRA CASTILLO</i>	190
PERSPECTIVAS PSICOANALÍTICAS DE LA VIOLENCIA <i>Saúl PEÑA KOLENKAUTSKY</i>	202
TERAPIA DE EXPOSICIÓN NARRATIVA (NET). MANUAL PARA EL CONSEJERO <i>Ana María SILVA SAAVEDRA</i>	217
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y VIOLENCIA <i>Mirian Teresa SOLÍS ROJAS</i>	234
Presentación del Dr. Duncan Pedersen como Académico Correspondiente por el A.N. Alberto Perales Cabrera, en Sesión Extraordinaria realizada el jueves 02 de abril de 2009	243
Lista de Asistentes	253

PRÓLOGO

Una de las actividades científicas más importantes de la Academia Nacional de Medicina entre las realizadas durante mi gestión como Presidente, fue sin duda el “Curso Internacional sobre Violencia y su impacto sobre la Salud” desarrollado en la ciudad de Lima del 2 al 4 de abril del 2009, el mismo que congregó a expertos nacionales e internacionales, a efecto de actualizar conocimientos, intercambiar experiencias y revisar la doctrina vigente en esta materia.

Motivó la realización del curso el propósito de establecer la repercusión que las diferentes expresiones de violencia pudieran tener sobre el fenómeno Salud-Enfermedad, proponer estrategias para mitigar su incidencia y brindar atención oportuna y apropiada ante su ocurrencia, fuera ésta como manifestación aislada o como componente de comorbilidad.

Docentes de las Universidades Nacionales de San Marcos y Cayetano Heredia y McGill University de Canadá contribuyeron a enriquecer el temario y las discusiones efectuadas.

Es bueno recordar que la violencia es un proceso complejo y de difícil explicación cuyos efectos constituyen un problema de salud pública en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud reconoce que a nivel global causa muertes, lesiones, discapacidades y desórdenes mentales en millones de personas. Muchos pueblos parecen condenados a un sufrimiento interminable por su causa, cuyas consecuencias escapan a las estadísticas de salud pero no deben ser excluidas de los sistemas de atención.

Esta publicación es un aporte que la Academia Nacional de Medicina ofrece a la comunidad, particularmente a los profesionales que deben velar por su salud y bienestar, con la intención de evitar o paliar los dolorosos efectos que la violencia causa a miles de personas. Consideramos que ello es parte de la responsabilidad institucional de dar cumplimiento al mandato de incorporar en el temario de debates de la Academia problemas de transcendencia nacional.

*Dr. Melitón Arce Rodriguez
Presidente, (2008-2009)
Academia Nacional de Medicina*

**PALABRAS DEL PRESIDENTE
DEL COMITÉ DE ACCIÓN CIENTÍFICA
DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**

La violencia constituye un serio problema de salud pública tanto a nivel mundial como nacional.

En el Perú la violencia ha estado presente a lo largo de nuestra historia habiendo habido un periodo agravado entre los años 1980 y 2000 en el que es difícil que algún peruano no haya estado afectado, directa o indirectamente, por acciones de violencia en todas sus manifestaciones, que contribuyeron a la disrupción familiar, deterioro de la calidad de vida, trauma social, discapacidades físicas y mentales, así como daño moral en distintos grupos e instituciones dentro de nuestra sociedad.

La Academia Nacional de Medicina, cumpliendo su rol de liderazgo histórico en la salud pública, ha considerado de la más alta importancia tratar el tema en un Curso Internacional dirigido a generar conciencia entre los profesionales, trabajadores y estudiantes de la ciencia de la salud, para tomar conocimiento de su significado en términos de pérdidas materiales y humanas así como mecanismos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos dirigidos a un enfoque integral del proceso, incluyendo a las víctimas con su entorno, estimulando además el debate y metodología para la recuperación en los distintos estratos desde el individuo a la familia, a la sociedad y al estado.

Este curso, que organiza la Academia Nacional de Medicina, ha sido posible gracias al patrocinio de la Universidad de Mc Gill (Canadá), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Peruana Cayetano Heredia y Facultad, quedando el Comité científico de la Academia Nacional de Medicina, que me honro en presidir, muy agradecido a los participantes nacionales y extranjeros.

AN Dr. Luis Pinillos Ashton.

PALABRAS DE LOS EDITORES

La Academia Nacional de Medicina, por intermedio de su Comité de Acción Científica y el Programa de Trauma y Salud Global de la Universidad de Mc Gill, Canadá, con el patrocinio de las universidades Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, y Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública, desarrollaron el “CURSO INTERNACIONAL DE VIOLENCIA Y SU IMPACTO SOBRE LA SALUD”, del 2 al 4 de Abril de 2009, en el auditorio del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en la ciudad de Lima.

El programa, cubrió una amplia área de este complejo problema con la participación de 20 exposiciones magistrales, 2 Mesas Redondas y 1 Panel, en el cual participaron 4 expertos extranjeros y 14 nacionales. Asistieron, además, 138 profesionales de la salud.

La experiencia presentada por profesionales que han trabajado en el tema en diversos países y culturas, rica en ángulos de análisis y de propuestas sobre la relación Violencia-Salud, ha sido trasladada al presente volumen como exigencia académica de contribución al conocimiento y manejo de tan urgente problema de Salud Pública.

Cumplimos, así, con el lector interesado, poniendo en práctica los fines de la Academia Nacional de Medicina para con la sociedad peruana.

Queremos también señalar, que al interior de la ejecución del programa, el Dr. Duncan Pedersen recibió justo homenaje de Incorporación a la Academia Nacional de Medicina, en calidad de Miembro Correspondiente.

Finalmente, deseamos agradecer a las instituciones y personas que, en diversas formas, contribuyeron a la presente publicación, muy en particular al Laboratorio Roe, que posibilitó su financiamiento, al AA. Saúl Peña, por su valioso apoyo logístico, a la Srta. Cecilia Bedoya P., (Publicista), a nuestro personal de Secretaría: Sras. Estela Soler y Rosario Juárez (ANM) y Fabiola Arroyo (INEN) y a la Srta. Bertha Huarez quien realizó el diseño computarizado de la obra.

Lima, Julio de 2010.

*A.N. Alberto Perales,
A.N. Luis Pinillos,
A.N. Raúl Morales.*

LISTA DE EXPOSITORES



LISTA DE EXPOSITORES

Lorenzo BARAHONA

Profesor Principal de Psiquiatría y Miembro del Programa Permanente de Atención de Víctimas de la Violencia Política de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

E-mail: lorbara@yahoo.com

Gloria CUEVA

Médico Psiquiatra. Jefa del Departamento de Promoción de la Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán. Ex Coordinadora de Equipos Itinerantes de Salud Mental.

E-mail: gcuevav@yahoo.es

Manuel ESCALANTE

Coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Ministerio de Salud. Perú.

E-mail: manuelescalante3@hotmail.com

Jefrey GAMARRA

Antropólogo. Coordinador de Investigaciones del Proyecto Hatun Ñan/ Universidad Nacional San Cristobal de Huamanga. Ayacucho. Perú.

E-mail: jgamarra@unsch.edu.pe

Fausto GARMENDIA

Académico de Número, Vice-Presidente, Academia Nacional de Medicina. Profesor Principal de Medicina; Miembro Permanente, Instituto de Investigaciones Clínica; Coordinador, Programa Permanente de Capacitación para la Atención Integral de las Víctimas de la Violencia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

E-mail: faustogarmendia@yahoo.com

Max HERNANDEZ

Psicoanalista. Secretario Técnico del Acuerdo Nacional.

E-mail: maxhern@terra.com.pe

Nelly LAM

Magister en Medicina y Médico Ginecólogo Obstetra. Profesor Principal de la Facultad de Medicina de San Fernando – UNMSM. Ex directora ejecutiva de Investigación y Docencia del Instituto Nacional Materno Perinatal. Ex jefe de la Sección Maestría de la Unidad de Post Grado de la Facultad de Medicina de San Fernando.

E-mail: nlamfigueroa@yahoo.es

Raúl MORALES

Médico. Sociedad Peruana de Medicina de Emergencias y Desastres. Sociedad Peruana de Medicina Interna. Profesor Principal de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional mayor de San Marcos. Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina.

E-mail: moralessotonelson@gmail.com

Miguel OLIVEROS

Profesor Principal de Pediatría de la Facultad de Medicina de la UNMSM. Miembro del Programa de Capacitación para la Atención Integral de las Víctimas de la Violencia UNMSM. Miembro del Grupo Multidisciplinario de Investigación en Violencia escolar del Vicerectorado de Investigación UNMSM.

E-mail: drmigueloliveros@hotmail.com

Duncan PEDERSEN

Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría y División de Psiquiatría Social y Transcultural de la Universidad de McGill (Canadá). Director Científico Asociado, Programas Internacionales. Douglas Mental Health University Institute - Research Centre. 6875 La Salle Blvd. Montreal, Quebec. H4H 1R3 Canada.

E-mail: duncan.pedersen@mcgill.ca

Webpage: <http://www.mcgill.ca/trauma-globalhealth>

Saúl PEÑA

Miembro Fundador del Royal College of Psychiatrists (Inglaterra). Presidente Honorario de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis. Presidente de la Federación Psicoanalítica de América Latina 1992-94. Profesor Honorario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Académico Asociado de la Academia Nacional de Medicina.

E-mail: saulpk@terra.com.pe

Alberto PERALES

Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina, Presidente del Programa de Investigación en Violencia en el contexto latinoamericano de la Asociación Psiquiátrica de América latina. Profesor Principal de Psiquiatría y Bioética y Ex Director del Instituto de Ética en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Coordinador del Programa de Investigación en Violencia del Vice Rectorado de Investigación de la UNMSM.

E-mail: perales.alberto@speedy.com.pe
perales.alberto@gmail.com

Michel TOUSIGNANT

Profesor del Dpto. de Psicología de la Universidad de Quebec (Montreal, Canadá). Ex -Director del Laboratorio de Investigaciones en Ecología Humana y Social (LAREHS). Investigador especializado en variables socio-culturales y epidemiológicas del suicidio.

E-mail: tousignant.michel@uqam.ca

Carlos SAAVEDRA

Médico Psiquiatra. Magister en Farmacodependencia. Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Jefe de sección de Semiología Psiquiátrica y Psiquiatría. Coordinador Académico administrativo de Sede Docente Hospital Hermilio Valdizán. Coordinador de Subespecialidad de Psiquiatría de la Adicción de la UNMSM.

E-mail: calbertosaavedra@gmail.com

Ana María SILVA

PhD, Universidad de Bielefeld, Alemania. Licenciada en Psicoterapia Clínica, Distance University Hagen y Asociación Alemana de Terapia de la Conducta. Diploma de Psicología, Universidad de Bielefeld, Germany. Asociación Paz y Esperanza, Apartado Postal 15, Ayacucho, Perú. ONG Internacional VIVO.

E-mail: info@vivo.org
www.vivo.org

Miriam SOLIS

Magister en Educación Universitaria. Diplomada en Promoción de la Salud. Doctorado en Salud Pública. Profesora Asociada de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Coordinadora del Área de Formación-DGRH-Ministerio de Salud. Perú.

E-mail: solrojmi@yahoo.es

PONENCIAS



INTRODUCCIÓN AL TEMA: LA VIOLENCIA COMO FENÓMENO SOCIAL VIVO

ALBERTO PERALES C.

La violencia constituye un problema mundial de salud pública que afecta a todos los países en variadas formas, aunque las estadísticas muestran diversas dificultades de sub-registro ⁽¹⁾.

En un seminario latinoamericano sobre el tema, realizado en Lima en el 2004, el Director General de la OMS, Dr. Jong –wook Lee, informó que en el año 2000 la violencia había constituido la 3ra causa de muerte -en proporción casi igual a la tuberculosis- superada, tan solo, por el VIH-Sida. Así mismo, señaló, que el suicidio había producido más muertes violentas que las guerras en ese año, 815,000 casos, (1 suicidio cada 14 segundos); que en el mismo periodo se habían registrado 521,000 homicidios (1 cada minuto) y que, por cada persona asesinada, 50 habían sufrido heridas por causas violentas ⁽²⁾.

En el Perú, por su lado, la violencia política desgarró al país durante el periodo 1980-2000, cobrando un promedio de 69,200 víctimas directas -entre muertos y desaparecidos- (con un margen de error del 5% y un rango de 61,007 a 77,552) y, aproximadamente, 1.5 millones de víctimas indirectas ⁽³⁾. En 1989, la violencia había sido considerada como el tercer problema nacional de salud mental, luego del Sub-desarrollo-pobreza y la corrupción generalizada ⁽⁴⁾.

CONCEPTO: ¿ES LO MISMO AGRESIVIDAD QUE VIOLENCIA?

El Nuevo Diccionario Internacional Webster define **agresividad**, en su tercera acepción, como *“forma de energía psicobiológica, sea innata o producida, o incrementada por una intensa frustración, que puede manifestarse por: a) abierta destrucción, pelear, infligir dolor, ataque sexual o vigorosa convulsión; b) hostilidad o resentimiento encubierto; c) odio a sí mismo o masoquismo; d) sublimación en juegos o deportes; e) Sana asertividad o tendencia a dominar habilidades o alcanzar logros”*. La **violencia**, por el contrario, es definida como: *“uso de cualquier fuerza física para dañar o abusar; acción intensa, turbulenta o furiosa; sentimiento a menudo destructivo”*.

Podría colegirse de ello que una de las claras diferencias entre agresividad y violencia sería que la primera, como energía vital, puede tener valencia positiva o negativa; es decir, ser útil o dañina según la intencionalidad del agente. Recordemos que Aristóteles distinguía el movimiento –segunda naturaleza- del movimiento por violencia. El primero lleva a todo elemento a su lugar natural; el segundo lo aleja ⁽⁵⁾.

En tal perspectiva, puede decirse que, a diferencia de la agresividad, la violencia:

- Es siempre negativa y destructiva mientras que la agresividad, en situaciones especiales, puede ser positiva.
- No depende necesariamente de frustración y cólera, como, por ejemplo, en el caso del sadismo, en el que clínicamente puede apreciarse un componente de placer durante el acto mientras que en la acción agresiva, se puede también apreciar un cierto grado de satisfacción pero vinculado al logro obtenido con tal acción; vale decir, que en la agresión la variable placer no es generadora del acto sino consecuencia.
- No se sublima
- Siempre desordena (la agresividad puede ordenar)
- Es siempre inadecuada y desajustada al contexto.

DEFINICIONES

La Organización Mundial de la Salud define la Violencia como: *“el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*⁽⁶⁾.

Fernando Lolas ⁽⁷⁾ ha precisado que: *“Una conducta es agresiva cuando se dirige a dañar o destruir un receptor (animado o inanimado)”*.

La violencia es rara en la misma especie, pero la humana es singular, tal vez, la única que depreda a sus congéneres.

Por mi parte, quisiera plantear otra definición: *“La violencia es una conducta específicamente humana, de valencia negativa, ejercida individual o colectivamente desde una situación de poder, que deliberadamente afecta, daña o destruye a un receptor animado o inanimado”*.

¿CÓMO SE EXPRESA LA VIOLENCIA?

Según Enrique Baca *“La violencia posee una dimensión básicamente interindividual. Sea cual fuere su origen, sus causas, motivaciones inmediatas que la acompañan, circunstancias que la favorezcan, provoquen o determinen y el contexto en que se dé, la violencia de un ser humano sobre otro acaba resolviéndose y materializándose en el dúo que forman el agresor y el agredido.....incluso cuando es mutua o multitudinaria se resolverá siempre en la aparición simultánea o sucesiva de ambos protagonistas”*⁽⁸⁾.

De aceptar esta tesis, sin embargo, parecería imposible ubicar al suicidio dentro del concepto de violencia, pues este ocurre en un ser humano en solitud. La realidad es que el suicida actúa en un doble rol, de agresor y agredido.

Baca postula un interesante análisis de la violencia en diferentes áreas que resumiremos muy brevemente. La **Violencia Política**, cuya aspiración final es la guerra civil, *“Nace de un deseo de cambiar un sistema (percibido como) opresor y/o alienante”*. Se apoya en el convencimiento, de los que intentan el cambio, que toda comunicación con los que desean conservarlo es imposible. Por su lado, la **Violencia Revolucionaria**, primariamente dirigida contra el sistema, se autojustifica en la aspiración a convertirse en acción liberadora, aun para los agredidos. En realidad, es una violencia contra las personas que el revolucionario identifica con el sistema. En la misma línea de pensamiento, Baca califica a la **violencia terrorista**, como una perversión de la violencia política, que, para consolidarse, requiere de un proceso de *construcción del enemigo* basado en lo siguiente:

- 1) Despojar al *Otro-Persona* de toda característica humana, para así eliminarlo sin consideración alguna.
- 2) Proyectar a este *Otro*, su propia responsabilidad (la del terrorista).

- 3) Diluir la culpa bajo el convencimiento de “*estar haciendo lo correcto*”⁽⁸⁾.

Distinta dinámica señala Baca para lo que denomina la **violencia en lo cotidiano**, básicamente dependiente de condiciones de frustración. Como sabemos, el rol de la frustración en la conducta agresiva ha sido estudiada en la teoría frustración-agresión⁽⁹⁾.

Finalmente, Baca describe la **Violencia Sádica**, entre cuyas características el placer en la degradación, el dolor, la humillación y la destrucción final del otro resultan centrales. Aquí, a diferencia de lo observado en la violencia terrorista, no se requiere del proceso de construcción del enemigo para cosificar a la víctima. Todo lo contrario, el sádico debe mantenerla como persona para agredirla, destruirla y gozar con su sufrimiento, buscando expresamente que dicho goce sea percibido por aquella como tal. La violencia sádica, característica específicamente humana, sorprende en su capacidad de ignorar la ley que los etólogos descubrieron para la agresividad intra-específica en los animales; el cese o atenuación de la misma cuando se evidencia la actitud de entrega y/o rendición del agredido. En el hombre, este freno no siempre se da, se dan casos en que la rendición o pedido de piedad de la víctima al perpetrador, más bien, exacerban la violencia de este último. Dice Baca, “*se da por tanto una violencia -no adaptativa- que va más allá de cualquier función biológica y de salvaguardia del individuo o de la especie y que parece constituir un triste privilegio de la condición humana*”⁽⁸⁾ y de su potencial perverso.

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA VIOLENCIA?

Como conducta específicamente humana, la violencia ha existido desde que el hombre habita la tierra. Ilustres líderes identificaron algunas de sus características. Por ejemplo, Mahatma Gandhi, (1869 -1948), precisa lo siguiente: “*No puedo enseñarte violencia pues yo mismo no creo en ella. Sólo puedo enseñarte a no agachar la cabeza ante nadie, aún a costa de tu propia vida*”. Con ello, nos advierte que para practicar la violencia hay que estar convencido de su conveniencia, y generar, sobre tal base, la **motivación**

correspondiente. La conducta violenta, como toda conducta humana, se inicia, así, en el pensamiento.

Más aún, si nos remontamos 24 siglos atrás, apreciaremos las sabias palabras de Aristóteles (384 -322 A.C), quién, sin mencionar conceptos de auto o hétero-control, se refiere a ellos cuando dice: *“Cualquiera puede encolerizarse -eso es fácil, pero encolerizarse con la persona correcta, con la intensidad correcta, en el momento correcto, por el motivo correcto, y en la forma correcta - eso no está en el poder de todos y no es fácil”*. Es decir, los mecanismos de autocontrol son indispensables para expresar la agresión adecuadamente. Y además señala: *“En su máxima expresión el hombre es el más noble de todos los animales; separado de la ley y la justicia es el peor”*. Significando que la ley y la justicia son los mecanismos de control social que el hombre ha construido para sojuzgar sus tendencias hostiles y vivir en paz. Veremos más adelante, como la alteración de estos dos elementos, **auto y hétero-control**, viene permitiendo una violencia creciente en nuestra actual sociedad.

Describiremos ahora, de manera abreviada, cómo se manifiesta la violencia en diversas áreas de la vida humana.

VIOLENCIA Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que *“1.2 millones de personas mueren en accidentes de tránsito cada año y, aproximadamente, 50 millones más resultan heridas. Si estas tendencias continúan el número de muertes y accidentados en las pistas del mundo aumentará en un 60% entre el año 2000 y el 2020. La mayor parte de ellas ocurrirá en países en desarrollo”*⁽⁶⁾.

En el Perú, la Estrategia Sanitaria de Accidentes de Tránsito, del Ministerio de Salud informó en el 2005, que estos ocasionaron la muerte de 12,111 personas, en el periodo 2000-2003. De ellos, 9434 eran hombres y 2677, mujeres ⁽¹⁰⁾. Listan 7 factores de riesgo pero no consideran dos que me parecen muy importantes: a) la gran informalidad del sistema; y, b) La corrupción imperante en la aplicación de las correcciones que la ley exige, lo que contribuye a que los infractores no corrijan su conducta.

VIOLENCIA Y ENFERMEDAD MENTAL

En el inconsciente colectivo la asociación **enfermedad mental=violencia** está fuertemente arraigada. Para la opinión pública todo paciente psicótico entraña potencial agresivo que, eventualmente habrá de desbordarse en violencia hacia alguna víctima. Clínicamente, sin embargo, se sabe que cuando un psicótico mata a una persona, esta suele ser alguien conocida para él/ella, e inmersa en su sistema delusivo, especialmente de persecución o influencia. Teixeira et al, en un estudio realizado al respecto, informan que sólo un pequeño porcentaje de la violencia que afecta a la sociedad puede ser adscrita a pacientes psiquiátricos. En la muestra estudiada, encontraron que el mayor riesgo se asociaba a co-morbilidad entre trastorno esquizofrénico y abuso de sustancias ⁽¹¹⁾.

Foley et al, en un estudio realizado en pacientes psicóticos (primer episodio), corrobora el riesgo de co-morbilidad con abuso de sustancias, señalando que, *“en general, aunque estos pacientes muestran alta tasa de agresividad verbal, es poco común que ésta se traduzca en violencia física hacia otros durante el primer episodio psicótico”* ⁽¹²⁾.

¿POR QUÉ SE PRODUCE LA VIOLENCIA?

Aceptada su multicausalidad, los factores explicativos de la violencia pueden agruparse en tres variables que conjugan bien con las dimensiones inmersas en la definición de salud: biológicas, psicológicas y sociales. Intentaremos, ahora, destacar algunos aportes coherentes con este enfoque.

Factores Explicativos Biológicos

Genéticos:

Rueve ME y Welton RS, afirman que no existe evidencia de un gen específico. Mayor probabilidad tendría la hipótesis de una causalidad poligénica ⁽¹³⁾. Sobre este factor genético, la psiquiatría acepta indicadores clínicos indirectos, tales como: historia familiar de hechos violentos, antecedentes de personalidades antisociales o ideación e intentos homicidas en la familia. La presencia de estos

últimos en los antecedentes familiares, se asocia a conductas de violencia extrema.

Connor et al (1980) estudiaron la relación de la conducta agresiva y variables genéticas, encontrando claras vinculaciones ⁽¹⁴⁾.

Neurotransmisores:

Para comprender el rol de los neurotransmisores en las conductas violentas se cuenta con estudios hechos en pacientes suicidas y ensayos clínicos en pacientes agresivos. Los resultados generales señalan una alteración serotoninérgica con disminución del ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido céfalo raquídeo. También se ha observado que un aumento de la dopamina en las vías mesolímbicas dopaminérgicas se asocia a un incremento de irritabilidad y agresividad; y, finalmente, que el efecto estimulante de ciertas drogas sobre el SNC, por incremento de la actividad noradrenérgica, se asocia a un aumento de la agresividad. Por su parte, Haller et al. vienen trabajando sobre los nuevos modelos que diferencian la agresividad humana anormal en dos tipos, (psicopatológica y fisiopatológicamente diferenciables): una, vinculada a hiperactivación y otra, a hipoactivación. La primera aparece clínicamente en el trastorno Explosivo Intermitente, el TEPT, la depresión y el síndrome de “burn out”; la segunda en el Trastorno Antisocial de la Personalidad y las Conductas Disociales de la infancia. La de hiperactivación se vincula a una respuesta aguda al estrés, excesiva en glucocorticoide y probablemente también en respuestas exageradas de otros sistemas biológicos vinculados al estrés; mientras que la segunda, constituiría un estado crónico de hipoactivación vinculado a una respuesta con déficit de glucocorticoides y alteraciones serotoninérgicas que afectaría la función cerebral en el largo plazo ⁽¹⁵⁾.

Imagenología

Estudios realizados con PET y SPECT han mostrado deficiencias en la región frontal o pre-frontal, sugiriendo problemas en las funciones ejecutivas. Bufkin & Luttrell, 2005, revisaron 17 estudios de neuroimagen realizados en delincuentes agresivos y violentos. Encontraron que las áreas asociadas a historia de conducta violenta,

particularmente de actos impulsivos, se encuentran ubicadas en la corteza pre-frontal y temporales mediales, configurando mecanismos de control emocional negativo ⁽¹⁶⁾. Otros estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) reiteran la importancia de la región pre-frontal y su asociación con conductas impulsivas y agresivas ⁽¹⁷⁾. Asimismo, George et al, utilizando PET en un grupo de perpetradores de violencia doméstica encontraron diferencias significativas con controles en cuanto a un menor metabolismo en la región hipotalámica derecha y menores correlaciones entre las estructuras corticales y subcorticales ⁽¹⁸⁾. Otros estudios muestran la importancia del lóbulo temporal izquierdo en estas conductas ⁽¹⁹⁾. Del mismo modo, es bastante conocida la importancia de la amígdala en la conducta agresiva ⁽²⁰⁾.

Becker et al. realizaron un estudio longitudinal de 10 años buscando asociación entre factores familiares de riesgo, conducta incendiaria y de crueldad con los animales y comportamiento delincuencial en la adolescencia. Los resultados mostraron que la conducta violenta con la pareja y con la mascota y el alcoholismo del padre se asociaban significativamente con la conducta incendiaria; mientras que la exposición a la violencia de pareja, y actitudes rudas paterna y materna se asociaban a crueldad con los animales. El análisis de regresión mostró que la conducta incendiaria aumentaba 3 veces la probabilidad de tener problemas con la ley por actos violentos; y el análisis de los autoinformes de los probandos mostró asociación entre los antecedentes de crueldad con los animales y conducta criminal violenta ⁽²¹⁾.

Seidenwurm D et al. estudiaron 7 pacientes con historia de conducta extremadamente violenta. Los estudios fueron realizados con PET, FDG (fludeoxyglucose F18), mapeo cerebral eléctrico, RM, pruebas neuropsiquiátricas y neuropsicológicas, además de examen médico completo. Los compararon con 9 pacientes controles. En el grupo de pacientes violentos se detectaron anormalidades metabólicas en los lóbulos temporales, que correlacionaban con anormalidades electrofisiológicas límbicas y los hallazgos de la evaluación neuropsiquiátrica ⁽²²⁾.

Factores Psicológicos

Sobre la base de una gestación y parto normales, una conformación física normal, nutrientes biológicos y cuidados afectivos maternos y familiares adecuados en la infancia, un ser humano tendrá alta probabilidad de convertirse en una personalidad normal sin mayores dificultades.

En tal sentido, el vínculo afectivo con la figura materna es fundamental (Teoría del vínculo o del apego) J Bowlby ⁽²³⁾ y M Ainsworth ⁽²⁴⁾, y ésta se reforzará aún más, si la madre recibe, de parte de su pareja, los necesarios elementos de seguridad y de protección emocional y económica, conformando el núcleo familiar que asegura las bases del desarrollo del niño.

Pedro Ortiz, ha señalado que de este modo, la sociedad, representada para el niño por el sub-sistema microsistema familiar, le proveerá no sólo nutrientes físicos sino, también, la necesaria información social, que este habrá de codificar en su neocortex. Ello ocurrirá en un lento proceso que lo conducirá a crear su conciencia y convertirá, gradualmente, en una personalidad útil a la sociedad a la que pertenece. La información social, que incluye la cultura en general y los valores, en particular, serán reforzados o modificados por la escuela y la propia sociedad a través de muchos canales de influencia ⁽²⁵⁾.

Alteraciones en estos procesos crearán diversos grados de psicopatología que no podemos examinar en esta apretada introducción. La investigación científica ha sido consistente en demostrar la relación entre los trastornos disociales de la personalidad y las conductas agresivas y/o violentas. Patterson y Forgatch han precisado el concepto de “triada antisocial” que debe alertar a los padres sobre el riesgo del niño en este sentido cuando en su conducta se observa una clara tendencia a: la desobediencia, las “rabieta” y al evitamiento de responsabilidades ⁽²⁶⁾.

Factores Sociales

Volant et al, dan sustento científico a estas reflexiones. Sobre los hallazgos de varios estudios norteamericanos que encuentran

una asociación entre violencia doméstica y abuso de animales, evalúan tal conexión en población australiana. Un grupo de 24 mujeres, provenientes de familias con violencia doméstica, fueron comparadas con controles. Diferencias significativas respecto a conducta o amenaza de abuso de animales (mascota familiar) por parte de la pareja o de otros miembros de la familia fueron halladas a favor del grupo de violencia doméstica. Asimismo, los niños de tales familias, que habían presenciado dichas conductas, cometieron significativamente más abuso con animales que los del grupo control. Análisis de regresión logística reveló que la mujer cuya pareja amenazaba con maltratar a la mascota, tenía 5 veces más probabilidad de pertenecer al grupo de violencia doméstica ⁽²⁷⁾. Por su lado, Ascione et al, confirman la asociación entre violencia de género y abuso de mascotas, encontrando, además, que en mujeres sin hijos, tal problema puede retardar la conducta de búsqueda de ayuda a los Centros de Atención ⁽²⁸⁾.

Actualmente hay consenso clínico que los adultos violentos muestran diferencias significativas con controles no-violentos, respecto a antecedentes de haber sido víctimas de abuso en su vida infantil, haber tenido pobres modelos parentales, bajo soporte social y pobres experiencias escolares.

Una excelente revisión sobre la interacción de estos factores ha sido publicada por Laura Baker et al, 2006 ⁽²⁹⁾.

Más aún, hay amplia evidencia sobre el efecto nocivo de los programas de televisión con temáticas violentas –de ficción o representación personal- en los seres humanos, particularmente en menores de edad ⁽³⁰⁾.

Por otro lado, nuestra sociedad contribuye a empeorar el panorama de la violencia al mostrar:

- Una actitud de observador externo no involucrado.
- Una curiosidad morbosa por la relación **noticia-hecho traumático**, generando que las noticias y programas sobre hechos violentos se vendan a buen precio.

- Una banalización de la violencia y de la muerte, con un implícito mensaje de *“mientras no me toque a mí o a mi familia el problema no es mío sino de las autoridades”*.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA

Hay poca información sobre qué razones explican la escasa conducta de búsqueda de ayuda de parte de las víctimas de violencia hacia los Servicios de Atención de Salud y la calidad de atención que reciben. Se requiere de mayor investigación científica al respecto; mientras tanto, apuntamos ciertas observaciones clínicas.

De parte de las víctimas:

- Una actitud de ocultamiento o negación del trauma, que conduce a serio sub-registro de los actos violentos, particularmente cuando estos se producen en la propia casa. La OMS informa que sólo 1 de cada 7 víctimas denuncia el hecho ⁽⁶⁾.
- El temor de la víctima a recordar los hechos traumáticos, tanto para no re-experimentar el sufrimiento cuanto para evitar que una denuncia sobre el perpetrador conduzca a represalias violentas de éste.
- La falta de estructuración social de la enfermedad. En víctimas de violencia política de la ciudad de Huaycán (Perú), que no acudían a los Servicios de Atención de Salud, encontramos que consideraban los traumas sufridos no como enfermedad sino como “sufrimiento”; una consecuencia de su triste destino, más vinculada a su vida espiritual que a su realidad física. Consecuentemente, la conducta de búsqueda de ayuda se dirigía más al sacerdote y a la Iglesia que al médico y al Hospital ⁽³¹⁾.

De parte del profesional de salud ante la víctima:

Tres son los factores que participan en una adecuada atención integral de las víctimas de la violencia en nuestros sistemas de atención de salud:

- 1) Nivel de conocimientos y experiencia previa del personal de salud. Facilitan o dificultan, según sea el caso, la necesaria relación emocional con la víctima, tan importante en estos casos.
- 2) La motivación personal. No todos los miembros del personal de salud pueden trabajar con víctimas de la violencia. Estos casos exigen gran demanda emocional al propio profesional. Aquí resulta fundamental conocer los niveles de contratransferencia, no sólo por el bien del paciente sino por el riesgo del síndrome de *burn out* al que está expuesto el profesional.
- 3) En épocas pasadas, fue factor importante el temor del propio profesional de salud a dar atención a las víctimas de la violencia por la posibilidad de que, siendo un terrorista herido, fuera él (el profesional), equivocadamente, considerado cómplice encubierto con las consecuencias legales del caso. Por tal motivo, en muchos casos se impusieron las consultas anónimas, en las cuales el profesional expresamente pedía a la víctima que no se identificara para no tener información sobre él/ella que pudiera comprometerlo.

¿CÓMO PODRÍAMOS INTEGRAR EL ENFOQUE CAUSAL DE LA VIOLENCIA?

LA VIOLENCIA COMO FENÓMENO VIVO

“*Yo soy yo y mi circunstancia*”, dice Ortega y Gasset, ya en sus *Meditaciones del Quijote* ⁽³²⁾. Aunque Ortega no fue muy específico respecto a qué elementos componían *la circunstancia*, deja entender, en otros escritos, que ésta, la realidad circundante, forma la otra mitad de la persona. El hombre se encuentra inmerso, sumergido como ser, en una circunstancia (mundo o naturaleza) que es el constitutivo básico de la vida, el conjunto de realidades que determinan sus posibilidades vitales, algo que puede favorecer u obstaculizar su proyecto de vida; es decir, su destino, y que sólo a él corresponde escoger.

Traduciendo lo dicho por Ortega a la perspectiva de Ortiz, aceptaríamos que “*Yo soy Yo y mi circunstancia*” se corresponde con “*Yo soy Yo y la información social que mi sociedad me provee*”

y mi neocortex registra". De darse ello en un ambiente moral, mis probabilidades de ser un hombre íntegro se magnifican; de hacerlo en un ambiente corrupto y violento, mis riesgos de seguir tal rumbo también se incrementan. La diferencia la marcará mi carácter—como decía Ortega- o en términos psicológicos, mis controles yoicos y superyoicos para diferenciar lo bueno de lo malo.

Sabemos que los fenómenos vivos siguen un ciclo conocido, que se repite en las diferentes especies: nacen, crecen, se reproducen y mueren. Todo fenómeno vivo requiere de dos elementos interconectados: el fenómeno en sí y el medio o entorno (circunstancia) que lo alimenta.

Por ejemplo, en la Figura 1 se aprecia un ser vivo, un feto de 7 semanas. Está en pleno desarrollo, inmerso en su circunstancia uterina que lo nutre, protege y facilita su crecimiento. *La circunstancia*, por sí sola, sin un embrión, genéticamente determinado, no es capaz de crear un ser vivo; este último, sin su circunstancia, no tiene probabilidad alguna de vivir. Ambos son interdependientes, se



Figura 1. Feto de 7 semanas en plena fase de desarrollo.

necesitan para que el fenómeno vivo de un nuevo ser se produzca. Si alguien deseara interrumpir este proceso, no requeriría atacar directamente al feto, bastaría con que destruya ciertos elementos clave de *la circunstancia* y el fenómeno vivo se truncaría.

Del mismo modo, la violencia como fenómeno vivo, no nace por azar. Es creación humana que se desarrolla y continúa su existencia **sólo si goza de una circunstancia (ambiente o entorno) que la nutra y estimule.**

Por ello, proponemos enfocar la violencia como un **fenómeno social vivo** que existe desde que los hombres existen, para comprender que:

- 1º Como parte de la sociedad (*circunstancia*) que la genera, alimenta y estimula, cada uno de nosotros no es espectador sino **actor**.
- 2º La violencia no está fuera de nosotros sino **fuera y dentro de cada uno de nosotros.**
- 3º Las condiciones sociales de *la circunstancia* que la generan no cambiarán a menos que **nosotros** hagamos algo al respecto.

PALABRAS FINALES

Desde esta perspectiva, la solución del problema no es responsabilidad exclusiva de las fuerzas del orden, del Ministerio de Salud o del Estado, sino de toda la sociedad en su conjunto.

Asimismo, y tal como señalaba Aristóteles, que sin controles sociales (ley y justicia) la violencia se desborda, nuestra percepción social es que dicho héterocontrol viene fallando en nuestra sociedad contemporánea, por la escasa valoración de respeto que otorga a los Derechos Humanos y la generalizada práctica de la impunidad de los infractores, en razón de manejos políticos o corruptas prácticas de soborno.

Creemos que el objetivo realista no será erradicar la violencia eliminando a todos los que la practican (pues –en menor o mayor grado– participan todos los miembros de la sociedad) sino

neutralizando o superando los elementos clave de *su circunstancia nacional* que la nutre y estimula. La meta será aspirar a controlar su desarrollo, reforzando los mecanismos de hétéro-control social (leyes que se apliquen con justicia, combate a la corrupción, transparencia en la administración pública, lucha contra la pobreza, desigualdad y discriminación, y otros); al mismo tiempo que reforzando los mecanismos de auto-control, a través de un reforzamiento de la familia como célula social y de un sistema educativo coherente y orientado no sólo a la instrucción académica sino al desarrollo moral e íntegro de los peruanos con siembra de valores nacionales.

Reiteramos, finalmente, la necesidad de someter a la violencia al escrutinio de la investigación científica y a comunicar sus resultados, en forma clara, sencilla y comprensible, a los niveles de decisión política pertinentes.

REFERENCIAS

1. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World Mental health. Problems and Priorities in Low-Income Countries. Oxford University Press. New York, 1995. OMS World Report on Violence and Health. Geneva, 2002.
2. Jong-Wook Lee. Perspectiva Global de la Violencia. En: Violencia en Latinoamérica. A. Perales (Ed). Actas del Seminario Taller Latinoamericano "Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Salud para la Atención Integral de Víctimas de la Violencia y Violación de Derechos Humanos. Lima, 2004. p. 27-35.
3. Comisión de la Verdad y Reconciliación. Informe Final. Conclusiones y Recomendaciones. Aprodeh. Lima, 2003.
4. Perales A. Concepto de Salud Mental: La Experiencia Peruana. Anales de Salud Mental. 1989;V(1 y 2):103-10.
5. Aristóteles. Obras. Traducción del griego, estudio preliminar, preámbulos y notas por Francisco de P. Samaranch. Aguilar. S.A. Madrid, 1964.
6. OMS. World Report on Violence and Health. Geneve, 2002.
7. Lolas F. Agresividad, agresión y violencia. En: Vidal G, Alarcón R, Lolas F (Eds). Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tomo II. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 1995. p. 47.
8. Baca Enrique y Cabanas ML (Eds). Las Víctimas de la Violencia. Editorial Triacastela. Madrid, 2003.
9. Berkowitz L. Frustrations, appraisals, and aversively stimulated aggression. Aggressive Behavior. 14:3-11 (Published on line 13 Feb 2006).
10. Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria de Accidentes de Tránsito, 2005.

11. Teixeira EH, Pereira MC, Rigacci R, Dalgalarondo P. Esquizofrenia, psicopatología e crime violento: uma revisão das evidencias empiricas. *J Bras Psiquiatr.* 2007;56(2):127-33.
12. Foley SR, Kelly BD, Clarke M, McTigue O, Gervin M, Kamali M, Larkin C, O'Callaghan E, Browne S. Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophr Res.* 2005;72(2-3):161-8.
13. Rueve ME, Welton RS. Violence and mental illness. *Psychiatry.* 2008;35.
14. O'Connor M, Foch T, Sherry T, Plomin R. A twin study of specific behavioral problems of socialization as viewed by parents. *Journal of Abnormal Child Psychology.* 1980;8(2):189-99 (1573-2835 Online).
15. Haller J, Mikics E, Halasz J, Toth M. Mechanisms differentiating normal from abnormal aggression: Glucocorticoids and serotonin. *European Journal of Pharmacology.* 2005;526(1-3):89-100.
16. Bufkin JL, Luttrell VR. Neuroimaging studies of aggressive and violent behavior: current findings and implications for criminology and criminal justice. *Trauma Violence Abuse.* 2005;6(2):176-91.
17. Meyer JH, Wilson AA, Rusjan P, Clark M, Houle S, Woodside S, Arrowood J, Martin K, Colleton M. Serotonin 2A receptor binding potential in people with aggressive and violent behaviour. *J Psychiatry Neurosci.* 2008;33(6):499-508.
18. George DT, Rawlings RR, Williams WA, Phillips MJ, Fong G, Kerich M, Momenan R, Umhau JC, Hommer D. A select group of perpetrators of domestic violence: evidence of decreased metabolism in the right hypothalamus and reduced relationships between cortical/subcortical brain structures in position emission tomography. *Psychiatry Res.* 2004;130(1):11-25.
19. Volkow ND, Tancredi L. Neural substrates of violent behaviour. A preliminary study with positron emission tomography. *Br J Psychiatry.* 1987;151:668-73.
20. Purves D, Augustine GJ, Fitzpatrick D, Katz LC, LaMantia AS, McNamara JO. *Invitación a la Neurociencia. Capítulo 27. Emociones.* Editorial Médica Panamericana. 2001.
21. Becker KD, Stuewig J, Herrera VM, McCloskey LA. A study of firesetting and animal cruelty in children: family influences and adolescent outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(7):905-12.
22. Seidenwurm D, Pounds TR, Globus A, Valk PE. Abnormal temporal lobe metabolism in violent subjects: correlation of imaging and neuropsychiatric findings. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1997;18(4):625-31.
23. Bowlby J. *El Apego (El apego y la pérdida I).* Paidós Ibérica. Barcelona, 1998.
24. Ainsworth M. Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development.* 1969;40:969-1025.
25. Ortiz P. *Introducción a una Psicobiología del Hombre. Segunda Edición.* Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2009.

26. Patterson G, Forgatch M. Parents and Adolescents. Living together. Castalia Publishing Company. Eugene. OR. USA, 1987.
27. Volant AM, Johnson JA, Gullone E, Coleman GJ. The relationship between domestic violence and animal abuse: an Australian study. *J Interpers Violence*. 2008;23(9):1277-95.
28. Ascione FR, Weber CV, Thompson TM, Heath J, Maruyama M, Hayashi K. Battered pets and domestic violence: animal abuse reported by women experiencing intimate violence and by nonabused women. *Violence Against Women*. 2007;13(4):354-73.
29. Baker L, Bezdjian, Raine A. Behavioral Genetics: The science of antisocial behavior. *Law Contemp Probl*. 2006;69(1-2):7-46.
30. Gunter B, Furnham A. Perceptions of television violence: effects of programme genre and type of violence on viewers' judgements of violent portrayals. *Br J Soc Psychol*. 1984;23 (Pt 2):155-64.
31. Perales A. Situación de la Violencia y de la Formación de Recursos Humanos en Salud en el Perú. En: *Violencia en Latinoamérica*. A. Perales (Ed). Actas del Seminario Taller Latinoamericano "Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Salud para la Atención Integral de Víctimas de la Violencia y Violación de Derechos Humanos". Lima, 2004. p. 206-15.
32. Ortega Y, Gasset J. *Obras Completas*. Vol I (1902-1916). Sexta Edición. *Meditaciones del Quijote* (1914). Revista de Occidente. Madrid, 1963.

HISTORIA, GEOGRAFÍA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL PERÚ

FAUSTO GARMENDIA LORENA*

INTRODUCCIÓN

La violencia está ligada a la historia de la humanidad, desde la narración bíblica del Antiguo Testamento sobre el asesinato de Abel en manos de su hermano Caín hasta nuestros días. En todos los tiempos, se han producido tantos conflictos que se puede llegar a la conclusión que la violencia está ligada a la naturaleza humana. Del mismo modo, en la historia del Perú, se puede apreciar que desde las culturas pre-incas, la expansión de la cultura Inca, la conquista del Perú por los españoles, los quinientos años de la colonia o virreinato y los 187 años de la República se han producido diversas formas de violencia, en los que se han violado, con reiteración, los más esenciales derechos humanos.

Los derechos humanos son los derechos personales y colectivos, reconocidos por las sociedades organizadas en forma internacional, inherentes al respeto de la dignidad de la persona humana, que fueran promulgados en el año 1948 mediante la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DDHH) por la III Asamblea General de las Naciones Unidas ⁽¹⁾. En el Perú estos derechos se elevaron a la categoría de Pactos Colectivos el 16 de diciembre de 1966 y muchos de sus principios han sido incorporados a la actual Constitución de la República ⁽²⁾.

HISTORIA DE LA VIOLENCIA EN EL PERÚ

No existe una historia específica sobre la violencia a través de la historia del Perú, por lo que se ha tomado en cuenta los aportes

* Académico de Número, Vice-Presidente, Academia Nacional de Medicina.
Profesor Principal de Medicina; Miembro Permanente, Instituto de Investigaciones Clínica;
Coordinador, Programa Permanente de Capacitación para la Atención Integral de las Víctimas
de la Violencia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

de los cronistas, historiadores, antropólogos y arqueólogos que, en diferentes momentos, han reconstruido la historia a lo largo de sus diferentes etapas y de sus diversas expresiones culturales ⁽³⁾.

PERÚ PRE INCA

Antes del advenimiento de la cultura Inca, en el Perú se desarrollaron, tanto en la costa como en la región andina y la selva, muy diversas culturas, que estuvieron sometidas a continuos procesos de conquista de unos pueblos sobre otros, lo que conllevó a la utilización de la violencia física, psicológica, social y cultural, dada la diversidad de su estructura social y religiosa. Entre esas culturas destacan Caral, Chavín, Tiahuanaco, Wari, Paracas, Nazca, Chachapoyas, Mochica, Chimú.

Aparte de las acciones armadas, de conquista, sojuzgamiento y esclavización, se deben considerar a las actividades mágico-religiosas de naturaleza ritual, entre las que destacan los sacrificios humanos y las formas de entierro, diferentes de acuerdo al status social. Los grandes señores, como el de Sipán, se enterraban con familiares y personas de su servicio. Los entierros reflejaban la función y lugar de cada persona dentro de su sociedad.

ÉPOCA INCA

La cultura Inca se desarrolla a partir del año 1200 D.C. y se expande no sólo por el territorio del Perú actual, sino que por el norte llega hasta Ecuador y Colombia y por el sur hasta el río Maule, en Chile, parte de Bolivia y el norte de Argentina. Los Incas fueron guerreros y sojuzgaron a muchas otras culturas, como lo fueron los romanos en Europa. La existencia de una casta militar, la construcción de fortalezas y la utilización de diversas armas como las makanas, huarakas, así como el desarrollo de la medicina de guerra mediante las trepanaciones e inmovilizaciones de miembros fracturados demuestran su preparación para la guerra. Tuvieron enemigos permanentes como los Chancas y los Huancas, con los que utilizaron otras formas de violencia como los mitimaes o exilios forzosos; impusieron su idioma, sus creencias religiosas y su organización social.

LA CONQUISTA DEL PERÚ

La conquista del Perú por los españoles no fue pacífica, por el contrario, se expresó mediante la violencia de la confrontación bélica, que tuvo éxito muy rápido por la ayuda que los españoles tuvieron de los pueblos que anteriormente habían sido sojuzgados por los Incas, el ajusticiamiento de Atahualpa y la masacre de su ejército fue un episodio de extrema crueldad, el amancebamiento de las mujeres nativas fue una forma de abuso sexual, los españoles despojaron a los nativos de sus propiedades y riquezas en todo el territorio dominado por los Incas.

LA ÉPOCA DE LA COLONIA O VIRREINATO

Después de la conquista, el reino de España quebró toda la estructura de la cultura Inca mediante la violencia de diverso tipo, se expresó por el poder ejercido del vencedor hacia los vencidos, en el trato individual se llegó hasta la esclavización, en la que la vida de los nativos no tenía valor alguno, tanto que trajo las denuncias de Bartolomé de la Casas. Se impuso una nueva religión y se destruyeron los templos para sustituirlos por iglesias, despojaron a los nativos de estos pueblos de sus propiedades y de sus fuentes de riqueza, se implantó los trabajos forzados de las mitas para la explotación de las minas, que cobraron la vida de millones de pobladores; se calcula que en ese período la población del Perú disminuyó a la mitad. Se destruyó la estructura del gobierno y de la sociedad; quedan sin embargo rezagos de esa cultura extraordinaria que no pudieron ser eliminados por codicia de los encomenderos tales como el *ayllu*, el *aini* y el propio idioma que prevalecen después de tantos siglos de violencia e intolerancia, en los que se ejerció un proceso de transculturación aplicable en todo su contexto y significado.

En esa etapa hubieron también otras expresiones de violencia como el levantamiento de Manco Inca, las luchas entre pizarristas y almagristas; el levantamiento de Gonzalo Pizarro que fue sofocado por acción del inmisericorde obispo Pedro de la Gasca. La intolerancia religiosa de la Inquisición se hizo evidente también en el Perú.

LA INDEPENDENCIA

El proceso de la independencia comenzó con los primeros grupos insurgentes desde 1780 con el conato de rebelión liderado por Lorenzo Farfán de los Godos en el Cusco y de José Gabriel de Condorcanqui Tupac Amaru, que fueron ejecutados en la plaza mayor del Cusco; este último y su familia en la forma más cruel. Posteriormente, destacan los levantamientos de los hermanos Angulo, las conversaciones separatistas en el Colegio de Medicina de San Fernando (1808), la rebelión de Francisco de Zela y Arizaga en 1811, en Tacna, que concluye con la Expedición Libertadora de San Martín y la declaración de la independencia el 28 de julio de 1821; sin embargo, las tropas realistas persisten en diversas confrontaciones militares que recién terminan en 1824 con las batallas de Junín y Ayacucho^(4,5). En todo el proceso se produjo una serie de eventos de violencia por la confrontación armada, ejecuciones sumarias y las represalias de las fuerzas realistas, como las ejercidas por los militares Ricafort y Catarralá quienes arrasaron y saquearon pueblos de Junín y asesinaron a pobladores indefensos.

PERÚ REPUBLICANO

Consolidada la independencia, el Perú vivió una vida política inestable, difícil con múltiples hechos de confrontación entre caudillos militares como Gamarra, Santa Cruz, Salaverry, Castilla, Vivanco, Piérola, Cáceres, etc, en guerras civiles, luchas por el poder político y social, que se sucedieron hasta el siglo XX. , golpes de estado, huelgas, luchas sociales y pobreza.

En esta etapa debemos mencionar, además, a la Guerra con España, que intentó infructuosamente recuperar sus colonias y que concluyó con la Batalla Naval del 2 de Mayo de 1862.

En 1879 se inicia la denominada Guerra del Pacífico, en la que Chile invadió el Perú en una campaña militar premeditada, con todas las violaciones que se producen en una confrontación bélica. Las bajas peruanas en San Juan y Miraflores fueron muy altas, se menciona que la dorada juventud limeña, a menudo acusada de frívola, peleó y murió al pie de los reductos. Muchas familias en Lima estuvieron de duelo; sin embargo, la violencia continuaría a través del saqueo con

la depredación cultural de Lima y el saqueo de libros de la biblioteca nacional. La contribución de la Facultad de Medicina en la guerra del Pacífico fue cuantitativa y cualitativamente importante, pues muchos de los estudiantes de medicina se inmolaron en la violenta guerra del Pacífico.

De 1980 al año 2000, se produce un conflicto armado interno provocado por los movimientos terroristas Sendero Luminoso y Tupac Amaru, cuyas características y consecuencias han sido señaladas por la Comisión de la Verdad y Reconciliación ⁽⁶⁾. Las víctimas de la violencia desde la época colonial han sido predominantemente el pueblo, la mujer y los niños.

GEOGRAFÍA DE LA VIOLENCIA EN EL PERÚ

Si bien es cierto que la violencia en el Perú se ha producido a lo largo y ancho del país, nos ocuparemos de la distribución geográfica de la violencia política del periodo 1980-2000 y la violencia ejercida contra la mujer, que son los aspectos mejor estudiados ⁽⁶⁾.

En las dos décadas, de 1980-2000, todo el país sufrió las consecuencias de coches bomba, cortes de luz y agua, paros armados, asesinatos selectivos, intimidación colectiva; sin embargo, hubo departamentos como Ayacucho, Huancavelica, San Martín, Huánuco, Junín, Cerro de Pasco, Apurímac, Ucayali, en los que a más de lo señalado hubo confrontaciones armadas, masacres colectivas, exilios forzados, reclutamiento forzado de niños y adolescentes, esclavización de comunidades (ver Figura 1).

La geografía de la violencia de género muestra que en el Perú, el promedio de violencia contra la mujer, llega al 41.2% y en varios departamentos las cifras exceden este promedio (ver Figura 2).

EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL PERÚ

Con la finalidad de explicar las causas u orígenes de la violencia, se ha diseñado el Modelo Ecológico (Figura 3), en el que se considera varios factores, individual a lo largo de las etapas de la vida, el de las relaciones, el papel de la comunidad y el de la sociedad ^(7,8).

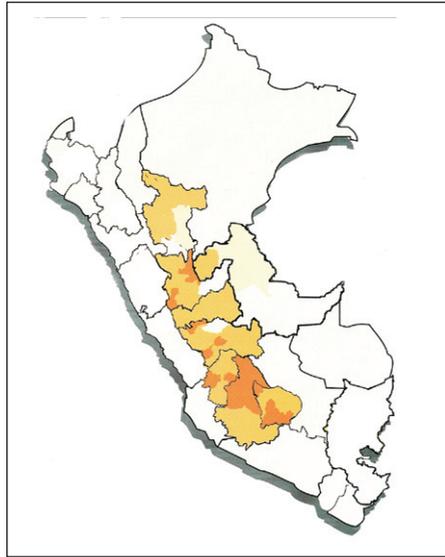


Figura 1. Mapa de la violencia política.
Perú, 1980-2000.

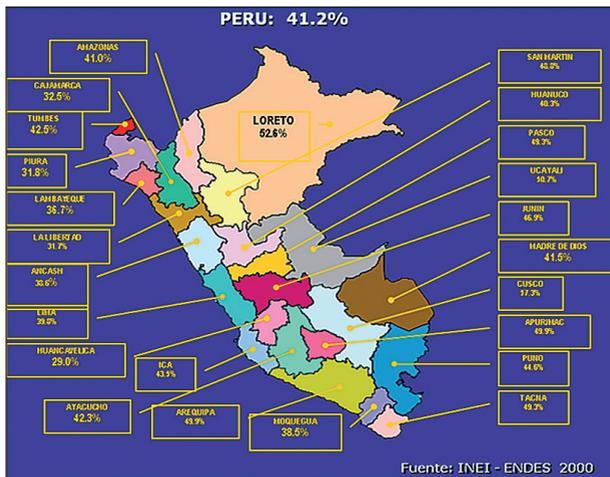


Figura 2. Mapa de la violencia de género.

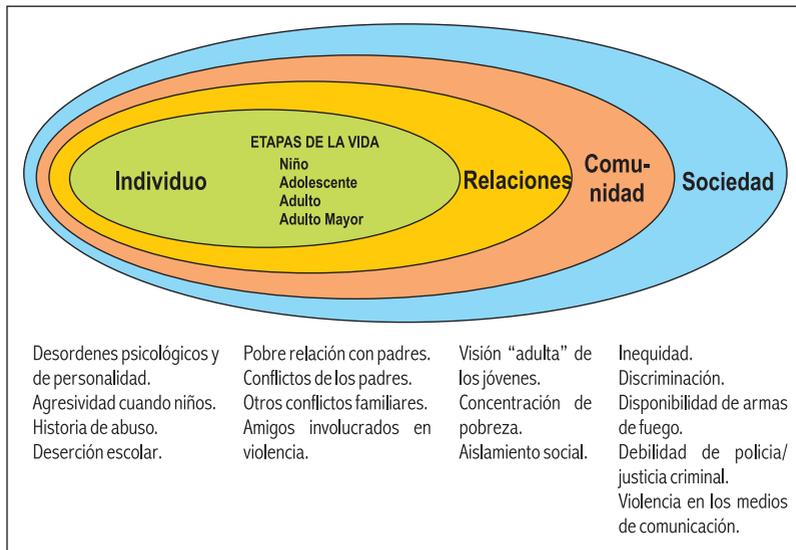


Figura 3. Modelo Ecológico.

En el factor individual, se debe considerar las alteraciones psicológicas y de personalidad propias del niño, ligadas en alguna forma a su constitución genética o a enfermedades cerebrales congénitas y hasta familiares, el comportamiento agresivo, la historia de niños que han sido objeto de maltrato y abuso de diversa índole, en el hogar o en la escuela (bullying), que en parte pueden explicar la deserción escolar voluntaria o inducida que lleva a la obtención de hábitos y conductas inadecuados y generar mayor violencia ^(9,10).

Respecto a las relaciones, las que se establecen en la familia son de la mayor importancia, dentro de las cuales las malas relaciones entre los padres tienen un gran impacto sobre el comportamiento de los hijos; del mismo modo, la relación de padres con hijos y entre los propios hermanos; en las familias disfuncionales la violencia familiar es más prevalente. Los niños de familias violentas en la vida adulta suelen ser así mismo violentos. Un problema especial es el derivado del abandono de la familia por parte de uno de los padres, en la gran mayoría de casos es un padre irresponsable que deja a los hijos con carencia de afecto y de sus necesidades psicológicas

y materiales. Un fenómeno cada vez más frecuente en la sociedad actual es la situación de los hogares en los que ambos progenitores trabajan aún por las razones más entendibles, pero cuya ausencia en las horas de intercambio afectivo no deja de gravitar sobre el futuro comportamiento de los hijos.

La relación entre amigos del barrio o del colegio puede ser importante cuando significa un intercambio con un coetáneo violento o inclusive ya involucrado en actos delincuenciales. La formación de pandillas juveniles violentas es un problema llamativo de la sociedad actual; su origen se explicaría por la concurrencia de varios factores como la insatisfacción de los jóvenes por consecución de sus expectativas afectivas, económicas y sociales, la ausencia del afecto y comprensión en sus hogares, imitación de prototipos antisociales, difundidos por los medios de comunicación (ejemplo la película *West Side Story*) y secuelas de otras formas de violencia, por ejemplo la política, como la que se ha observado en Ayacucho.

En el nivel de la comunidad, se considera a los espacios de la comunidad en los que se efectúan las relaciones sociales como la escuela, el trabajo, asociaciones sociales y el vecindario. Ya se ha mencionado sobre el acoso escolar (bullying), muy difundido en todos los países, ejercido por compañeros de escuela que maltratan psicológica y físicamente a otros compañeros a través de diversos medios y formas como el internet; las víctimas tienen temor de asistir a la escuela, promueven su deserción escolar y algunos han llegado al suicidio ^(10,11). En el trabajo, se ha descrito violencia entre los trabajadores, así como de trabajadores contra los usuarios y viceversa; los establecimientos de salud no se escapan a esta realidad. Existen sindicatos laborales violentos que ejercitan coacción e intimidación y agresión a sus agremiados; como también trabajadores amenazados por mafias que exigen cupos, como en el campo de la construcción civil. En Lima como en todas las ciudades del mundo, en particular las grandes metrópolis, existen vecindarios peligrosos por la violencia de diverso tipo que en ellas se ejercita.

En el nivel de la sociedad existen muchos factores contribuyentes a la violencia que, al igual de las enfermedades cardiovasculares podríamos denominar factores de riesgo, como la inequidad socio-económica, las discriminaciones de todo tipo (económica, racial,

religiosa, cultural, de opción sexual, la ejercida contra los enfermos de SIDA, mentales, etc), debilitamiento o pérdida de valores morales como la solidaridad, sobriedad en las costumbres, desprendimiento, tolerancia. Contribuyen también a la violencia la disponibilidad de armas, la desconfianza por debilitamiento de los organismos reguladores del estado (Poder Legislativo, Poder Judicial, Policía Nacional), la poca mesura de los medios masivos de comunicación.

En términos de prevalencia de los tipos de violencia más importantes, debemos considerar a la violencia contra los niños y adolescentes, la violencia ejercida contra la mujer, violencia contra el adulto mayor y la violencia política. Ballona y col. han publicado un trabajo efectuado en el Instituto Nacional de Salud del Niño ⁽¹²⁾ que demuestra que niños maltratados o abusados, en un número importante, tuvieron que asistir a un establecimiento de salud de cuarto nivel para atender sus lesiones. Ver Tabla 1.

Tabla 1. Violencia contra el niño y adolescente.

Diagnóstico	Total	%
Sexual	906	35.81
Físico	606	23.95
Negligencia	562	22.21
Emocional	456	18.03
Total	2530	100.00

En el mapa de la violencia contra la mujer, trazado en base de la información del ENDES, 2004 ⁽¹³⁾, que hemos mostrado antes, se aprecia que en el Perú, en promedio, 4 de cada 10 mujeres son víctimas de diversas formas de violencia; pero existen departamentos en los que la violencia alcanza índices mucho más altos.

Un aspecto poco trabajado es el referente a la violencia ejercida contra los adultos mayores; se señala que 1.9% de la población adulta mayor sufre maltrato por parte de la familia, que corresponde a 3.2% de los casos atendidos a nivel nacional. El maltrato psicológico

es el más frecuente, expresado como insultos/humillaciones en el 66.3%, amenazas de muerte 40%, rechazo 48.8%, maltrato físico 39%, abuso sexual 2%. El género femenino es el más maltratado con el 74.46%, mientras que a los varones en el 25.54 %. Los agresores más frecuentes son los hijos mayores 44.5%, cónyuge 27.7%, otros familiares 12%.

De acuerdo a la Comisión de la Verdad y Reconciliación, en el conflicto interno de 1980 al 2000, se registraron formas de violencia política como acciones armadas, genocidios, sabotajes, aniquilamientos selectivos, masacres, torturas, exilio forzado de comunidades enteras, acciones terroristas como la explosión de coches bomba, voladura de torres de alta tensión eléctrica, paros armados, cautiverio y esclavización de comunidades como la efectuada a la etnia asháninka, y toda la población estuvo sometida a una intimidación colectiva. Las consecuencias más graves de ese conflicto fue de 69,2800 fallecidos o desaparecidos, 40,000 huérfanos, 20,000 viudas, 5,000 detenidos inocentes, 435 comunidades arrasadas, 1 millón de personas desplazadas, 70% fueron pobladores de los niveles más pobres ⁽⁶⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948. Disponible en: www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm
2. Constitución de la República del Perú, 1993. Disponible en: www.pdba.georgetown.edu/Constitutions/Peru/per93reforms
3. Cano B. Historia de la violencia en el Perú dentro de una perspectiva de salud integral. En: Calidad humana y ética en la atención de salud a personas afectadas por la violencia, pp 22-27. Programa Permanente de Capacitación para la Atención Integral de la Víctimas de la Violencia. Facultad de Medicina, UNMSM, 2006.
4. Pons Muzzo G. Cronología de los acontecimientos. En: El Perú y su Independencia, Antología, volumen I, Época Precursora o de la Pre-Emancipación (1780-1819), pp 1-15. Grafica Industrial, Lima, 1971.
5. Lewin B. La insurrección de Tupac Amaru y los Orígenes de la Independencia de Hispanoamérica, Compendio. Editorial Universitaria de Buenos Aires, Eudeba, Buenos Aires, 1963. Reproducido en El Perú y su Independencia, Antología, volumen I, Época Precursora o de la Pre-Emancipación (1780-1819), pp 17-82. Grafica Industrial. Lima, 1971.

6. Comisión de la Verdad y Reconciliación. Informe Final, 2003. Disponible en: www.derechos.org/nizkor/peru
7. Calderón W. Geografía de la violencia. Situación mundial y nacional de la violencia. Historia y geografía de la violencia política en el Perú 1980 – 2000. En *Calidad humana y ética en la atención de salud a personas afectadas por la violencia*, pp 28-33. Programa Permanente de Capacitación para la Atención Integral de la Víctimas de la Violencia. Facultad de Medicina, UNMSM, 2006.
8. La violencia, un problema mundial de salud pública. Disponible en: www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_1.pdf
9. Calle MC. Epidemiología de la violencia., informe de la CVR y plan de reparaciones. En: *Calidad humana y ética en la atención de salud a personas afectadas por la violencia*, pp 15-21. Programa Permanente de Capacitación para la Atención Integral de la Víctimas de la Violencia. Facultad de Medicina, UNMSM, 2006.
10. Oliveros M, Barrientos A. Incidencia y factores de riesgo de la intimidación (bullying) en un colegio particular de Lima-Perú, 2007. *Rev Peruana Pediatría*. 2007;60(3):150-5.
11. Oliveros M, Figueroa L, Mayorga G, Cano B, Quispe Y, Barrientos A. Violencia escolar (bullying) en Colegios Estatales de Primaria en el Perú. *Rev Sociedad Peruana Pediatría*. 2008;61(4):215-20.
12. Ballona R, Chacón O, Zaldívar E y col. Manifestaciones Cutáneas del Maltrato Infantil - Instituto de Salud del Niño 1995 - 2002. *Dermatol Pediatr Lat*. 2003;1(1):24-9.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica de Salud Familiar. ENDES continua 2004 - 2005. Informe Preliminar. Lima, 2005.
14. Barahona L. Violencia al adulto mayor. *Diagnóstico*. 2006;45(4):177-81.

ESTADO Y VIOLENCIA

MAX HERNÁNDEZ

Mientras leía en el programa de este curso de la Academia Nacional de Medicina, “En el Perú aún se sufren el efecto patogénico y las secuelas de la violencia, como resultado de los trágicos sucesos ocurridos en el período 1980-2000” y pensaba en mi contribución a este esfuerzo por acercarse al tema de la violencia *sine irae et studio* como decían los clásicos, los medios publicaban la reciente controversia -con *irae et sine studio* si se me permite el torpe latinajo- sobre el Museo de la Memoria.

Apenas habían pasado tres décadas del inicio de la subversión terrorista. Ello ocurrió al término de un gobierno militar de facto. Coincidió con los estertores finales de la guerra fría. Eran los años del Plan Cóndor, que coordinaba la represión entre las dictaduras de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. El inicio al terror tuvo lugar el día de las elecciones de 1980 en las que votaban también los peruanos y peruanas analfabetos. Sendero Luminoso utilizó el terror indiscriminado como arma de lucha. El gobierno democráticamente elegido se vio desbordado y, luego de una vacilación de meses, encargó a las FF AA el control de la subversión terrorista.

Una guerra interna, insidiosa y cruel asumió formas inusitadas de barbarie. La violencia se inscribió en nuestra psicología colectiva. Las matanzas de campesinos, los apagones, los coches-bomba y los secuestros se sucedían con monótona regularidad. La sociedad sufrió la guerra en carne propia, la violencia se inscribió en los cuerpos de muchos y en la psicología colectiva de nuestra sociedad. Los métodos del terror iniciados por Sendero Luminoso contaminaron no sólo al ejército, pues la guerra sucia, las violaciones de los derechos humanos, los asesinatos en masa, la crueldad y la tortura no causaron la repulsa ciudadana.

El terror encuentra sus raíces más profundas en el universo de los miedos infantiles. El terror senderista había convertido a parte de la población campesina en sus petrificados cómplices. El terror

que inspiraban las fuerzas represivas, hizo de parte de la población urbana espectadores aquiescentes y pasivos de excesos y violaciones de los derechos humanos. La guerra interna significó una tragedia social y activó dramas íntimos por doquier. La conflagración que tuvo su epicentro en Ayacucho desencadenó en la intimidad psíquica viejos fantasmas que no se reconocían como propios. La espera medrosa de un ataque inesperado dio paso a una agresividad desesperada y temerosa. En el horror de esos años gravitaba un desconocimiento, una secular indiferencia y menosprecio del otro.

La sociedad peruana, mayoritariamente urbanizada, fue llevada por los acontecimientos del miedo al engendro que parecía haber surgido de las entrañas andinas al odio al extraño, es decir, aquel a quien se puede odiar sin culpas. Poco a poco la sensibilidad se fue encalleciendo y se mostró una tolerancia con prácticas que movilizaban los aspectos sadomasoquistas que el enfrentamiento había despertado. Se había instalado una cultura de la violencia. Se cometieron crímenes de lesa humanidad. El empleo de la tortura sucedía a las matanzas y a las fosas comunes. La tortura es uno de los capítulos más nauseabundos de las violaciones de los derechos humanos. Supone el ejercicio de una voluntad de poder inhumana y deshumanizante que, en la informada opinión de Alexander Mitscherlich, carece hasta de aquel resquicio de humanidad que la búsqueda erótica deja seguir latiendo en el sádico. Pese a que se sabía que era empleada -en, desde, para y por el control político- no fueron muchas las voces que la condenaron.

Daba la impresión de que un sector del Estado quería extirpar esos años del recuerdo, enterrarlos en el olvido y aceptar sus horrores como el costo social necesario. Frente a ello se señaló que ocultar los aspectos dolorosos del pasado lleva consigo el riesgo de que se repitan. La sociedad debe elaborar sus duelos, restañar sus heridas y mitigar sus traumas. En suma, curarse para estar en paz consigo misma. Asumir una enorme tarea pendiente. Una tarea de paz, justicia y reconciliación que corresponde a la sociedad en su conjunto pero cuya realización exige la decisión política de entender el contexto que hizo posible esa guerra y conocer sus exactas circunstancias para así poder integrar a nuestra historia su significado y sus consecuencias a fin de que no vuelva a repetirse.

Dos décadas después del inicio de la violencia terrorista, el gobierno de transición nombró una Comisión de la Verdad, que fue refrendada por el gobierno electo el 2001 –que añadió el término Reconciliación. La Comisión estuvo conformada por distinguidos ciudadanos. En aquellos momentos, luego del grave escándalo de la corrupción del gobierno autocrático, parecía abrirse un nuevo horizonte de esperanzas. Se hablaba de una profunda reforma del Estado, de un nuevo pacto social que permitiese una transformación de la conciencia de la sociedad y de la clase política; de una renovación que pudiese echar raíces y diese lugar a una nueva visión. Parecía abrirse una ventana de oportunidad para que la sociedad ejercitase creativamente la imaginación instituyente y lograrse instituir un nuevo Contrato Social abierto al cambio y a la innovación.

Los años de la guerra interna dejaron una zanja poblada de lutos y una secuela de efectos traumáticos y agravaron la insensibilidad frente al dolor ajeno y a las desigualdades más extremas. En una medida importante el país muestra los signos que definen una sociedad post-conflicto. En tales circunstancias la Comisión tuvo una doble tarea: indagar sobre las condiciones que contribuyeron a la violencia e investigar los crímenes y las violaciones de los derechos humanos. Es decir, tenía que presentar una interpretación acerca de los mismos hechos que tenía la obligación de establecer. Tales fueron los encargos y tal el marco dentro del que ocurrieron los hechos materia del informe. No debe sorprender que haya quienes resienten el informe de la CVR. No me refiero a los grupos que esgrimen consideraciones interesadas y mezquinas que dejan ver a las claras sus intereses. Me refiero a la reticencia de quienes con buena fe cuestionan el informe argumentando que puede inducir desavenencia y desunión en la sociedad.

* * *

Thomas Hobbes el filósofo que decía que tenía un hermano gemelo, el miedo, formuló la gran teoría del Estado soberano cuyo poderío tenía el propósito de poner fin a una situación de anarquía. El aforismo de Plauto, *Homo homini lupus*, condensa para Hobbes el estado de guerra de todos contra todos que habría sido el estado natural de los colectivos humanos. El Estado que describe Hobbes en el Leviatán es

infinitamente autoritario para contrarrestar efectivamente el estado de guerra de todos contra todos. En tanto detenta el monopolio de la violencia, el Estado consolida una relación de control sustentada en una coacción que reclama como legítima. Así visto, habría significado un progreso pues permite la vida en sociedad.

Mientras que Hobbes ensaya su propuesta en el *Leviatán*, en *El malestar en la civilización*, Freud quien también usa la cita *Homo homini lupus* sostiene que es necesario reprimir la natural inclinación hacia la agresión para vivir en sociedad. Tal renuncia a la expresión de la agresión tiene un costo: la precariedad de los grupos. La agresión reprimida socava los lazos que unen al individuo con el grupo, por lo que éste está “siempre al borde de la disgregación”. Las leyes y normas instituidas por el Estado tienen un correlato íntimo. Transgredirlas produce temor y culpa. Convergen el miedo al castigo que aun cuando proviene del temor a la autoridad externa, puede ejercer su imperio desde el interior del individuo, y los sentimientos de culpa cuyo campo de batalla se juega en la intimidad subjetiva. Es como si la necesidad inconsciente de castigo y el sentimiento inconsciente de culpa se amalgamasen.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX se afirma la existencia de la nación como una realidad política y social dentro del binomio Estado-nación. El Estado nacional es una organización política autónoma constituida por el gobierno, la población y el territorio. Reúne tres soberanías: la territorial, la popular y la nacional y tiende a ejercer un papel homogenizador. Ahora bien, los términos Estado y Nación circunscriben universos conceptuales distintos que se yuxtaponen mas no se superponen. Basta un ejemplo, los derechos que el Estado otorga y los deberes que exige son objetivos; la Nación, en cambio, apela a otro tipo de vínculos anclados en sentimientos profundamente enraizados.

Por la vía del nacionalismo se transfiere la lealtad emocional del individuo al Estado. Los lazos afectivos que vinculan al individuo con la Nación facilitan la aceptación del control sustentado en una coacción social ejercida mediante los aparatos legitimados del Estado. El sentimiento de pertenencia a lo nacional amplificado como nacionalismo deviene factor psicosocial aglutinante a la vez que permite la sustitución metonímica. Si en *El malestar en la*

civilización encontramos vías que permiten vislumbrar los procesos inconscientes que acompañan a las vicisitudes de la agresión, en *Psicología de las masas y análisis del yo* hay observaciones que iluminan la naturaleza de los vínculos afectivos que unen entre sí a los miembros de la comunidad imaginada que es la nación.

El Estado asume la representación de la nación y de la sociedad y pretende representar la capacidad de progresar en común. La sociedad es sentida como una comunidad. Sin embargo, salvo en los Estados totalitarios, es imposible no tomar en cuenta los diversos y legítimos intereses de los grupos que conforman la sociedad. Si, como se ha dicho, el Estado nacional es una organización política autónoma constituida por el gobierno, la población y el territorio, conceptos como gobierno y gobernabilidad; pueblo, ciudadanía y sociedad; territorio, medio ambiente y recursos naturales, no cubren el mismo campo semántico. En suma, la Nación demanda lealtades afectivas; el Estado define derechos y deberes objetivos.

A partir de lo dicho se puede comprender la tensión existente entre dos modos de comprender la política desde el Estado. Una privilegia la *ratio civilis societatis* esto es la razón de orden civil que son el fundamento del orden de la vida en la comunidad. La idea de justicia y la idea de bien común o bien público presuponen un orden ético específico y el respeto a la ley que emana de él. En cuanto a la llamada Razón de Estado (también *ratio status*), ésta se divorcia de la razón de orden civil para atender a la *Realpolitik*. Desde la perspectiva de los derechos ciudadanos se le otorga connotación negativa en tanto deje de lado los derechos civiles. Al atender a asuntos en los que está en juego el poder, se apela a la razón de Estado cuando se juega en el terreno de la excepcionalidad, con la consiguiente limitación de la justicia o de la trasgresión de la ética del bien común en pro del reforzamiento del Estado como aparato de poder y dominio.

Ahora bien, el año 1789, específicamente al 26 de Agosto de ese año, la Asamblea Constituyente Francesa votó por unanimidad un conjunto de principios considerados esenciales en las sociedades humanas y en las que habían de basarse la Constitución Francesa (1791), y después otras muchas constituciones modernas. Tales principios integran la llamada Declaración de los Derechos del hombre y del ciudadano. A partir del fin de la Segunda Guerra Mundial los

derechos humanos se establecieron en el Derecho internacional, y se establecieron documentos destinados a su protección por su importancia y necesidad de respeto. Puesto que todas las personas nacemos con derechos que nos pertenecen por nuestra condición de seres humanos, cuando una ley viola los derechos humanos se la considera nula. Los derechos humanos están dirigidos exclusivamente por el hombre, no están bajo el poder político, las personas y el Estado están obligados a respetarlos.

La tensión entre Razón de Estado y Derechos Humanos ha estado en el primer plano en los últimos años. Ahora bien, la política es la aspiración a la participación en el poder, ya sea entre Estados o dentro de un Estado. Esta aspiración puede ser por prestigio o por egoísmo (Weber). Por una parte la política es una función elevada del quehacer de la *polis*, por otra, la búsqueda del poder y el uso de las instituciones públicas con propósitos particulares. Si, como señala Norberto Bobbio, quien, para subrayar que en el origen, derecho y poder son dos caras de la misma moneda, cita el aforismo *lex et potestas convertuntur*, la definición del Estado como defensor del monopolio de la fuerza legítima, a la que se recurre continuamente, es necesaria porque la mayor parte de los ciudadanos no son virtuosos; el hecho de que las prerrogativas del Estado son administradas por ciudadanos, no siempre virtuosos, hace necesario poner límites al monopolio estatal de la fuerza y la violencia, especialmente si aún es pertinente el señalamiento que hiciera Jorge Basadre hace muchos años: *en nuestro país un Estado empírico se balancea sobre un abismo social*.

* * *

La “travesía inconclusa de la democracia” -por usar el título del libro de John Dunn- se realizó a través de gestas políticas y sociales de naturaleza épica y de compromisos y concesiones. Así se fue consolidando una manera distinta de relación con el poder y una profunda transformación de orden simbólico. Es conveniente detenerse en este asunto; tal vez ayude a comprender los obstáculos subjetivos que dieron aliento a los reveses que pusieron en peligro sus principios fundamentales a través de algo más de dos siglos. En el célebre pasaje de la dialéctica del amo y el esclavo (o del señor y el siervo) de su *Fenomenología del espíritu*, Hegel postula la existencia

de una tendencia a prescindir de lo otro y del otro, a abolir el mundo externo en la propia conciencia, a entablar una lucha a muerte con el otro.

Hegel llamó al modo de conciencia que no trepida en eliminar al otro, *señorial* y a otro modo de conciencia, invadida por el temor, *servil*. Tal vez, forzando los términos, sería posible “traducir” cerrazón narcisista y apertura a la relación con el otro. Pero, lo que interesa señalar es que la lucha a muerte en la que está en juego la mutua eliminación da lugar a la necesidad de ser reconocido por el otro para afirmar el reconocimiento propio. La tendencia a prescindir de lo otro, a ignorar lo externo, a refugiarse en sí misma para darse a sí misma la verdad, a creerse libre e indiferente, a imponer su propia verdad también se enfrenta a la necesidad de tener el reconocimiento de otra conciencia. El amo necesita del esclavo y por ello le perdona la vida; se contenta con suprimirle dialécticamente la existencia.

En un ámbito en el que está en juego una pluralidad de deseos de reconocimiento, propia de las sociedades modernas, individualistas y seculares, se ve de inmediato el cambio subjetivo que implica la democracia. La dialéctica del amo y el esclavo (o del señor y el siervo) no se refiere únicamente a las posiciones sociales de cada individuo, sino también a dos actitudes de la conciencia. Todo ello da lugar a una paradoja. Siguiendo las ideas de Winnicott, es menester aceptarla. Ello puede llevar al reconocimiento mutuo. El reconocimiento consiste en la atribución de un valor y solo el reconocimiento por parte de una persona confiere valor. Ergo, si al siervo se le ha suprimido dialécticamente su valor de persona, el reconocimiento que de él provenga carece de valor.

La toma de conciencia de la mencionada paradoja puede precipitar el cambio. Tan solo el mutuo reconocimiento, la aceptación plena del otro pueden hacerlo posible. Wilfrid Bion llama a estos procesos, cuando ocurren en el plano individual, utilizando un término tomado de las matemáticas: cambio catastrófico. Tal cambio no implica una catástrofe, por el contrario, la catástrofe psíquica se produce cuando el sujeto no puede tolerar un cambio radical que exige que se rompan esquemas que impiden la percepción clara de una situación, debido a preconcepciones y suposiciones que no permiten aprender de la experiencia y se comportan como resistencias al cambio que significa

la recepción de lo nuevo. El cambio catastrófico se da cuando se supera la turbulencia emocional y se pueden modificar los esquemas obsoletos.

Ahora bien, no se puede concebir la democracia como producto y práctica de la relación directa entre Estado e individuos, es decir sin la existencia de instancias de intermediación. Existe una democracia pluralista que se aleja del modelo democrático clásico para la que Robert Dahl ha propuesto el término poliarquía. Partidos políticos, sindicatos, organizaciones diversas han actuado como articuladores, a menudo en función de sus intereses específicos y en competencia entre ellos, con una autonomía relativa respecto al gobierno. La relación entre Estado e individuos, se da por mediación institucional.

En lo que concierne al tema de esta presentación interesa considerar a la democracia como límite del poder [κράτος, ο δύναμις]. La categoría poder no refiere a una cosa o a un atributo personal, sino a una relación entre voluntades, una de las cuales, la menos poderosa, es sometida o, incluso negada, para que la otra afirme su existencia y poderío. Puede tomar diversas formas, p. ej. dominio-subordinación, imperio- vasallaje o mando-obediencia. En suma, parece contener reminiscencias de la dialéctica hegeliana del amo y el esclavo.

Es de particular interés hacer referencia a un planteamiento de Claude Lefort: en lo que atañe al poder, la democracia, situada en las antípodas del totalitarismo implica una radical mutación simbólica. Desde la perspectiva democrática el poder es un lugar vacío que no pertenece en exclusiva a nadie. La separación de las funciones legislativa, ejecutiva y judicial no permite la concentración del poder, la ley y el saber. Los derechos civiles no permiten la condensación del Estado y la sociedad. Las libertades de expresión y de asociación hacen muy difícil negar las líneas que señalan la división social propia de cada sociedad. Las elecciones periódicas permiten la disolución programada del ejercicio del poder. Es en el espacio vacío que la sociedad democrática deja para el poder que la horizontalidad propia del diálogo y la verticalidad ajustada al ejercicio del poder se intersecan dentro de los términos temporales pactados por la sociedad.

* * *

¿Qué concepción del Estado y de la identidad nacional primaba y cómo incidió sobre los hechos? El Estado peruano no ha llegado a ser la instancia en la cual la comunidad histórica que tendríamos que ser toma conciencia de sí misma y de sus realidades y establece sus proyectos hacia el porvenir. Desde la formación de la República el Estado ha tenido mucho de artificio y ha funcionado de modo arbitrario dentro de un clima político paternalista a menudo abusivo. Por otra parte, el permanente cuestionamiento acerca de la identidad nacional expresa las dificultades en asumir dimensiones profundas de nuestro ser nacional. Si se estableciese una analogía con el psiquismo individual se podría comparar con esas defensas patológicas que se organizan en función de déficits tempranos, del uso de mecanismos muy primarios de exclusión y proyección de los conflictos que terminan por establecer un sistema defensivo que teme la irrupción de la verdad en una estructura de apariencias.

Esto repercute en todos los niveles de la vida social y se condice muy bien con relaciones sociales y personales que impiden el trato y la cooperación igualitaria, con instituciones nominalmente democráticas que funcionan con prácticas cotidianas discriminatorias. Todo ello podría explicar la turbadora impotencia de los gobiernos, la inconsistencia de nuestra conciencia democrática, la fragilidad de nuestra memoria histórica. Ahora bien, la concepción que los militantes de Sendero Luminoso tenían del Estado lo transformaba en un objeto malévolo y omnipotente que había que destruir. Tal imagen se debía a las proyecciones de los aspectos negados de la violencia y crueldad de su proyecto escatológico sobre las fallas mencionadas. Por su parte, la clase política gobernante veía a Sendero Luminoso únicamente como el agente de la violencia deshumanizante que en la confrontación también los aparatos militares coercitivos del Estado ejercían.

Mientras que en nuestro país parecía que volvía a primar un imaginario dualista. Si en la conquista, acto fundante y trauma, fundación traumática o trauma fundacional, enfrentaba lo indio y lo occidental, en la toma de posición con respecto a la manera de enfrentar la subversión se repitieron los estereotipos del dualismo, y se activaron formas de racismo eclipsando el pluralismo, los matices y

las complejidades del proceso histórico de nuestra sociedad. En cuanto al accionar del Estado, volvió a salir a flote el conflicto preprogramado entre “nosotros” y “ellos”. Como propone Vamik Volkan se volvió a activar el viejo trauma “elegido”. Ni los siglos de mezclas, ni el medio siglo de andinización de las ciudades, ni la reciente cholificación de las costumbres atenuaron la escisión que estaba en la base del dualismo imaginario.

* * *

Quiero ahora referirme a la manera como dos pensadores europeos, un alemán y un francés ven el tema de la violencia en el mundo desarrollado en las presentes circunstancias. Helmut Dahmer, cuyos trabajos sobre la estructura psicológica y la visión del mundo que dan fundamento al carácter autoritario en personas de sectores sociales desposeídos y sin perspectiva, llama la atención especialmente sobre aquellos derivados de las guerras de conquista y de defensa, las guerras religiosas, las guerras coloniales, las revoluciones y las contrarrevoluciones, las deportaciones en masa y los genocidios, las colectivizaciones forzadas, las masacres y las matanzas, las atrocidades cometidas tanto por la guerrilla como por las unidades militares. En medio de tanta sucesión de horrores ya no es posible creer en un sentido de la historia que le imprime un progreso ilimitado que mejore al mundo. Cuándo, como ahora, se enfrentan quienes no quieren perder nada contra quienes no tienen nada que perder en medio de una situación insostenible, los ríos de sangre corren tanto por cuenta de los guardianes del *status quo* global cuanto por la de quienes intentan cambiarlo, abolirlo o abandonarlo por medios violentos.

Dahmer se interroga: ¿Es esta cadena de masacres una constante antropológica o “solamente” de una invariante histórica que en algún momento ha de llegar a su fin?” Es, sin duda, una pregunta capital. Formulada dentro de la perspectiva psicoanalítica: ¿Existe en el hombre no sólo un hambre de poder y una ambición ilimitada sino un anhelo de odio y de destrucción? Vemos en los conflictos una mezcla de impulsos que desde la lógica esquizo-paranoide aparecen disociados en una escisión maniquea: nosotros los idealistas generosos y altruistas, ellos los ramplones mezquinos y destructivos. Mientras esto aparece en la superficie engañosa de una conciencia opaca, lo

tanático campea en lo inconsciente. ¿Se habrá de repetir *ad nauseam* el parricidio, el filicidio y el fratricidio? ¿No habrá de cesar la terrible dialéctica del amo y el esclavo. De ser así ¿cómo poner freno a las atrocidades? ¿Cómo evitar la recurrencia de la guerra?

A partir de su célebre afirmación de que la separación entre lo real y lo representado desaparece en tanto que lo real no es sino lo generado por códigos, Jean Baudrillard, crítico acérrimo de la sociedad de consumo, dice que existe en el mundo desarrollado un conformismo que ejerce la “violencia de un sistema que acosa cualquier forma de negatividad, de singularidad (incluida esa forma última de singularidad que es la muerte misma)”. Es la violencia de una sociedad en la que se prohíbe la negatividad, los conflictos y la muerte a través de una violencia que pretende poner fin a la violencia misma, y a la que por ende ya no se puede responder con una violencia igual y ante la cual solo queda el camino del odio. Este, “nacido de la indiferencia, y en particular de la irradiada por los mass media” toma “una forma cool, discontinua, que puede hacer zapping sobre cualquier objeto. Carece de convicción y de calor, se agota en el acting out, y a menudo en su imagen y su repercusión inmediata, como podemos verlo en los episodios actuales de delincuencia suburbana”.

Baudrillard sostiene que en tanto que “la violencia tradicional se hallaba a la medida de la opresión y del conflicto, el odio se halla a la medida del consenso y de la buena convivencia”. Nuestra “cultura ecléctica” -afirma- es la de la promiscuidad de los contrarios, de la coexistencia de todas las diferencias en el seno del gran melting pot cultural. Esta multiculturalidad, esta tolerancia, esta sinergia fomentan la tentación de un rechazo visceral. “La sinergia provoca la alergia”. El exceso de protección conlleva la pérdida de las defensas y de las inmunidades: los anticuerpos se rebelan y se vuelven contra el propio organismo.

Es por ello que “el odio es de este orden: como muchas de las enfermedades modernas, depende de la autoagresión y de una patología autoinmune. No estamos preparados para soportar la condición de inmunidad artificial que se nos brinda a la sombra de nuestras metrópolis. Somos como una especie a la que le hubieran quitado sus depredadores naturales y estuviera condenada a la

desaparición o a la autodestrucción. De algún modo el odio nos protege contra esta desaparición del otro, del enemigo, de la adversidad; ese odio que moviliza una especie de adversidad artificial y sin objeto, convirtiéndose así en una especie de estrategia fatal contra la pacificación de la existencia. En su ambigüedad misma es una reivindicación desesperada contra la indiferencia de nuestro mundo y, en este sentido, sin duda un modo de relación mucho más fuerte que el consenso o la buena convivencia.

Para Baudrillard el paso contemporáneo de la violencia al odio caracteriza el paso de una pasión de objeto a una pasión sin objeto. Violencia pura e indiferenciada, violencia de tercer tipo en cierto modo, contemporánea de esa violencia exponencial que es la del terrorismo y de todas las formas vitales y epidémicas de contagio y de reacción en cadena. El odio es más irreal, más inasible en sus manifestaciones que la simple violencia. Lo vemos perfectamente en el caso del racismo y de la delincuencia. Por eso es tan difícil hacerle frente, ya sea mediante la prevención o la represión.”

Las reflexiones de estos autores subrayan la necesidad de entender el efecto patogénico y las secuelas de la violencia en el perímetro por el estado, la nación, la sociedad y la cultura. La tarea de afrontar este gravísimo problema de Salud Pública que se ha propuesto el Comité de Acción Científica de la Academia Nacional de Medicina, y el esfuerzo desplegado por nuestros colegas el Académico de Número Dr. Alberto Perales Cabrera y el Académico Asociado Dr. Raúl Morales Soto merecen nuestro más decidida cooperación.

SECUELAS DE LA POBREZA, EL RACISMO Y LA VIOLENCIA ORGANIZADA ENTRE LOS PUEBLOS INDO-AMERICANOS*

DUNCAN PEDERSEN, M.D
Douglas Institute - McGill University
Montreal, Canadá

INTRODUCCIÓN

Tras los cambios recientes en el mapa político del mundo, existen hoy algo más de 190 países o estados, la mayoría de los cuales han sido creados después de la Segunda Guerra Mundial. Por otro lado, el número de naciones¹ —en su amplia mayoría constituidas por pueblos indígenas y minorías étnicas que preceden la creación de los estados modernos— se han estimado en más de 6,000², con un número todavía mayor de lenguas nativas en uso.

Por lo general, los estados se resisten a reconocer este hecho y tienden a ignorar o aun rechazar la gran diversidad lingüística, étnica y cultural existente al interior de los países, lo que con frecuencia se traduce en conflictos y diversas manifestaciones de segregación racial, estigmatización y discriminación social. Por otro lado, la población total de naciones indígenas en el mundo contemporáneo se ha estimado en aproximadamente 600 millones de personas. Este total representa alrededor del 10-15 por ciento de la población mundial, los que a su vez reclaman derechos sobre el 25-30 por ciento de la superficie de tierra cultivable y de recursos naturales conocidos (Clay, 1994).

* Este trabajo es una versión revisada y actualizada, y está basado en otro similar publicado en: Mario N. Bronfman y Roberto Castro (eds.). *Salud, Cambio Social y Política: perspectivas desde América Latina*. Mexico: EDAMEX - Instituto Nacional de Salud Pública; 1999. p. 163-184.

² No existe consenso sobre la denominación que recibe la población heterogénea clasificada bajo la categoría indígena o indo-americana: nativo, aborigen, tribal, autóctono o simplemente indio son algunos de los vocablos más utilizados. En este documento se ha preferido utilizar el término de naciones o pueblos indígenas o indo-americanos indistintamente.

³ Por ejemplo, en el Brasil solamente existen unas 200 naciones o pueblos indígenas, 130 en la ex-Unión Soviética, y más de 450 en Indonesia.

Esta discrepancia en la ecuación población/recursos ha significado una fuente adicional de conflicto inter-grupal, en particular entre las naciones y los estados, ya que con frecuencia son estos últimos los que controlan el acceso a la tierra y explotan los recursos para su propio beneficio, dando origen a una desproporcionada concentración de la riqueza y del poder político. La violencia política, el enfrentamiento armado y las guerras entre naciones y estados son en parte resultante de lo arriba señalado. En las pasadas décadas, más de las dos terceras partes de los enfrentamientos armados –guerras civiles– ocurrieron entre un sistema político centralizado (estado) y/o entre una o más etnias o naciones, mientras que los conflictos entre los estados fueron pocos³ (Figura 1). Es también llamativo que después de la segunda guerra mundial, el número de guerras o conflictos armados fue en franco ascenso hasta 1990, mientras que en los años subsiguientes se han ido reduciendo en forma significativa hasta en un 40 por ciento menos en el 2003.

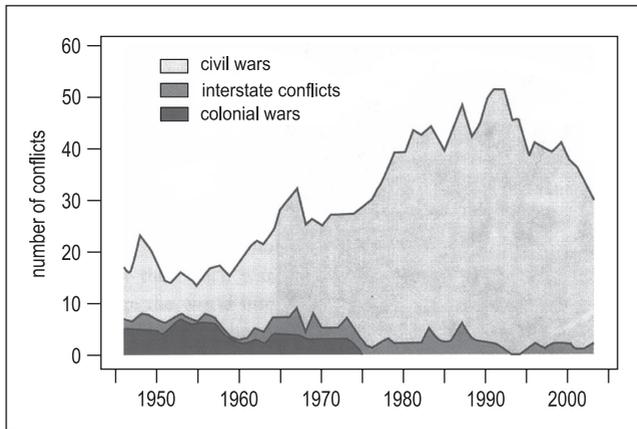


Figura 1. Número de conflictos armados en el mundo entre 1946 y 2003.

Fuente: Human Security Centre. 2006.

³ Aún en las guerras entre los estados, los pueblos indígenas casi siempre se ven involucrados. Durante la guerra entre Perú y Ecuador, el pueblo indígena Shuar que vive en ambos lados de la frontera en disputa se vió seriamente afectado por el conflicto bélico y el reclutamiento forzado al que fueron sometidos.

Algunos autores agrupan las guerras pasadas en dos grandes clases, según la magnitud (p.ej., el número total de muertes), y sus consecuencias geopolíticas, o más específicamente, su capacidad de cambiar el curso de la historia del mundo (Smil, 2008). A partir de 1850, las así llamadas guerras “transformacionales” se reducen a cuatro: en primer lugar, la guerra de Taiping (1851-1864) en China, con 20 millones de muertes, la que socavó gravemente la dinastía Qing y acabó con el orden imperial reinante en menos de dos generaciones. En segundo lugar, la guerra civil en los EE.UU (1861-1865), de mucho menor magnitud en cuanto al número de muertes, pero que permitió el rápido ascenso de los EE.UU como primer poder económico mundial. Por último, se suman las dos guerras mundiales: la primera (1914-1918) y segunda (1939-1945), que tuvieron a su turno una influencia considerable en la redistribución del poder político y económico en el mundo (Smil, 2008).

Otros conflictos internos y hambrunas de gran magnitud, como los ocurridos en la URSS bajo Stalin entre 1929 y 1953; y en la China, durante Mao Tse Tung (1949-1976), que en conjunto representan algo más de 70 millones de víctimas, a las que se agregan unas 95 millones de bajas (entre civiles y combatientes) de guerras y conflictos armados en los últimos dos siglos, a nivel mundial. En lo que va de la segunda mitad de siglo XX y como resultado directo o indirecto de guerras y conflictos, se ha estimado que por lo menos 22 millones de personas han muerto o fueron victimadas, unos 20 millones han asumido la condición de refugiados en otros países, y más de 150 millones se han visto forzados a huir de su tierra natal o han sido internamente desplazados. De éstos, la mayoría vive en condiciones de extrema pobreza y sufrimiento por el destierro, la privación afectiva y la desintegración social, lo que probablemente se traduce en una mayor incidencia de enfermedades infecciosas agudas, así como de sufrimientos y dolencias de curso crónico, como las enfermedades mentales (Murphy, 1955).

Si bien las herramientas estadísticas y epidemiológicas permiten estimar con más o menos precisión la magnitud de las muertes ocurridas, las aflicciones y el sufrimiento humano no son condiciones fácilmente mensurables, y conllevan el estigma en alguna medida, y por tanto están sumergidas, al margen de las discusiones de los

científicos sociales y de los profesionales de salud, y con frecuencia permanecen ignoradas por los políticos y autoridades de turno.

El desplazamiento forzado es casi siempre el resultado del conflicto y de la violencia política, sea por territorios en disputa, o por terrorismo u operativos militares de represión, incluidas las guerras de baja intensidad, las que crean condiciones en extremo inestables y desfavorables para la supervivencia (Zwi y Ugalde, 1989). Lo que es aún más paradójal, es que en muchos casos la migración forzada y el destierro son el resultado de proyectos de desarrollo económico o de iniciativas aparentemente bien intencionadas (p. ej. proyectos de colonización, reservorios de agua, usinas hidroeléctricas o proyectos de explotación agropecuaria, minera, petrolera, etc.) que con frecuencia desplazan aquellos grupos desposeídos que no tienen suficiente poder político para negociar, menos aún para oponerse a estos proyectos de desarrollo (Pedersen, 1996). En América Latina, las poblaciones desplazadas internamente por presiones económicas, por conflictos o por razones de seguridad ciudadana, o aún forzadas a migrar hacia las ciudades u otras regiones o aún hacia otros países como refugiados, alcanza varios millones y ha crecido en forma considerable en los últimos años. Por otra parte, en la mayoría de países de bajos y medianos ingresos la agenda de desarrollo ha sido secuestrada por la agenda de seguridad. Al presente las políticas de desarrollo están fuertemente influenciadas por la psicología social y ya no aspiran a la transformación material o económica y eliminación de la pobreza y el desempleo como en décadas anteriores, sino que están orientadas hacia la satisfacción de necesidades básicas y la promoción del así llamado “bienestar psico-social” dirigido al fortalecimiento de las estrategias de afronte, y al afianzamiento de la seguridad pública (Pupavac, 2005).

La transición socio-demográfica y epidemiológica.

En el siglo XVI, la emigración de los europeos hacia otros continentes y regiones remotas incluyó el Nuevo Mundo, lo que se tradujo en cambios significativos en el perfil epidemiológico de las poblaciones nativas. Los europeos acarrearon consigo diversas enfermedades epidémicas que introdujeron durante el contacto y la

colonización de vastas regiones de las Américas⁴, lo que condujo a muertes masivas entre las poblaciones indígenas con la consecuente exterminación de etnias y desaparición de pueblos enteros.

Aunque hoy las causas son diversas, la desaparición de las naciones indo-americanas está lejos de disminuir⁵. No obstante este hecho, algunas de las naciones indígenas sobrevivientes han experimentado una expansión demográfica en las últimas décadas, aunque todavía con altos niveles de mortalidad y morbilidad cuando se comparan con poblaciones no-indígenas. De acuerdo con proyecciones actuales, la población indo-americana comprende más de 400 naciones y grupos étnicos, los que hacen un total de 43 millones de personas^a (ver nota al final del texto) y representan en su conjunto aproximadamente un 6 por ciento de la población total de las Américas. Por cierto que esta proporción es muchas veces mayor en algunos de los países latinoamericanos, como es el caso de Ecuador, Perú, Bolivia, Guatemala y México.

En el Nuevo Mundo, la **primera gran transición epidemiológica** ocurrió hace unos 10,000 años, con el advenimiento y desarrollo de la producción agrícola primaria, cuando las poblaciones nativas cambiaron su modo de supervivencia de cazadores-recolectores a horticultores, con la subsecuente domesticación de plantas y animales (Armelagos, 1990). El advenimiento de la era *neolítica* y de una nueva tecnología de explotación agrícola, aunque incipiente, representaron cambios significativos en los patrones de asentamiento y en los estilos de vida, modificando radicalmente las relaciones del hombre con el medio ambiente y creando una nueva ecología de la enfermedad (Pedersen, 1996). La transición epidemiológica resultante se tradujo en la aparición de enfermedades infecciosas y parasitarias, y además en nuevos riesgos que surgieron: cambios en

⁴ Según Wolf (1990), en el siglo XVI se produjeron por lo menos 14 grandes epidemias de enfermedades infecciosas (viruela, sarampión, etc.) en Mesoamérica y se estima que en la región Andina se experimentaron unas 17 epidemias entre 1520 y 1600, causando una mortalidad masiva entre las poblaciones indo-americanas.

⁵ Se ha estimado que en las últimas décadas, en el Brasil solamente, desaparece en promedio una nación indígena por cada año calendario.

los patrones de alimentación, acumulación de excretas y basura con la subsecuente contaminación de las fuentes de agua y alimentos de consumo humano, un mayor contacto con animales domésticos y una mayor concentración poblacional. Con el advenimiento de la agricultura, los patrones de asentamiento y la vivienda cambiaron, modificando a su vez la relación entre huésped, agente y ambiente y trayendo alteraciones profundas de la ecología local, lo que tuvo un efecto mixto sobre el perfil de enfermedad. Mientras que el avance de la frontera agrícola y la habilitación de tierras para cultivo, pudo en efecto haber eliminado algunos microorganismos y vectores, así como ciertas zoonosis, otros agentes –parásitos y vectores oportunistas– se vieron favorecidos por estas prácticas (p. ej. la colección de aguas estancadas para irrigación o el uso de abono con estiércol o heces humanas), incrementado significativamente la transmisión de ciertas enfermedades como la malaria, el dengue, la esquistosomiasis y las enfermedades de transmisión por la vía fecal-oral (Cohen, 1989). No obstante, es importante destacar que la aparición de enfermedades infecciosas en localidades de mayor densidad poblacional no son necesariamente producto del simple hacinamiento físico o cambios físico-ambientales, sino que son resultante de otros procesos sociales más complejos, como ser cambios en la posición social dentro del grupo o más importante todavía, por pérdida de la cohesión social en una sociedad estratificada por clases y con una desigual distribución de la riqueza y del poder.

La **segunda gran transición epidemiológica** experimentada por las naciones indígenas de América, resultó ser una verdadera catástrofe epidemiológica en términos de enfermedad y muerte, cuando las poblaciones nativas se vieron expuestas por primera vez a los gérmenes del Viejo Mundo acarreados por los *marinheiros*, como resultado del contacto y colonización europea de las regiones remotas de ultramar (Crosby, 1986).

Pero más allá de la llegada de nuevos microorganismos, la nueva transición epidemiológica se debió por sobre todo, a la introducción de una nueva biota: plantas, hierbas, pasturas y ganadería, indujeron cambios profundos en la ecología local y consecuentemente en los patrones de enfermedad. El tráfico de microbios e intercambio de enfermedades entre el Viejo Mundo y las regiones neo-colonizadas fue claramente asimétrico y unilateral, como lo fueron en su medida

el intercambio de gentes, plantas y animales^b (Crosby, 1986). Las poblaciones indo-americanas tenían su propio repertorio de agentes patógenos y enfermedades endémicas locales (i. e. pian o Mal de Pinto, tripanosomiasis o enfermedad de Chagas, enfermedad de Carrión, hepatitis, encefalitis, tracoma, leishmaniasis, parasitosis, etc.), pero ninguna experiencia previa con microorganismos patógenos traídos del Viejo Mundo, tales como el virus de la viruela, el sarampión, la difteria, la fiebre tifoidea, la influenza y la malaria. El tráfico de microbios y enfermedades fue asimétrico puesto que los europeos no fueron afectados por las enfermedades importadas del Nuevo Mundo, con la posible excepción de la sífilis, mientras que las poblaciones indígenas en las regiones neo-colonizadas fueron virtualmente diezmadas por los gérmenes y enfermedades traídas del Viejo Mundo.

Según Crosby (1986), los viajes transoceánicos de siglo XV y XVI hechos por los navegantes y *marinheiros* europeos, tales como Cristóbal Colón, Vasco da Gama y Magallanes, iniciaron entre los pueblos colonizados una de las transiciones demográficas y epidemiológicas más dramáticas de la historia de los pueblos indo-americanos. El éxito de los europeos en la expansión y control de vastas regiones de ultramar, ventajoso para sus propios intereses económicos y de subsistencia, quizás fue en su mayor parte debido a la subordinación política y militar, así como a la hegemonía cultural y religiosa que ejercieron sobre los grupos dominados. Pero no se debe ignorar que el éxito del imperialismo europeo también tuvo una dimensión biológica y ecológica significativa, relacionada con los cambios ambientales inducidos por la imposición de una nueva biota y la introducción de nuevos microorganismos y gérmenes patógenos responsables de enfermedades epidémicas y mortalidad temprana en la población indo-americana.

Sin embargo, lo que aquí debe quedar claramente establecido, es que el simple advenimiento de gérmenes patógenos del Viejo Mundo en las regiones colonizadas, no es suficiente para explicar la alta morbilidad y mortalidad masiva experimentada entre las poblaciones nativas. No se puede ignorar la importancia del contexto de profundos cambios ambientales y la gran dislocación de los sistemas sociales y políticos existentes –incluyendo la intensificación de la pobreza extrema, el régimen de esclavitud, la violenta aculturación con

la imposición de una nueva religión y sistema impositivo, las *encomiendas* y desplazamientos forzados, el desarraigo, los conflictos y las guerras resultantes— los que constituyen factores críticos determinantes para poder explicar mejor la alta mortalidad, y en muchos casos la exterminación de las poblaciones indo-americanas después de la llegada de los europeos.

Si consideramos la dinámica de los cambios acontecidos en el perfil epidemiológico de las poblaciones latinoamericanas en las últimas décadas de este siglo, éstos se caracterizan por: primero, la aparición de nuevas enfermedades (p. ej. SIDA, fiebre hemorrágica boliviana o “Machupo”); segundo, la reaparición de antiguas endemias (p. ej. malaria, cólera, tuberculosis, dengue); tercero, la eclosión epidémica de problemas psico-sociales (p. ej. abuso de alcohol y de sustancias, suicidios y auto-agresión, abuso infantil y violencia doméstica); desórdenes mentales y enfermedades neuro-psiquiátricas (depresión, esquizofrenia, demencia); a los que se suman en cuarto lugar otros problemas y enfermedades derivadas del comportamiento humano, tales como comportamientos de riesgo, hábito de fumar, pobre higiene personal y doméstica, deserción del tratamiento, etc. y que resultan en muertes prematuras, sea por accidentes de tránsito, homicidios o enfermedades infecciosas (p. ej. tuberculosis, diarrea), incluyendo las enfermedades de transmisión sexual. En casi todas las sociedades latinoamericanas contemporáneas, se encuentran a la vez distintas enfermedades agudas y crónicas, patologías infecciosas y condiciones no-infecciosas, enfermedades mentales y otras relacionadas con el comportamiento, en una suerte de coexistencia paralela a los grandes cambios sociales y económicos en marcha, por lo que se podría presumir que estamos transitando hacia una **tercera gran transición epidemiológica**. Sin embargo, esta nueva etapa no resulta de una simple extrapolación de las tendencias del pasado, ni representa la trayectoria natural de la salud y enfermedad en paralelo con el nivel de desarrollo económico alcanzado. En efecto, un país de bajos ingresos, no necesariamente muestra hoy un perfil de morbilidad y mortalidad equivalente al que un país desarrollado tenía hace un siglo atrás (Possas y Marques, 1994).

La metamorfosis social, cultural, política y demográfica por la que hoy los pueblos latinoamericanos transitan a paso acelerado, implica cambios y transformaciones hacia un sistema cultural cada vez más

complejo. Esta verdadera metamorfosis de los pueblos, impone a su vez cambios en el perfil de morbilidad y mortalidad, en el que coexisten a la vez enfermedades infecciosas y degenerativas, con problemas psico-sociales y mentales y enfermedades derivadas de problemas comportamentales. En esta nueva transición epidemiológica, como en las anteriores, los orígenes sociales de la enfermedad, la muerte y el sufrimiento humano permanecen subyacentes y deben ser explicitados: la desigual distribución de la riqueza y el poder, el racismo y la discriminación social, a los que hoy se sobreponen el conflicto armado y la violencia política.

Pobreza, impotencia y desintegración social como determinantes de los niveles de salud

En primer lugar, la relación entre pobreza y salud no es algo nuevo y ha sido analizada desde diferentes perspectivas a lo largo del último siglo. Desde fines del siglo XIX las relaciones entre pobreza y mortalidad infantil quedaron claramente establecidas. Durante la recesión de los años 30s, se dieron por sentados los vínculos epidemiológicos entre la prevalencia elevada de enfermedades como la tuberculosis, con las condiciones de pobreza, vivienda insalubre y el desempleo. Hoy, pocos se atreven a desconocer las diferencias entre niveles de salud entre países de bajos ingresos y países ricos. No obstante, cuando se analizan los determinantes de salud en grupos específicos dentro de una población –como es el caso de las naciones o pueblos indígenas– la interpretación epidemiológica convencional que se hace sobre las relaciones entre etnicidad, pobreza y salud resulta por lo general en una sobresimplificación, con frecuencia engañosa, por la que se afirma que los indígenas son pobres y los pobres son menos saludables y se enferman y mueren con mayor frecuencia, porque son -- por una u otra razón -- deprivados de las condiciones materiales indispensables para preservar y mantener un buen estado de salud (p. ej. una nutrición balanceada, agua potable y vivienda adecuada, un medio ambiente limpio, acceso a educación y servicios de salud, etc.).

Hoy existe suficiente evidencia en la literatura científica más o menos reciente para poder comprobar que el “modelo materialista” de salud-enfermedad es no sólo una sobresimplificación, sino que resulta insuficiente para poder explicar las diferencias en el nivel de

salud entre los distintos subgrupos y clases sociales de una población determinada (Wilkinson, 1996)^c.

En síntesis, las relaciones entre pobreza y salud son más complejas de lo que se pensaba originalmente y hoy debemos plantearnos nuevas preguntas sobre esta relación. ¿Qué es lo que puede explicar mejor las desigualdades e inequidades encontradas en el nivel de salud entre clases sociales y entre los distintos subgrupos (p. ej. pueblos indo-americanos) de una población determinada? ¿Es simplemente la “pobreza” o la marginalidad o la deprivación material? ¿O por acaso existe algo más? ¿Qué otros factores entran en juego, como por ejemplo, la selección genética, las desigualdades de género, el nivel inmunitario, el grado de exposición al stress o la violencia organizada, la contaminación del ambiente? ¿Cuál es el rol que juegan los factores psico-sociales: status social y grado de cohesión social, densidad y calidad de la red y estructuras de soporte? (Wilkinson, 1996; Evans et al, 1994) ¿Cómo se relaciona la pobreza con el estado de salud individual y colectivo? ¿Qué enlaces tiene la pobreza con la enfermedad mental? ¿Cuáles son los modelos o paradigmas disponibles para analizar los determinantes sociales de salud y enfermedad mental a nivel individual y colectivo en la América Latina?

En segundo lugar, la desesperanza o la impotencia es en parte creada y sostenida por un discurso de degradación social. El proceso de colonización, seguido por la aparición de las repúblicas y el estado-nación y más recientemente, la globalización en escala planetaria, han contribuido sin lugar a dudas a la degradación y desintegración social de los pueblos indígenas, y pérdida de su identidad, a la par de generar y sostener la pobreza entre éstos. Hoy, la gran mayoría de los indígenas latinoamericanos, invariablemente ocupan los escalones más bajos en la estructura jerárquica de las sociedades nacionales respectivas (Pedersen, 1993; Desjarlais et al, 1995).

El discurso oficial de degradación es universal en forma y contenido y su propósito es devaluar, deshumanizar y estigmatizar a los grupos subordinados (p. ej. pueblos indígenas) como seres biológica y culturalmente inferiores, con frecuencia refiriéndose a éstos como “salvajes” o “primitivos”. La estigmatización justifica la necesidad de intervención por parte del sector oficial y la asimilación forzada

a la sociedad nacional. Existen numerosos ejemplos en la historia reciente de América Latina, en los cuales la *identidad* cultural de sus miembros ha sido descrita como un producto de hibridación étnica o un “crisol de razas”. Varios políticos y escritores se han referido a su propio país como una sociedad *mestiza*, vale decir una sociedad en la que prevalece la mezcla de sangre indígena con sangre española o portuguesa, en una suerte de homogeneización étnica que llevaría a la desaparición de las razas “puras” (es frecuente escuchar la afirmación entre nosotros: “aquí ya no quedan indios, ni blancos puros, sino que todos tenemos un poco de los dos”). Esta posición discrimina en contra de los pueblos indígenas, relegándolos a la casi invisible categoría de minoría étnica⁶, la cual estaría inexorablemente destinada a la desaparición o a la asimilación a la sociedad mestiza dominante. Por otro lado, las sociedades latinoamericanas de hoy no se construyen a partir de culturas monolíticas, ni de linajes raciales “puros” o “mestizos”, sino a través de un proceso de contacto e intercambio cultural algo más complejo, que Bibeau (1997) describe como *creolisación*⁷ y que ha contribuido en forma significativa a la aparición de sociedades multiculturales *de facto* en América Latina y en otras regiones del mundo contemporáneo.

Las teorías de aculturación y modernización que en las últimas décadas han servido para analizar los cambios y transformaciones de la sociedad provocados por el contacto con diferentes culturas,

⁶ A lo largo de los 500 años de colonización y emergencia de las nuevas repúblicas, hay múltiples ejemplos de políticas oficiales implícitas o explícitas, que bajo la bandera “nacionalista” adoptan el proyecto de homogeneización étnica. Esto se ha intentado a través de la promoción de políticas de inmigración selectiva (para “diluir” el pool genético indígena) o por acciones de segregación y “limpieza étnica”, a través de campañas militares para la exterminación de los indios (p. ej., la campaña del desierto en la Patagonia Argentina) u otras formas más insidiosas, pero efectivas, de etnocidio (p. ej., la distribución gratuita entre los indígenas de frazadas infectadas con sarampión o viruela en la Amazonía brasilera).

⁷ Creolisación es un término derivado de la palabra “creole”, vocablo francés tomado del español “criollo”, apelativo aplicado a un nativo de la localidad o también a los hijos de españoles nacidos en las Indias Occidentales. Es probable que la palabra criollo se origina en el verbo “criar” o se deriva de la palabra “criado”. El criado es aquél individuo de clase social inferior y generalmente de otra etnia o cultura, que es reclutado a edad temprana y “criado” por una familia de mejor posición social, usualmente para trabajar como servidor doméstico.

hoy necesitan ser reemplazadas por nuevas tesis, que se adhieran “menos a las nociones de transformación interna y adaptación y más a las ideas de intercambio e interpenetración.” (Bibeau, 1997). Según este autor, los elementos claves en el análisis de las sociedades multiculturales son los de contacto e intercambio, en los que continuamente ocurren procesos contradictorios de resistencia y atracción, fusión y fragmentación, simbiosis y heterogeneidad, totalización y parcelación. El nuevo territorio que Bibeau nos invita a explorar gira en torno de la creciente *creolización* del mundo, la complejidad cultural y la emergencia de sociedades pluralistas. El emblema de la sociedad contemporánea es el migrante que se enfrenta en su cotidianeidad con fragmentos de múltiples modelos referenciales, no necesariamente estables, ni coherentes, pero a partir de los cuales se construye su experiencia. De manera semejante a lo que ocurre en el encuentro entre dos a más lenguas, la experiencia (y los significados) se construyen a partir del contacto entre dos o más culturas, lo que supone que las fronteras de la cultura lejos de ser rígidas e inexpugnables, son flexibles y permeables, por lo que permiten un intercambio dinámico y de doble sentido. Esto ya ha sido descrito de una u otra forma bajo distintas metáforas: como “*bricolage*” (tapiz de tela compuesta a partir de retazos viejos) por Claude Levi-Strauss; o como “cambalache” en el famoso tango argentino de Enrique Santos Discépolo; o finalmente por lo que en América Latina algunos llaman una “cultura *chicha*”: llena de contradicciones inesperadas, anomalías y superposiciones, espacios vacíos, ambigüedades y valores híbridos (como se escucha con frecuencia en el cancionero popular latinoamericano)^d.

El contexto caracterizado por pobreza, impotencia y desintegración social, permite entender mejor el deterioro de la situación de salud de los pueblos indo-americanos y en particular de la salud mental. Pero cualesquiera que fueren los factores sociales y culturales que se encuentren en la secuencia de causas y determinantes “río arriba”, en algún punto del “río abajo” se deben encontrar además los procesos biológicos que enlazan los determinantes del macro-contexto social –la economía política– con la dimensión “micro” de la experiencia individual: la enfermedad mental.

En el caso latinoamericano, ¿Cuáles son las rutas o enlaces biológicos, si acaso existen, entre la pobreza, el racismo, la impotencia,

la desintegración social y sus resultantes? ¿Cómo es que esta maraña de causas y enlaces determinan el nivel de enfermedad y muerte en una población determinada? En realidad, no hace mucho que algunos investigadores en salud y en ciencias sociales se han comenzado a formular estas preguntas para las que no existen sino algunas hipótesis de trabajo que permiten explicar estas relaciones complejas. Todavía más importante, los datos aportados por la investigación en este campo revelan inconsistencias entre los determinantes y riesgos de salud con la enfermedad y sus consecuencias (baste como ejemplo, la pobre capacidad predictiva que tienen los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (Evans et al, 1994). Cuando se confronta la red compleja de interrelaciones entre pobreza, impotencia, racismo, violencia y desintegración social, que a modo de una telaraña se van imbricando unas con otras, y se intentan explicar sus vínculos con las resultantes biológicas y psico-sociales en una población específica, el modelo epidemiológico convencional no tiene un poder explicativo suficiente y con frecuencia se cae en el reduccionismo, la sobresimplificación o el sesgo en la interpretación de los resultados.

A manera de ejemplo, uno de los problemas emergentes más obvios dentro de un contexto de pobreza y desintegración social es el abuso de alcohol. En los EE.UU y en el Canadá, los problemas de salud relacionados con el abuso de alcohol (accidentes de trabajo, accidentes de tránsito, homicidios y suicidio, cirrosis hepática, violencia doméstica, etc.) representan una de las primeras causas de muerte entre la población indígena de 15 a 49 años. En México, Guatemala y en los países andinos, la mayoría de los observadores coinciden en señalar que el abuso de alcohol es muy elevado entre la población indígena, aunque existen pocos datos para sustentar esta afirmación. No obstante, en países con una alta proporción de población indígena, los problemas como suicidio, infanticidio y abuso infantil, violencia doméstica, etc. relacionados directa o indirectamente con abuso de alcohol parecen estar en aumento, como ha sido reportado en Ecuador (Tousignant y Chela, 1991); Perú (Saavedra y Mariátegui, 1967); Bolivia (Argandoña, 1988; de Meer, 1988); y México (Menéndez, 1988; 1990). Según una extensa revisión sobre abuso de alcohol en este último país hecha por E. Menéndez, sobre un gran número de estudios realizados en Chiapas y otras regiones con poblaciones indígenas (Tarahumaras, Zapotecos, Totonacas, Nahuatl, etc.), el

abuso de alcohol como causa primaria o secundaria de muerte se debe considerar como una de las primeras causas de mortalidad entre estos grupos y como un problema social de primera magnitud. Sin embargo, la mayoría de los autores no reconocen el alcoholismo como un problema entre los indígenas mexicanos y se limitan a la descripción del fenómeno como parte del sistema de reciprocidad o transacciones sociales en festividades religiosas, sobrestimando el rol de la cultura y minimizando el análisis del contexto político y social en el que la oferta y el consumo de alcohol se produce. Los atributos románticos que se adjudican a los usos culturales del alcohol entre los indígenas impiden un análisis objetivo de los orígenes sociales y políticos más relevantes, oscureciendo los aspectos negativos que tiene el abuso de alcohol para la salud física y mental del individuo y soslayando el impacto social y económico del alcohol sobre la sociedad más amplia.

Los proyectos de desarrollo, el racismo ambiental y los “nuevos” estresores

Existen abundantes referencias sobre la historia de las iniciativas de desarrollo en los países pobres y las repercusiones que generalmente tienen las intervenciones humanitarias y los proyectos de desarrollo etno-céntrico sobre el individuo, el medio ambiente y la calidad de vida de los pueblos. En los años recientes, algunos autores han señalado las relaciones existentes entre el deterioro ambiental y las violaciones de derechos humanos, en lo que se ha dado a llamar proceso de “victimización selectiva” o “racismo ambiental” (Macas, 1994; Bullard, 1993; Johnston, 1994; Clay, 1994). Si se parte de la premisa de que los proyectos de desarrollo traen con frecuencia tanto repercusiones positivas como negativas sobre el ambiente y calidad de vida de las poblaciones locales, se puede reconocer que los beneficios y perjuicios no se distribuyen entre todos por igual. Las ganancias tienden a beneficiar a las élites, mientras que el impacto negativo afecta a algunos más que a otros —en su mayoría a los marginados del poder— con frecuencia privando a estos del ejercicio de sus derechos fundamentales, ya sea limitando el acceso a recursos críticos para la supervivencia o bien generando condiciones ambientales desfavorables, generalmente creadas por el mismo proyecto de desarrollo (Pedersen, 2006). La inequidad o las limitaciones impuestas al ejercicio de los derechos

ciudadanos, se justifican generalmente en nombre del “desarrollo nacional” auténtico, la necesidad de “pago de la deuda externa” o a veces apelando a cuestiones de seguridad interna o de unidad nacional, según el discurso oficial de los representantes del gobierno de turno. Por lo general, los sectores más afectados por el racismo ambiental y la victimización son precisamente los pueblos indígenas, a quienes con frecuencia se les acusa de retrógrados, por resistirse a la modernización y al desarrollo.

En América Latina se observan varios ejemplos de deterioro ambiental vinculado a las actividades productivas de desarrollo, con repercusiones negativas en el nivel de salud. En las regiones alto-andinas, el suelo y las fuentes de agua están contaminadas por actividades de extracción mineral (mercurio, cobre, estaño, plomo, etc.), representando un alto riesgo para los asentamientos locales directamente expuestos a las sustancias contaminantes, lo que ha conducido a una serie de conflictos, algunos de ellos graves y a reivindicaciones laborales (en el caso peruano se destacan entre otros, las disputas entre representantes indígenas y las compañías mineras como la Southern Cooper Corporation, o el conflicto más reciente entre pueblos indígenas de la Amazonia Peruana con la policía nacional, por las concesiones para la explotación petrolera en Bagua). El uso de fertilizantes químicos, herbicidas e insecticidas órgano-fosforados en la agricultura está tan diseminado, que trazas significativas de estas sustancias tóxicas se han encontrado en cursos de agua superficiales, en la leche materna, y en los alimentos. Estudios de campo entre grupos indígenas de la región amazónica de Venezuela (Seijas y Arvelo-Jiménez, 1978), Perú (Berlin y Berlin, 1978) y región oriental del Ecuador (Pedersen y Baruffati, 1983), demuestran que mientras la diversidad y complejidad ecológica se mantienen, las poblaciones locales no se ven afectadas, mostrando buenos niveles de nutrición y salud, con bajos niveles de morbilidad y mortalidad.

Cuando se introducen proyectos de desarrollo y se aceleran los procesos de cambio y *creolisación*, los patrones de asentamiento se modifican pasando de poblaciones dispersas a concentradas, con la consecutiva degradación del ambiente físico inmediato, dislocación de la producción local de alimentos, a más de cambios profundos en los sistemas sociales y políticos, y en las estrategias de sobrevivencia. En estas poblaciones la situación de salud y las condiciones de higiene

se deterioran rápidamente, con la contaminación del suelo y fuentes de agua, desaparición de las fuentes de proteína animal y otros nutrientes básicos, lo que se expresa en mayores tasas de infestación parasitaria por la vía fecal-oral, y en la eclosión de epidemias de pequeña escala de enfermedades infecciosas o de transmisión aérea, traídas por colonos e inmigrantes de otras regiones (Pedersen y Coloma, 1984).

Colonos, mineros y petroleros, militares, traficantes de *coca* y servidores del sector público, están constantemente generando nuevas fuentes de *stress* y conflicto con las poblaciones nativas locales. En la vertiente oriental de los Andes —en las regiones de selva baja— los representantes de compañías privadas y agencias de gobierno involucrados en la explotación de recursos naturales (madera, oro, petróleo, etc.), las sucesivas olas de colonos, los misioneros, las operaciones clandestinas de explotación de coca y los traficantes de drogas, a los que se agregan la presencia de contingentes militares por conflictos de frontera, represión de actividades terroristas o control de cultivos clandestinos y el tráfico de drogas, todos representan una constelación de “nuevos” estresores ambientales y sociales que implican riesgos agregados para la salud de las poblaciones indígenas locales. De acuerdo con fuentes oficiales, la proliferación de vectores por el deterioro ambiental, resultan en un aumento significativo de la transmisión de enfermedades endémicas. Por ejemplo, las tasas de prevalencia de malaria en los asentamientos próximos a la carretera Transamazónica en el territorio brasileño, son entre dos a diez veces mayores que en asentamientos homólogos en regiones más remotas y aisladas de la Amazonía (de Koning, 1992). La correlación entre malaria y la infraestructura de carreteras puede ser cierta, pero tiende a oscurecer el peso de otros factores como la distribución del ingreso o el acceso a tierra y disponibilidad de alimentos, como ha sido descrito para el caso de los Quichuas del Alto Napo, en el oriente del Ecuador (Pedersen y Coloma, 1984).

El impacto psico-social de la migración forzada, el conflicto y la violencia política

Como ha sido señalado, hay muchos ejemplos de situaciones de violencia política y violaciones de derechos humanos entre los pueblos y naciones latinoamericanas. Las ejecuciones sumarias de Miskitos en

Nicaragua; las muertes y desapariciones de Quechuas en la regiones alto-andinas durante las últimas dos décadas del siglo pasado; la masacre de Yanomamis en la frontera entre Venezuela y Brasil por disputas con mineros ilegales; el abuso, la tortura y la masacre de pueblos indígenas Mayas en Guatemala; y la ejecución sistemática de líderes indígenas de la amazonía brasileña por asesinos a sueldo, permiten comprobar que la violencia política no es un hecho aislado sino que está en franco aumento en todos los ámbitos, como ha sido denunciado por observadores independientes y agencias especializadas (Amnesty International, 1988). A esto se suman las distintas formas de lesiones auto-infligidas, la ola de homicidios y suicidios, como ha sido reportado entre los pueblos Guaraníes en el Paraguay, quienes registran la mayor tasa de suicidios entre jóvenes de todo el continente.

Por otra parte, un número de creciente de la población civil se cuenta entre las víctimas de las guerras y de la violencia política. En escenarios de guerra de otras latitudes, como la ex-Yugoslavia y Somalia, 9 de cada 10 muertos o heridos fueron civiles. De estos, un número importante y creciente de niños son cada año víctimas silenciosas de las violaciones y abusos de derechos humanos, de la violencia política y de las guerras (para una revisión amplia del tema ver Cairns, 1996). Los estudios efectuados en niños expuestos a experiencias de violencia extrema (víctimas de bombardeos aéreos o campos minados; testigos del fusilamiento, muerte o violación de sus padres; tortura o muerte violenta de familiares y pares en acciones bélicas) en Angola, Camboya, Palestina, Bosnia y Herzegovina, han reportado en forma consistente la presencia en estos niños de un amplio rango de síntomas compatibles con los denominados síndrome post-traumático por *stress* y que consiste en la evocación recurrente del episodio traumático, terrores durante el sueño, supresión de pensamientos o sentimientos asociados con el trauma y síntomas persistentes de alerta, hiper-vigilancia, insomnio, y otros síntomas relacionados con experiencias de violencia extrema.

Si bien este no es el sitio para hacer una revisión completa del campo de estudios sobre trauma y *stress*, puede ser útil revisar algunos conceptos. Desde comienzos de la década de los 80's, a partir de la inclusión del síndrome post-traumático por *stress* (del inglés Post-Traumatic Stress Disorder o PTSD) como una categoría

diagnóstica en el DSM (“Diagnostic and Statistical Manual”, de la Asociación Psiquiátrica Americana), el campo de estudios sobre trauma se ha expandido considerablemente. No obstante, se debe señalar que los principales aportes teóricos se desarrollaron ya en la primera mitad de este siglo –ver por ejemplo, los trabajos pioneros de P. Janet (1889) y S. Freud (1920), seguidos mas tarde por H. Selye (1936) y W. Cannon (1939)– los que se enfocaron principalmente en las experiencias individuales de trauma, desde una perspectiva clínica y experimental. Con el paso de los años los investigadores se vieron influenciados por acontecimientos históricos que representaron situaciones traumáticas masivas (las trincheras de la Primera Guerra Mundial, el genocidio perpetrado por los doctores Nazis en la Segunda Guerra, los sobrevivientes de Hiroshima, los veteranos de Vietnam y de la guerra con Corea) en donde se utilizaron distintas aproximaciones conceptuales, en el intento de construir un marco de referencia para los estudios sobre trauma. Mientras que hoy existen varios estudios que se concentran en el impacto de corto plazo de la guerra y trauma, las consecuencias a mediano y más largo plazo han recibido menos atención. Uno de los primeros estudios hecho sobre veteranos de la Primera Guerra Mundial (Kardinel y Spiegel, 1941), concluyó que las consecuencias de largo plazo del trauma de guerra si bien pueden ser discontinuas, con frecuencia son persistentes y de larga duración. Estudios iniciados en la Segunda Guerra Mundial, han reportado la persistencia de síntomas de trauma por *stress* (pensamientos intrusivos, irritabilidad, sueños anormales, comportamiento agresivo, etc.) hasta 20 años después de la experiencia traumática (Archibald y Tuddenham, 1965).

En el modelo médico de trauma, los síntomas que configuran hoy el llamado PTSD, se presentan como una respuesta psico-patológica universal frente al trauma. Aunque puede haber una cierta similitud en los síntomas y manifestaciones de PTSD en diferentes grupos expuestos al trauma, es obvio que la cultura y la posición social juegan un rol importante en la percepción y expresión de los síntomas, por lo que se levantan muchos interrogantes sobre la existencia de este síndrome como una entidad nosológica de validez universal o intercultural (Young, 1980; Mollica et al, 1992). Hoy parece haber consenso entre algunos investigadores que el PTSD aparece como una categoría generada a partir de la experiencia sufrida por veteranos de la guerra de Vietnam, y que por lo tanto no puede aplicarse como

un diagnóstico universal válido en experiencias traumáticas sufridas por individuos provenientes de otras culturas (Young, 1993; 1995). El modelo médico de trauma presenta una visión distorsionada del fenómeno, limitando su atención a las “víctimas” e interpretando sus síntomas y reacciones como problemas anormales o psico-patológicos. En general, las víctimas reaccionan frente al trauma de acuerdo al significado que esto representa para ellas y no todas las reacciones deben considerarse como necesariamente patológicas o anormales. En realidad, se puede argumentar que muchas de las reacciones frente al trauma son manifestaciones “normales” y representan una respuesta saludable, a partir de las cuales se construyen los mecanismos de defensa y de reparación necesarios. Sin lugar a dudas, esto tiene repercusiones en la agenda de investigación sobre trauma y *stress*, en donde el foco de análisis se debería desplazar de las “víctimas” a los “sobrevivientes” y en donde la incógnita por resolver no es cómo ni porqué ciertos individuos son afectados por el trauma y el *stress*, sino porqué la mayoría de las personas expuestas no se ven afectadas (Summerfield, 1995), es decir, superan la experiencia traumática y se recuperan sin presentar síntomas, ni morbilidad residual asociada.

En síntesis, las teorías y conceptos sobre el PTSD se han basado principalmente en abordajes clínicos y experimentales, con un uso limitado del método epidemiológico y etnográfico. Sería importante superar esta tendencia, adoptando un abordaje más integral, utilizando métodos derivados de la epidemiología y de las ciencias sociales, con un doble enfoque, cuantitativo y cualitativo. Se debe ir más allá de las respuestas individuales inmediatas frente al trauma, para centrar la atención en el impacto de mediano y más largo plazo del trauma y *stress* sostenido, a nivel colectivo. Este abordaje debiera conectar la dimensión del contexto social más amplio arriba descrito, con los procesos micro-sociales. En este sentido, se deben además hacer algunas distinciones conceptuales con respecto a la naturaleza y tipos de trauma y “estresores”, como también precisar mejor lo que se entiende por respuestas biológicas y psico-sociales: mecanismos neuro-endocrinos de defensa, respuestas culturales, estilos de “afronte” (en inglés: *coping*) y estrategias de sobrevivencia. Según J.P. Wilson (1994), entre otros, hoy existe la necesidad de una aproximación más integral para abordar el tema de PTSD, de su heterogeneidad, y de las condiciones de co-morbilidad con las

que frecuentemente está asociado. Una teoría integradora debería intentar especificar las interacciones entre las múltiples dimensiones de la respuesta frente al *stress*: aspectos neuro-fisiológicos y psico-sociales a nivel individual y colectivo, procesos cognitivos, modalidades de manejo y defensa, como también la resiliencia, y los comportamientos y rituales terapéuticos, asociados con el proceso de recuperación y curación (Wilson, 1994).

Terr (1991) propuso una tipología básica de tres tipos de estresores en relación a los desórdenes post-traumáticos. El primer tipo, denominado Tipo I, comprende los estresores simples, de ocurrencia singular, que van algo más allá del nivel de *stress* cotidiano considerado como “normal”; el Tipo II, resulta de una combinación de traumas de naturaleza insidiosa, durables y repetitivos; y finalmente el Tipo III, que resulta del efecto aditivo o combinado de eventos insidiosos, pero de baja intensidad. Wilson (1994) propuso la adición a la tipología propuesta por Terr, de un cuarto tipo (Tipo IV), que comprende aquellos estresores derivados de alteraciones ambientales catastróficas (p.ej. Chernobil o Bopal en India) que por lo general resultan en severos daños de corto y más largo plazo e introducen altos y sostenidos niveles de stress, con consecuencias negativas en la configuración de las redes sociales de apoyo, y otros efectos menos conocidos y de largo plazo entre los sobrevivientes.

Siguiendo con ésta tipología de estresores, se puede proponer una quinta categoría (Tipo V), que representa la suma de estresores múltiples y traumas de baja intensidad, acumulativos y de larga duración (décadas o aún generaciones) que ocurren en un contexto de turbulencia política sostenida, conflicto armado y violencia estructural. Estos estresores múltiples del Tipo V resultan del proceso de dominación, subordinación u opresión política ejercida por diversos agentes, incluyendo las violaciones de derechos humanos, a los que se agregan con frecuencia la migración forzada y los efectos nocivos de la degradación ambiental.

La guerra civil en El Salvador, en la que se registraron unas 70,000 muertes y desapariciones y un número tres veces mayor de víctimas o personas heridas, se tradujo en el desplazamiento interno y migración forzada de miles de salvadoreños quienes huyeron de la violencia y buscaron refugio político en países vecinos (incluido

el Canadá). Un estudio efectuado en 250 personas durante la etapa más álgida del conflicto, en las afueras de San Salvador, reportó que la mera presencia de tropas armadas indujo entre la población civil, miedo y terror incontrolable (87% de los encuestados), temblor generalizado y otras manifestaciones somáticas de inseguridad y miedo (64%) (ACISAM, 1988). Martín-Baró (1989), al analizar el trauma psico-social como resultado de la violencia y guerra civil en El Salvador, se refiere al mismo conjunto de síntomas reportados entre los campesinos (ancianos, mujeres y niños) salvadoreños al enfrentarse con operativos militares en sus poblados. Según este autor⁸, el trauma psico-social representa la deshumanización de las relaciones sociales. En primer lugar, los enemigos son repudiados, cosificados y vistos como objetos descartables, sin valor alguno. En segundo lugar, el conflicto social adopta formas y expresiones de verdadera alienación y agitación psicótica, como fue observado entre adolescentes y jóvenes expuestos a operativos bélicos, violencia y situaciones de *stress* extremo. Finalmente, la militarización de la vida cotidiana conduce inexorablemente a la militarización de la mente, por lo que la gente piensa, siente la necesidad y finalmente adopta soluciones radicales, transformándose en seguidores ciegos de la “ley del más fuerte”, lo que a su vez perpetúa la violencia estructural (Martín-Baró, 1989).

Menos obvios –pero igualmente letales– son los efectos de conflictos no-convencionales o de las denominadas “guerras de baja intensidad”⁹, particularmente en los casos de Guatemala y el Perú. Los efectos de este tipo de conflictos en la salud de las poblaciones locales son no sólo directos, sino también indirectos, por el debilitamiento o ruptura de las redes sociales de soporte, la destrucción material de viviendas, cosechas y ganado, o –como en el caso de Nicaragua– la

⁸ Ignacio Martín-Baró es una de las figuras destacadas del campo de la psicología latinoamericana. Un defensor de los derechos humanos, miembro activo en el movimiento de teología de la liberación, murió asesinado por el “escuadrón de la muerte” el 6 de noviembre de 1989, en El Salvador.

⁹ Las contiendas “de baja intensidad” pueden ser definidas como la guerra total al nivel de las bases, en donde el objetivo final es la población local y no la ocupación del territorio (Walhelstein, 1985). Esta población es sistemáticamente sometida a un régimen de terror, con formas extremas de agresión, violencia y otras experiencias traumatizantes.

desactivación de servicios de salud y eliminación de trabajadores de atención primaria en operativos militares organizados por fuerzas represivas (Summerfield y Toser, 1991).

En muchas de las comunidades centroamericanas o de los países andinos, el conflicto y la violencia generados por la persecución y matanza de indígenas o campesinos a manos de colonos invasores, *narcos*, terroristas o militares, han tenido efectos psicológicos y sociales devastadores a nivel del individuo, los pueblos y las economías locales. El impacto se manifiesta no solo en el número de muertos, heridos o desaparecidos sino además en una multitud de síntomas y síndromes post-traumáticos en los sobrevivientes, y en el éxodo selectivo de población en edades productivas hacia las ciudades y otras regiones de refugio. Por varias décadas, hombres y mujeres indígenas se vieron desplazados o forzados a migrar hacia las ciudades satélites y barrios de emergencia, creando lo que hoy constituyen los cinturones de pobreza de las grandes ciudades: *barriadas, favelas, guasmos o pueblos jóvenes*. En estos asentamientos, la vivienda precaria, la desocupación y la contaminación ambiental, la violencia interpersonal e inseguridad en la calle y la ausencia de servicios mínimos, son las características dominantes, que con frecuencia se transforman a su vez en fuentes de *stress* agregado. Pero regresando al terreno de lo individual, el impacto no se limita al área psico-social exclusivamente. Por ejemplo, las relaciones entre *stress* y susceptibilidad a las infecciones han sido confirmadas por experimentación y observaciones clínicas: la presencia de *stress* puede explicar las diferencias en la ocurrencia de síntomas en niños expuestos a infecciones estreptocócicas (Meyer y Haggerty, 1962) y se expresa además en mayores tasas de ataque de infecciones respiratorias. Si esto fuera cierto, uno podría esperar una mayor ocurrencia de infección (medida a través de tasas de ataque y de letalidad) entre la población de migrantes forzados expuestos por largos períodos a condiciones de vida en extremo desfavorables y bajo la influencia de estresores del Tipo V. Una relación más directa entre violencia e infecciones de transmisión sexual ocurre en la violación masiva de mujeres jóvenes, durante operativos militares de represión o conflictos inter-étnicos internos como los ocurridos en Ruanda o en Bosnia, los que se traducen en aumento de la transmisión de infecciones por virus VIH e incremento de casos de SIDA en la población expuesta. Por otro lado, también se pueden

esperar en estos mismos grupos diversas formas de resistencia y resiliencia frente a la enfermedad, así como de múltiples estrategias de sobrevivencia y afronte para superar las condiciones estresantes, reducir los riesgos y el estigma asociado, y así atenuar el impacto negativo de las enfermedades.

En América Latina son pocos los estudios que se han hecho sobre poblaciones indígenas desplazadas o migrantes, o pueblos expuestos a la violencia política en forma duradera. En Nicaragua se hizo un estudio en una comunidad rural sobre el trauma mental provocado por las guerras de baja intensidad (Summerfield y Toser, 1991). En el Perú, un país agobiado en las últimas décadas por la pobreza extrema y la violencia estructural, la migración campo-ciudad y los niveles de ansiedad y disturbios psicológicos resultantes entre los migrantes han sido documentadas en una primera ola de estudios publicados desde mediados del siglo pasado por autores como Carlos A. Seguin (1951, 1956); Humberto Rotondo (1963; 1978); y más tarde por F.M. Gavia y colaboradores (1986), entre otros. Más recientemente, en lo que podríamos llamar una “segunda ola” de estudios, se han agregado contribuciones importantes a la literatura de la violencia política y de sus efectos en la población civil (Coronel Aguirre, 2003; Degregori, 1985, 1996, 2003; Gorriti, 1990; Hernández, 1993; Manrique, 1995; Del Pino, 1994, 1999; Portocarrero, 1990; Rodríguez Rabanal, 1995), los que ilustran el amplio rango de disciplinas e interpretaciones del fenómeno por investigadores peruanos. Entre los años 2000 y 2003, nuestro equipo, en colaboración con IPAZ (Instituto para la Paz y el desarrollo de Ayacucho), completó una serie de estudios epidemiológicos, clínicos y etnográficos en poblaciones Quechuas de la región alto-andina de Ayacucho, las que estuvieron expuestas a la violencia política por el conflicto armado entre Sendero Luminoso y las fuerzas militares del Perú (Pedersen et al, 2004; 2008).

En la primera ola de estudios, Seguin (1956) hizo un estudio comparativo entre migrantes de la sierra peruana recién llegados a ciudad de Lima con aquellos residentes nacidos o ya establecidos en la ciudad por un largo período. Los recién llegados –en su mayoría Quechua hablantes– reportaron una constelación de síntomas (dolor de cabeza, palpitaciones, debilidad, etc.) tras del arribo, que fueron descritos bajo el rótulo de *Síndrome Psicossomático de Desadaptación* (Seguin, 1951). Según este autor, las diferencias no se limitaron a los

niveles psicológicos o psico-somáticos, pero incluyeron además una serie de ajustes fisiológicos y respuestas psico-sociales adaptativas frente a las nuevas condiciones de vida impuestas por el contexto urbano de destino. Por su parte, Rotondo y colaboradores (1963; 1978) publicaron los resultados de una encuesta de salud (utilizando el Cornell Medical Index y el DSM, versión 1952 de la Asociación Psiquiátrica Americana) realizada en una barriada marginal de Lima con una alta proporción de migrantes Quechuas de la sierra, que reportaron síntomas depresivos y ansiedad (hipocondría, sentimientos de desajuste social, miedo y desconfianza, bajo nivel de aspiraciones, etc.). Se encontraron además altas tasas de abuso de alcohol entre hombres y comportamientos antisociales entre los jóvenes.

Dos décadas después, Gaviria y colaboradores (1986) desarrollaron un modelo para poder explicar mejor las relaciones entre migración y presencia de trauma psico-patológico en la población de migrantes (en su mayoría de la sierra) hacia Lima Metropolitana. El modelo comprehensivo desarrollado por Gaviria representa un avance importante, al intentar relacionar las múltiples dimensiones del fenómeno, vinculando las fuerzas macrosociales del contexto (cultura peruana, estratificación social y economía política), con el estado migratorio y con los procesos micro-sociales (estresores, soporte social y mecanismos de “coping”), y las condiciones psico-patológicas resultantes. Los autores hicieron una evaluación psiquiátrica en una muestra de migrantes y no-migrantes en el área de Perú-Cangallo, utilizando el Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI) para detectar problemas psico-patológicos específicos. Los resultados señalan la presencia de mayores niveles de desmoralización y psico-patología entre los migrantes, cuando se comparan con los no-migrantes (Gaviria et al, 1986).

A pesar de estos y otros esfuerzos¹⁰, resulta llamativo comprobar que luego de más de una década (1980-1992) de experimentar

¹⁰ Otros estudios clínicos y etnográficos efectuados en poblaciones indígenas de América Latina sobre migración, mal adaptación, aculturación y enfermedad mental están por lo general limitados a muestras pequeñas, de restringida validez externa (ver por ejemplo, Pagés Larraya, 1981, 1985; Muñoz et al, 1966; Biederman, 1983).

acciones de extrema violencia tras el despliegue de atentados terroristas acarreados por Sendero Luminoso y el MRTA (Movimiento Revolucionario Tupac Amaru) y operativos de represión llevados adelante por fuerzas militares y paramilitares, –los que afectaron significativamente vastas extensiones del país que se declararon bajo estado de emergencia, así como varias ciudades de la sierra y costa, incluyendo Lima, la ciudad capital, y que resultara no sólo en daños materiales considerables (equivalentes al valor total de la deuda externa del Perú) sino además en la desaparición y muerte de unas 70,000 personas (Comisión de la Verdad y Reconciliación, 2003) y más de medio millón de desplazados internamente– la comunidad médica, científica y académica se mantuvo en su mayor parte indiferente frente a este fenómeno. Mientras los sociólogos y antropólogos se embarcaban en laboriosos estudios sobre las economías campesinas o el uso de alucinógenos, el impacto de la violencia política y la matanza de campesinos inocentes –Quechua-hablantes en su mayoría–, les pasó por debajo de las narices, sin que se dieran mucha cuenta de lo que estaba sucediendo (Starn, 1991). Todavía hoy, luego de las evidencias reportadas en el Informe Final de más de 5,000 páginas emitido por la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR, 2003), esta área de estudio permanece en buena medida relegada o ignorada por la carga política y el estigma social del tema, frente al cual los investigadores se muestran ambivalentes. No obstante, una serie de estudios sobre la violencia estructural en el Perú, fueron publicados por la APEP (Asociación Peruana de Estudios e Investigación para la Paz), en las últimas décadas del siglo pasado por F.E. MacGregor y colaboradores (1989; 1990) y otros autores (J. Ossio; A. Giesecke y M. Giesecke, C. Rodríguez Rabanal, entre otros). Aún así, los estudios evaluativos del impacto psico-social y de salud por la violencia y las violaciones de derechos humanos que fueron experimentadas durante el período arriba señalado, son escasos (salvo el informe de la CVR arriba señalado).

En una revisión de la literatura, limitada en forma exclusiva a los síndromes post-traumáticos por *stress* (PTSD) en distintas poblaciones expuestas a desastres naturales, violencias y guerras, se puso en evidencia que del total de 135 estudios epidemiológicos sobre PTSD publicados entre 1980 y 1993, la gran mayoría se hicieron sobre muestras de refugiados o migrantes en países ricos (principalmente EE.UU, Canadá y Europa), mientras que solamente 8 estudios (6%)

sobre PTSD fueron hechos en países de bajos ingresos. De éstos, solo tres investigaciones se hicieron en América Latina sobre víctimas de desastres naturales: el terremoto de México y la erupción del volcán Armero, en Colombia (de Girolamo et al, 1996). Los pocos estudios sobre PTSD que han sido reportados en América Central (Nicaragua, Guatemala, El Salvador) y el cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay), se han centrado principalmente en los efectos individuales de la tortura o de la violencia de estado, durante la “guerra sucia” de la década de los años ‘70s. No obstante, por lo general se desconoce la magnitud y distribución del impacto de mediano y largo plazo de la violencia política sobre las poblaciones locales y las estrategias sociales de reparación y sobrevivencia frente a la violencia no han sido reconocidas y menos aún exploradas de manera sistemática, salvo lo aportado por algunos trabajos más recientes (Pedersen et al, 2004; 2008; Tremblay et al, 2009). En el 2001-2002, el ‘Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi’ condujo una encuesta transversal en una muestra urbana de adultos de 16 años y más (N=3895) en ciudades de la región de la sierra peruana (Ayacucho, Cajamarca y Ancash), utilizando las categorías del ICD-10. En esta encuesta se reportaron tasas de prevalencia de vida de 16.2% para depresión y 12.8% para PTSD (IESM, 2003).

De lo macro-estructural a lo micro-social y sub-individual

Como ha sido visto en las secciones precedentes, la situación de salud de los pueblos y naciones indo-americanas es resultante de la interacción recíproca del pasado colonial, de una historia de violencia estructural y aculturación forzada, de la situación de pobreza sostenida e inequidad social, y del continuo proceso de cambio global acelerado. Por otro lado, en el contexto neo-liberal de ajuste estructural, la emergencia y consolidación de una economía de libre mercado, lejos de preservar la integridad ambiental, ha conducido más bien a la degradación de los ecosistemas locales, aumentando por un lado la brecha entre pobres y ricos, y debilitando por otro, los sistemas sociales de apoyo y la cohesión social¹¹. Se agregan a

¹¹ Aunque no parece haber una relación lineal simple entre crecimiento económico, modernización y salud-enfermedad, existe una correlación entre crecimiento económico y degradación ambiental así como entre inequidad social, pobreza y todas las formas de sufrimiento y enfermedad.

estos elementos, la presencia amenazadora de estresores múltiples, incluyendo el conflicto político, la guerra y la violencia estructural. Todos estos factores han creado nuevos desafíos y riesgos para la salud y han inducido profundos cambios y transformaciones en la situación de salud y en las respuestas sociales y comportamentales frente a la enfermedad, incluyendo la aparición de nuevas estrategias de sobrevivencia y distintos itinerarios terapéuticos, así como de nuevas formas de solidaridad, reciprocidad y apoyo mutuo entre los grupos afectados.

A pesar del crecimiento en el número de conflictos, guerras e incidentes violentos reportados en el mundo y en la América Latina en particular, muy poca atención se ha prestado al impacto de largo plazo y a las consecuencias psicológicas y sociales, y en la salud colectiva de las varias formas de violencia estructural en los individuos, comunidades y grupos étnicos específicos (Zwi y Ugalde, 1991). Al mismo tiempo, solo hay un conocimiento rudimentario del discurso popular sobre la salud y enfermedad mental, los estados emocionales frente a la enfermedad y la muerte (duelo y pérdida, sufrimiento, etc.), de los lenguajes locales de aflicción, y de las manifestaciones asociadas con el sufrimiento y el *stress* entre los pueblos indo-americanos. Tampoco se conocen los comportamientos de búsqueda de la salud y las estrategias de manejo de la enfermedad mental. No obstante, aunque la información es escasa, se puede inferir de la revisión de fuentes secundarias que la prevalencia de enfermedad mental entre la población indo-americana –desórdenes del desarrollo (retardo mental); depresión y estados de ansiedad, incluidos los idiomas locales de aflicción y entidades como Nervios (en mujeres en su mayor parte), y otros estados asociados como *Ñakary* (sufrimiento), *Llaki* (pena, tristeza), o *Pinsamientuwan* (preocupaciones) (Pedersen et al, 2010), y otros relacionados con la migración forzada y el stress, tales como lesiones auto-infligidas, el suicidio, la muerte accidental y los comportamientos violentos asociados con el abuso de alcohol– es varias veces más elevada que en la población general (Desjarlais et al, 1995; Pedersen et al, 2008).

De la revisión de la literatura disponible, las interrelaciones entre la violencia política y las guerras con la situación de salud de los pueblos indo-americanos dista mucho de ser entendida. Existen resultados dispersos, marcos de análisis incompletos y en

general una falta de hipótesis sobre aspectos básicos de cómo los pueblos perciben la experiencia y son afectados por la degradación ambiental, discriminación social, y por la violencia política. Por fin, la evaluación del impacto de la violencia política y de las condiciones de stress prolongado en la salud física y mental de los pueblos indio-americanos y el desarrollo de estrategias para su control adquiere una alta prioridad en la agenda global de investigaciones sobre salud y desarrollo humano.

Pero no solo se necesita entender mejor cuáles son los factores en el orden político, social y cultural que son significativos o relevantes frente a los distintos problemas de salud física y mental, sino cómo interactúan entre sí y qué enlaces o conexiones existen entre las dimensiones macroestructurales, los procesos micro-sociales y el nivel sub-individual, así como su impacto sobre el individuo, el grupo y la sociedad más amplia. A nivel sub-individual, las respuestas a nivel celular de los insultos o *noxas* ambientales parecen estar controladas en su mayor parte por la interacción recíproca de varios sistemas, incluidos los sistemas inmunitario, endocrino y nervioso. Aunque hay un creciente cuerpo de literatura científica en el que se comienzan a aclarar algunas de las relaciones entre causas y efectos, la comprensión de las interrelaciones entre los varios sistemas y la ocurrencia de enfermedades específicas (p. ej. ciertos tipos de cáncer, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Alzheimer, etc.) es todavía fragmentaria. No obstante, se puede asumir que existen una serie de eslabones o una cadena continua que va desde el comportamiento celular y molecular hasta el nivel poblacional y que regresa cerrando el circuito. El ambiente físico y social, el pasado y presente de cada individuo, constituyen elementos clave en esta cadena (Evans et al, 1994). En concordancia con estos autores, si bien nadie todavía puede pretender entender por completo estas interacciones entre lo “macro” y lo “micro”, la evidencia disponible hace que nadie tampoco pueda negar su existencia.

Finalmente, una cuestión relevante para investigar en el futuro consiste en explorar la producción histórica y social de la enfermedad mental. Como ha sido sugerido, la investigación en este campo no debería limitarse al análisis de la distribución social o espacial de la enfermedad mental, sino además mostrar cómo las estructuras políticas y económicas son parte tangible de la experiencia misma

de enfermedad, tanto y cuanto como la biología o las experiencias del entorno familiar de los primeros años forman parte indisoluble de la misma (Good, 1992).

Política exterior, sanciones económicas y salud

Por otro lado, en la política exterior de muchos de los países ricos resulta paradójal comprobar que mientras los recursos destinados a la ayuda exterior se han venido reduciendo, la exportación de armamentos a los países pobres ha ido aumentando. Se ha convertido en casi una moda recortar los fondos para el desarrollo y los países donantes se muestran cada vez más escépticos sobre el uso de los fondos de ayuda exterior. Los más críticos son enfáticos en señalar el lado negativo de la cooperación internacional y reniegan de la “ayuda externa” señalando que es un “...malgasto del dinero porque contribuye a que los gobiernos corruptos persistan en sus políticas económicas equivocadas” (The Economist, 1996). Es llamativo comprobar que mientras la corrupción de las *élites* se vincula fácilmente a los fondos de ayuda externa, el ajuste estructural y la imposición de una economía de libre mercado se presentan como inmunes a ésta. Con frecuencia, los sectores corruptos son precisamente los mejores clientes en el mercado global de armamentos.

La globalización de la economía, el intercambio comercial y la privatización (que probablemente favorece a las mismas *élites*) toman precedencia sobre todas las otras consideraciones de ayuda exterior como los derechos humanos o la ayuda con fines humanitarios. En los países pobres, los programas de ajuste se traducen en medidas de austeridad que si bien se distribuyen por igual a casi todos los sectores (excepto el sector de defensa y seguridad nacional en los que se continúa con la carrera armamentista), desestabilizan aquellos sectores sociales críticos como educación y salud, lo que sumado a la reducción de los fondos de ayuda externa para el desarrollo, contribuye a aumentar las condiciones de crisis y desintegración social. El precio de este doble ajuste tiene un costo social elevado y trae como consecuencias más obvias el malestar social, la turbulencia política y el aumento de la brecha entre ricos y pobres, con un mayor empobrecimiento de aquellos sectores de ingresos bajos y medios, lo que se expresa tarde o temprano en más conflictos y violencias, cerrando un círculo vicioso del que es difícil extraerse.

Más todavía, los países ricos y la comunidad internacional imponen presiones sobre aquellos regímenes calificados como autocráticos u opresivos, a través de sanciones económicas y otro tipo de medidas de bloqueo y discriminación económica. Todavía está por verse si estas medidas y sanciones son efectivas en inducir el cambio deseado y si pagarán los dividendos políticos anunciados. Lo cierto es que estas sanciones económicas son parte de los nuevos estresores y tienen un impacto catastrófico en el corto, mediano y largo plazo sobre el nivel de salud y nutrición de la población, particularmente de los niños. El caso del bloqueo impuesto por los EE.UU sobre Cuba emerge como un ejemplo típico en este sentido, que hasta hoy se manifiesta de varias formas en la sociedad cubana. Luego del golpe militar en Haití, a fines de 1991, las Naciones Unidas impusieron sanciones económicas para restaurar la democracia y proteger los derechos humanos. Durante los tres años de aplicación de sanciones la tasa de malnutrición en la clientela de menores de 5 años que se atendía en los servicios de salud, aumentó del 27 al 50 por ciento y la matrícula escolar primaria disminuyó un 25 por ciento. En Maissade, una población rural de la meseta central, se registró un incremento del 64 por ciento en las tasas de mortalidad infantil a partir de la imposición de las sanciones. Según el UNICEF, aunque es difícil evaluar el impacto neto en la mortalidad infantil, es fácil de asumir que varios miles de niños más han muerto como consecuencias de las medidas económicas impuestas (UNICEF, 1996).

En América Latina, como en otras partes del mundo, la imposición simultánea de medidas de austeridad y ajuste estructural, las sanciones económicas, la reducción drástica de la ayuda externa y la carrera armamentista, lejos de mejorar, van a empeorar las condiciones de vida y de pobreza en muchos de los países, por lo que se puede esperar un aumento de la violencia política y de los abusos de derechos humanos, del desplazamiento forzado y de los refugiados, lo que sin duda acarrea graves consecuencias para todos. La descomposición de las economías locales, la migración forzada de la población en edad de trabajar, la degradación ambiental y la caída de la producción local de alimentos, crean condiciones en extremo desfavorables para los grupos remanentes (mujeres, niños y ancianos) y hacen poco viables o insostenibles los esfuerzos de desarrollo económico.

En los albores del presente siglo, resulta imperativo desarrollar instrumentos e indicadores para monitorear y evaluar más de cerca el impacto de estas condiciones impuestas por el contexto de violencia política sobre la salud individual y colectiva de los pueblos latinoamericanos. Si queremos preservar la diversidad biológica y cultural en el mundo y administrar mejor los recursos actuales para las generaciones futuras, debemos aprender a trabajar en la interfase entre naciones y estados, para asegurar la coexistencia pacífica de sociedades multi-étnicas y pluri-culturales. Una de las cuestiones que se debe dilucidar es si la violencia extrema y las acciones derivadas, como la guerra y el terrorismo, son respuestas políticas inevitables frente al conflicto subyacente, o si existen otras formas alternativas para construir un nuevo orden social y político, basado en una relación más pacífica entre las naciones y los estados, en la construcción de una sociedad genuinamente democrática –no necesariamente utópica– sino más compasiva y más justa y humana: la “buena sociedad” (Galbraith, 1996). Esta nueva sociedad debe rechazar las políticas de desarrollo concebidas en términos de cambio psico-social únicamente, ignorando los términos materiales de la transformación (Pupavac 2005). Aun más importante es no cejar en la búsqueda de la reducción de las desigualdades sociales y económicas, que son las que en última instancia determinan los niveles de salud de la población.

Un mejor entendimiento de las interacciones recíprocas entre la pobreza, el racismo, la violencia política y las guerras, incluyendo el ajuste estructural y las sanciones económicas, sobre la salud física y mental de los pueblos, es una condición fundamental para el desarrollo de estrategias alternativas e intervenciones innovadoras para aliviar el sufrimiento, reducir el daño, promover el cuidado y la recuperación de experiencias traumáticas y la rehabilitación a nivel individual y colectivo para la reconstrucción de la sociedad civil, incluyendo a los pueblos indo-americanos. Hay que revalorizar e incrementar la capacidad de las comunidades locales en evaluar y apoyar la recuperación y rehabilitación de las víctimas y de los sobrevivientes sobre una base menos empírica e improvisada. Las intervenciones de base comunitaria deberían involucrar la sociedad como un todo, incluyendo los investigadores, los educadores y los medios de comunicación para promover la adopción de valores universales en el nuevo orden político: tolerancia, solidaridad,

reconciliación y resolución pacífica de conflictos, justicia social y equidad, seguridad y paz. Los científicos sociales, los profesionales de salud y los expertos en salud mental, no pueden seguir ignorando esta realidad latinoamericana y deben comprometerse en el estudio, documentación, análisis y en el proceso de innovación y búsqueda de soluciones para la reducción de la violencia estructural, del racismo y del sufrimiento colectivo, y por sobretodo en la reducción de las inequidades sociales en favor de un mejor nivel de salud a nivel individual y colectivo.

REFERENCIAS

1. Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental (ACISAM). Presencia del Ejército en el refugio de San José Calle Real: una vivencia amedrentadora. *Revista Avance*. 1988. p. 8.
2. Amnesty International. Brazil Briefing. AI (USA). New York, NY; 1988. AI Index: AMR 19/17/88.
3. Archibald HC, Tuddenham RD. Persistent stress reaction after combat: a twenty year follow- up. *Archives of General Psychiatry*. 1965;12:475-81.
4. Argandoña M. Alcohol-related problems in developing Latin America. Commission on Health Research for Development (Report). Cambridge, MA; 1988.
5. Armelagos GJ. Health and Disease in Prehistoric Populations in Transition. En: Swedlund AC, Armelagos GJ (eds.) *Disease in Populations in Transition: Anthropological and Epidemiological Perspectives*. New York: Bergin and Garvey; 1990.
6. Berlin B, Berlin EA. Etnobiología, Subsistencia y Nutrición en una Sociedad de la Selva Tropical: Los Aguaruna (Jívaro). En: Chirif A. (ed.) *Salud y Nutrición en Sociedades Nativas*. Lima: Centro de Investigación y Promoción Amazónica; 1978. p. 13-47.
7. Bibeau G. Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda. *Transcultural Psychiatric Research Review*. 1997;34(1):9-41.
8. Biedermann N, Barria C, Mass J, Steil W. Estudio de diez casos de psicosis en Mapuches. *Acta psiquiat psicol Amer lat*. 1983;29:294-300.
9. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P, Whitehead M. *Inequalities in Health: The Black Report*. The Health Divide. London: Penguin; 1988.
10. Bullard RD. Anatomy of Environmental Racism and the Environmental Justice Movement. En: Robert D. Bullard (ed.). *Confronting Environmental Racism: Voices from the Grassroots*. Boston: South End Press; 1993.
11. Cairns E. *Children and Political Violence*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers Inc; 1996.
12. Cannon WB. *The wisdom of the body*. New York: Norton; 1939.

13. Clay JW. Resource Wars: Nation and State Conflicts of the Twentieth Century. En: Johnston BR (ed.) Who pays the price?: the sociocultural context of environmental crisis. Washington, D.C.: Island Press; 1994.
14. Cohen MN. Health and the Rise of Civilization. New Haven: Yale Univ. Press; 1989.
15. Comisión de la Verdad y Reconciliación. Informe Final. 2003. Disponible en: <http://www.cverdad.org.pe/ingles/ifinal/conclusiones.php> [accedido el 4 de Abril de 2010].
16. Coronel Aguirre J. Ayacucho: personas en una guerra. Comisión de la Verdad y Reconciliación. [Sede Sur Central]. Ayacucho: CVR; 2003.
17. Crosby AW. Ecological Imperialism: The Biological Expansion of Europe, 900-1900. New York: Cambridge University Press; 1986.
18. de Girolamo G, McFarlane AC. The Epidemiology of PTSD: A Comprehensive Review of the International Literature. En: Marsella AJ, Friedman MJ, Gerrity ET, Scurfield RM (eds.). Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research and Clinical Applications. Washington, D.C.: American Psychological Assoc; 1996.
19. Degregori CI. Sendero Luminoso I. Los hondos y mortales desencuentros, y II. Lucha armada y utopía autoritaria. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1985. Documentos de trabajo # 4 y # 6.
20. Degregori CI. Cosechando tempestades: las rondas campesinas y la derrota de Sendero Luminoso en Ayacucho. In: Stern SJ (ed.). Los senderos insólitos del Perú: Guerra y sociedad, 1980–1995. Lima: IEP/UNSC; 1999. p. 133-59.
21. Degregori CI (ed.). Jamás tan cerca arremetió lo lejos: memoria y violencia política en el Perú. Lima: IEP Ediciones; 2003.
22. de Koning HW. La Salud Ambiental y la Gestión de los Recursos de Agua Dulce en las Américas. (Programa de Salud Ambiental). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
23. Del Pino P. Comités de Autodefensa Civil: una nueva estructura de poder en el campo (mimeo). Ponencia presentada en el Seminario “Las secuelas de la guerra: cicatricemos nuestras heridas.” Lima: INIDEN; 1994.
24. Del Pino P. Familia, cultura y ‘revolución’. Vida cotidiana en Sendero Luminoso. In: Stern SJ (ed.), Los senderos insólitos del Perú: Guerra y sociedad, 1980–1995 (pp. 161–191). Lima: IEP/UNSC; 1999.
25. de Meer K. Mortality in Children among the Aymara Indians of Southern Peru. *Social Science & Medicine*. 1988;26(2):253-8.
26. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York: Oxford University Press; 1995.
27. Evans RG, Barer ML, Marmor TR (eds.). *Why are some people healthy and others not? The Determinants of Health of Populations*. New York: Aldine de Gruyter; 1994.
28. Freud S. Beyond the pleasure principle. En: *Complete Psychological Works (Standard Edition, vol 18)*. London: Hogarth Press; 1959.

29. Galbraith JK. *The Good Society: The Humane Agenda*. Boston: Houghton Mifflin Company; 1996.
30. Gavia FM, et al. Migration and mental health in Peruvian society: Towards a psychosocial model. *Social Psychiatry*. 1986;21:193-9.
31. Good BJ. Culture and psychopathology: directions for psychiatric anthropology. En: Schwartz T, White GM, Lutz CA (eds.). *New Directions in Psychological Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. p. 181-205.
32. Gorriti G. *Sendero: historia de la guerra milenaria en el Perú*, Vol. 1. Lima: Apoyo; 1990.
33. Hernandez M. *Memoria del bien perdido*. Lima: IEP/Biblioteca Peruana de Psicoanálisis; 1993.
34. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (IESM). Estudio Epidemiológico en la Sierra Peruana. [Informe General]. *Anales de Salud Mental*. 2003;19(1 y 2). p. 84.
35. Janet P. *L'automatisme psychologique*. Paris: Balliere; 1889.
36. Johnston BR (ed.). *Who pays the price?: the sociocultural context of environmental crisis*. Washington, D.C.: Island Press; 1994.
37. Kardiner A, Spiegel H. *War stress and neurotic illness*. London: Hoeber; 1941.
38. Macas, L. Fueling destruction in the Amazon: an Interview with Luis Macas. *Multinational Monitor*. 1994;15(4).
39. MacGregor FE, Rouillon JL, Rubio M. *Siete ensayos sobre la violencia en el Perú*. Lima: APEP; 1989.
40. MacGregor FE, Rubio MC, Vega RC. *Marco Teórico y Conclusiones de la Investigación sobre Violencia Estructural*. Lima, APEP; 1990.
41. Manrique N. Political violence, ethnicity and racism in Peru in the time of war. *Journal of Latin American Studies*. 1995;4(1).
42. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/Economic Status and Disease. *Annual Review of Public Health*. 1987;8:111-35.
43. Martin-Baro I. Political Violence and War as Causes of Psychosocial Trauma in El Salvador. *Int. J. Ment. Health*. 1989;18(1):3-20.
44. Menéndez EL. Alcoholismo, grupos étnicos mexicanos y los padecimientos denominados tradicionales. *Nueva Antropología*. 1988;X(34).
45. Menéndez E. *Morir de Alcohol: Saber y Hegemonía Médica*. Mexico, D.F.: Editorial Patria, S.A. de C.V.; 1990.
46. Meyer R, Haggerty RJ. Streptococcal Infections in Families - Factors Altering Susceptibility. *Pediatrics*. 1962;29:539-50.
47. Mollica RF, et al. The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a Cross-cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma, and Posttraumatic Stress Disorder in Indochinese Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1992;180(2):111-6.
48. Muñoz L, Marconi J, Horwitz J, Naveillan P. Evaluación de definiciones transculturales para estudios epidemiológicos en salud mental: frecuencia de diversos tipos de

- psicosis funcionales en Mapuches (Estudio Preliminar). *British Journal of Psychiatry*. 1966;112:1204-14.
49. Murphy HBM. *Flight and Resettlement*. Switzerland: UNESCO; 1955.
 50. Nietschmann B. The Third World war. *Cultural Survival Quarterly*. 1987;11(3):1-16.
 51. Pagés Larraya F, Servy E, Marangunich L. Migración y patología mental en la civilización de los chiriguano. *Acta psiquiatr psicol Amer lat*. 1981;27:15-27.
 52. Pagés Larraya F. El concepto de la locura entre los Caingua (Mbya) de Misiones. *Acta psiquiatr psicol Amer lat*. 1985:95-111.
 53. Pedersen D, Baruffati V. Health and illness among the Napo-Runas. (Unpublished manuscript). Proceedings of the IX International Conference of Social Science and Medicine. Stirling, Scotland; 1983.
 54. Pedersen D, Coloma C. *Perspectivas de Salud, Organización Social y Modelos de Comportamiento: Estudios de caso en la Amazonía, Sierra y Costa del Ecuador*. Monograph series PAHODOC PNSO/84-53. Washington, D.C.: 1984. Technical Report (IDRB and PAHO/WHO).
 55. Pedersen D. *Mental Health amongst the Indigenous Peoples of Latin America*. (Working Paper) International Mental Health and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine. Department of Social Medicine, Harvard Medical School. Boston, Massachusetts; 1993.
 56. Pedersen D. Disease Ecology at the Crossroads: Man-made Environments, Human Rights and Perpetual Development Utopias. *Social Science & Medicine*. 1996;43(5):745-58.
 57. Pedersen D, Gamarra J, Planas ME, Errazuriz C. Violencia política y salud en las comunidades alto-andinas de Ayacucho, Perú. En: Caceres C, Cueto M, Ramos M, Vallenás S (Eds.) *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2004. p. 289-307.
 58. Pedersen D, Tremblay J, Errazuriz C, Gamarra J. The sequelae of political violence: assessing trauma, suffering and dislocation in the Peruvian highlands. *Social Science & Medicine*. 2008;67:205-17.
 59. Pedersen D, Kienzler H, Gamarra J, Llaki and Ñakary: Idioms of Distress and Suffering Among the Highland Quechua in the Peruvian Andes. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2010;34:279-300.
 60. Portocarrero G. *Violencia estructural en el Perú: Sociología*. Lima: APEP; 1990.
 61. Possas C, Marques MB. Health transitions and complex systems: a challenge to prediction. En: Wilson ME, Levins R, Spielman A (eds.). *Disease in evolution: Global Changes and Emergences to Infectious Diseases*. New York: The New York Academy of Sciences; 1994.
 62. Pupavac V. Human security and the rise of global therapeutic governance. *Conflict, Security & Development*. 2005;5(2):161-81.
 63. Rodríguez Rabanal C. *La Violencia de las Horas: Un estudio psicoanalítico sobre la violencia en el Perú*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad; 1995.

64. Rotondo H, et al. Estudios de Morbilidad Psiquiátrica en la Población Urbana de Mendocita. En: Caravedo B, Rotondo H, Mariátegui J (eds.) Estudios de Psiquiatría Social en el Perú. Lima: Ediciones Del Sol; 1963. p. 17-68.
65. Rotondo H. Estado de los Estudios de Migraciones en el Perú. Lima: AMIDEP; 1978.
66. Saavedra A, Mariátegui J. Epidemiología del Alcoholismo en América Latina. Ponencia presentada en el Symposium Internacional sobre Alcohol y Alcoholismo. Santiago de Chile; 1956 (Unpublished manuscript).
67. Seijas H, Arvelo-Jiménez N. Factores Condicionantes de los Niveles de Salud en Grupos Indígenas Venezolanos. En: Wagner E, Zucchi A (eds.) Unidad y Variedad. Trabajos Antropológicos en Homenaje a J.M.Cruixent. Caracas: Ediciones CEA-IVIC; 1978.
68. Seguin C. El Síndrome Psicossomático de Desadaptación. *Revista Latino-Americana de Psiquiatría*. 1951;1(1).
69. Seguin C. Migration and Psychosomatic Disadaptation. *Psychosomatic Medicine*. 1956;18(5):404-10.
70. Selye H. A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*. 1936;138:22-32.
71. Starn O. Missing the Revolution: Anthropologists and the War in Peru. *Cultural Anthropology*. 1991;6(1):63-91.
72. Summerfield D, Toser L. Low Intensity War and Mental Trauma in Nicaragua: A Study in a Rural Community. *Medicine and War*. 1991;7:84-99.
73. Summerfield D. Addressing Human Response to War and Atrocity. En: Kleber RJ, Figley CR; Gersons BPR (eds). *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics*. New York: Plenum Press; 1995.
74. Terr M. cited in Wilson JP. 1991 (sub cit).
75. *The Economist*. International section. 1996;339(7959).
76. Tremblay J, Pedersen D, Errazuriz C. Assessing mental health outcomes of political violence and civil unrest in Peru. *International Journal of Social Psychiatry*. 2009;55:449-63.
77. Tousignant M, Chela T. Suicide in Third World Countries: The Case of Rural Ecuador. *Omega*. 1991;23(3):191-8.
78. UNICEF. *The State of The World's Children 1996*. New York: Oxford University Press; 1996.
79. Waghelstein J. Post-Vietnam counterinsurgency doctrine. *Military Review*, 1, 42, citado en Summerfield, D. and Toser, L. (1991) *Low Intensity War and Mental Trauma in Nicaragua: A Study in a Rural Community*. *Medicine and War*. 1985;7:84-99.
80. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge; 1996.
81. Wilson JP. The Need for an Integrative Theory of Post-Traumatic Stress Disorder. En: Mary B. Williams and J.F. Sommer, Jr. *Handbook of Post-Traumatic Therapy*. Westport, Conn.: Greenwood Press; 1994.

82. Wolf ER. *Europe and the People without History*. Berkeley: U of California Press; 1990.
83. Young A. The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge. *Social Science & Medicine*. 1980;14B:133-46.
84. Young A. A Description of How Ideology Shapes Knowledge of a Mental Health Disorder (Posttraumatic Stress Disorder). En: Lindenbaum S, Lock M (eds.). *Knowledge, Power and Practice: the Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: Univ. of California Press; 1993.
85. Young A. *The Harmony of Illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton UP; 1995.
86. Zwi A, Ugalde A. Towards an Epidemiology of Political Violence in the Third World. *Social Science & Medicine*. 1989;28(7):633-42.
87. Zwi A, Ugalde A. Political Violence in the Third World: a public health issue. *Health Policy and Planning*. 1991;6(3): 203-17.

VIOLENCIA Y SALUD

MANUEL EDUARDO ESCALANTE PALOMINO

El Ministerio de Salud, tiene el mandato de afrontar los Problemas de Salud Pública; entre ellos, los de Salud Mental. Uno de los problemas de mayor prevalencia, en este campo, es el de la **violencia**, en sus variedades de violencia familiar, maltrato infantil, violencia juvenil (pandillaje y conductas suicidas) así como las secuelas de la violencia armada.

La violencia es un fenómeno sumamente difuso, ubicuo y complejo, es influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que las normas sociales y valores evolucionan. Su abordaje reciente como problema de salud pública ⁽¹⁾ se debe a sus efectos nefastos en las condiciones generales de salud y en el bienestar familiar y de la población.

La salud pública aborda la violencia familiar sin tratarla como enfermedad, es decir, sus intervenciones se fundamentan en la comprensión de las diferencias e interacciones entre los factores determinantes de la salud de los individuos y las poblaciones ⁽²⁾. Ello exige que se tomen en cuenta los factores determinantes políticos, sociales y económicos.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

En el mundo

Alrededor de 40 millones de niños, cada año, son objeto de malos tratos y de desatención. Entre el 10% y el 50% de las mujeres experimentan, durante su vida, violencia física en manos de su pareja. Las violaciones y la violencia doméstica representan entre el 5% y el 16% de años de vida saludable que pierden las mujeres víctimas, en edad fecunda. Las consecuencias alcanzan también a los testigos de esos actos.

En el Perú

La prevalencia de vida de abusos o maltratos por parte de la pareja actual, en Ayacucho, es de 63.8%; en Iquitos, de 60.4%; en Tarapoto, de 59.1%; y en Pucallpa, de 59.1%, según los Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” Lima (2002), sierra (2003), selva (2004) y fronteras (2005).

En el Ministerio del Interior, de enero a agosto del 2007, se registraron 57 mil 472 denuncias por violencia familiar; de éstos, el 89,9% (51,678 casos) de las víctimas son mujeres. Los departamentos del Perú donde se registra mayor cantidad de denuncias por violencia familiar a mujeres son: Lima 39,9% (20,650 casos), Arequipa 13,9% (7,188 casos) y Cusco 6,5% (3,370 casos).

En el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público, el servicio por violencia familiar representa el 52% de los servicios prestados (2007). Las mujeres de 30 a 40 años son las que mayormente acuden a los servicios por violencia psicológica (3,581 casos).

A nivel nacional un 49% de niños y niñas reciben golpizas por parte de los padres, siendo considerada esta práctica, por los propios niños, como un método natural de disciplina y educación.

Ocho de cada 10 casos de abuso sexual tienen como victimario a un miembro del entorno familiar, y, 6 de cada 10 embarazos, en niñas de 11-14 años, son producto de incesto o violación.

Uno de cada 5 adolescentes encuestados refirió algún tipo de abuso sexual tanto en casa, colegio u otro ambiente (MIMDES, 2005).

En promedio, un 7% de adolescentes y jóvenes mujeres, entre 15 y 29 años, refirió ser obligada alguna vez a tener relaciones sexuales por parte de su pareja (INEI, 2006).

En el 2005, se atendieron 2,467 casos de abuso sexual en los establecimientos de salud.

La violencia política que vivió el Perú entre 1980 y 2000 constituyó el episodio de violencia más intenso, más extenso y más prolongado de toda la historia de la República peruana.

ACCIONES REALIZADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD

El Ministerio de Salud acoge para el estudio de la violencia, el modelo teórico ecológico, el cual postula que la realidad familiar, la realidad social y la cultura pueden entenderse organizadas como un todo articulado, como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre sí de manera dinámica, por lo que necesitamos considerar simultáneamente los distintos contextos en los que se desarrolla una persona.

Con R.M. 455–2001 SA/DM se publica el Manual de Normas y Procedimientos de Atención en Violencia Familiar y Maltrato Infantil. El documento tiene por objetivo establecer pautas de atención en los establecimientos de salud a nivel nacional.

Entre las acciones más importantes realizadas por el MINSA, en este campo, tenemos:

Promoción y Prevención

La promoción de la salud se concibe como el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Sus acciones, por lo tanto, están destinadas al fomento de estilos y condiciones de vida saludables, combinando la elección personal con la responsabilidad social.

La prevención incluye las estrategias para reducir los factores de riesgo y las condiciones patógenas y fortalecer los factores personales que disminuyan la susceptibilidad de sufrir un daño a la salud.

En los últimos años se han llevado a cabo este tipo de actividades como parte del abordaje de la violencia familiar. Algunas veces en forma individual y, otras, colectivamente, mediante la **concertación intersectorial**, la **información, educación y comunicación a la comunidad** (campañas, ferias educativas, festivales, concursos escolares, elaboración y difusión de material educativo: folletos, revistas, spots televisivos,) y la **capacitación y seguimiento a promotores o agentes comunitarios**.

Los temas tratados estuvieron referidos a la sensibilización, promoción de estilos relacionales alternativos a la violencia, prevención, los derechos humanos y promoción de la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar y dirigidos a la población, los prestatarios de servicios de los niveles operativos y gerenciales.

Talleres de habilidades sociales de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud ⁽³⁾ y experiencias de otros sectores, coinciden en que el desarrollo de **habilidades sociales o psicosociales** contribuyen al desarrollo sano de la personalidad de niños y adolescentes, entrenándolos para la elección y uso de respuestas alternativas a la violencia.

Detección y Atención

En el sector salud, en base a evidencias científicas y a la experiencia, se han establecido indicadores de maltrato y propuesto ciertas preguntas de detección de casos sistematizados en formatos de registro, llamados *fichas de tamizaje o de detección*, para su utilización en los servicios de salud pública y privados ⁽⁴⁾. Se implementaron desde el año 2000, en los establecimientos del primer nivel de atención, por el personal de los servicios de ginecología, pediatría y salud mental. Debiendo ser implementados, posteriormente, en todos los niveles de atención

El Ministerio de Salud del Perú establece como una de sus prioridades de salud mental, la atención de la violencia familiar y el maltrato infantil. En función a criterios programáticos, cada Dirección de Salud se propone metas anuales, sobre las cuales tiene que informar mensualmente. Se sensibilizó y capacitó al personal de salud para detectar los casos, registrarlos, orientarlos y derivarlos a los servicios de salud mental donde debe confirmarse la existencia de violencia familiar y procederse a la atención respectiva.

Los informes de las supervisiones y monitoreos muestran que uno de los logros es que el personal de salud, por lo general, los profesionales y los técnicos, reconoce la importancia de su rol en la detección de la violencia y se interesa porque los casos reciban atención.

Los responsables de salud mental (Psicólogos, enfermeras, obstetrices, asistentes sociales, médicos y en algunos distritos personal técnico de enfermería) asumieron la asistencia de los casos detectados después de una capacitación en evaluación, consejería y orientación además de apoyo e intervención en crisis. Como se puede apreciar en la Tabla 1, evolución de la demanda de atención por violencia familiar, el incremento fue notable y sostenido entre los años de 1999 al 2007. Es importante mencionar que del 2003 al 2005, el Programa de salud Mental pasó a formar parte de la Dirección General de Promoción de la Salud, razón por la cual, se produjo una disminución de la atención y no se recolectó la información de atención.

Tabla 1. Evolución de la Demanda de Atención de Violencia Familiar en el I Nivel de Atención. Ministerio de Salud - Perú 2007.

Años	1999	2000	2001	2002	2003	2006	2007
Atenciones	30,386	68,381	77,355	88,118	79,407	97,999	131,082

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática - MINSA.

El Ministerio de Salud señala que uno de los problemas más graves que afecta la salud de la población es la violencia familiar (ver Gráfico 1). En los departamentos más pobres del país, por cada mil habitantes se atienden 31 niños o niñas maltratadas.

El mejoramiento de la calidad de atención es una preocupación por lo que se hacen necesarias la capacitación, supervisión y el monitoreo constantes, acciones que se realizan en forma permanente.

Los responsables de salud mental no son personal exclusivo para la atención de la violencia familiar y, en algunos casos, tampoco de la salud mental, debiendo asumir, además, el desarrollo de actividades en otras áreas (etapa de vida adolescente, por ejemplo).

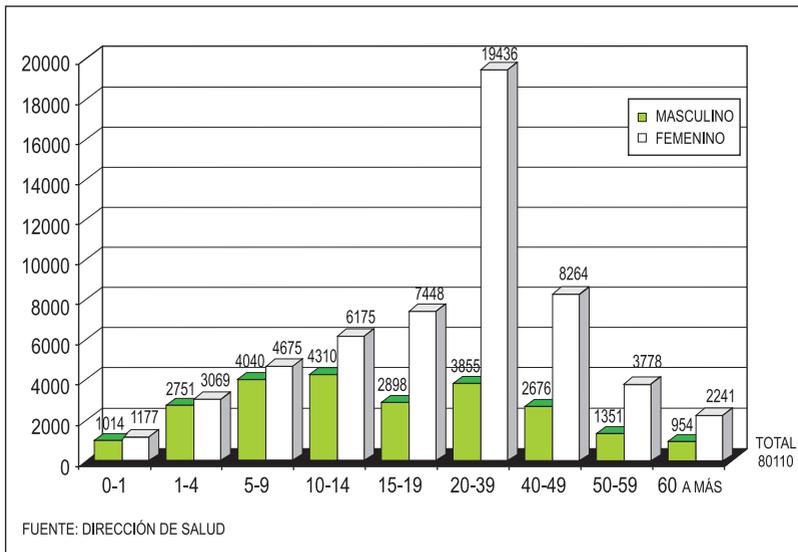


Gráfico 1. Atención por grupos etarios de víctimas de violencia familiar.

En el **segundo nivel de atención** (Hospitales Generales), los casos de violencia se atienden en los Departamentos de Psiquiatría o Servicios de Psicología. En el caso específico del maltrato infantil, se ha desarrollado la estrategia de los *Módulos de Atención al Maltrato Infantil* (MAMIS) con el objetivo de captar y atender a los niños y niñas maltratadas. Para ello, se capacita al personal del hospital y se establecen vínculos con otras instituciones y sectores que trabajan en el tema desde diferentes perspectivas, para establecer redes que propicien la atención integral de niños, niñas y sus familias.

La detección de casos se hace en todos los servicios del hospital siendo tarea de todo el personal. El niño o niña en sospecha, es evaluado por el médico, la psicóloga y la asistente social, quienes emiten sus y sectores informes respectivos y los envían a la oficina jurídica del hospital; ésta, a su vez, los remite a la Fiscalía de la Familia, excepto los casos de abuso sexual que son tratados desde la vía legal.

A la fecha contamos con 24 Módulos de Atención al Maltrato Infantil en hospitales del país.

Cabe recalcar, también, que los MAMIS se han convertido en un campo de formación de personal de salud, siendo importante haber logrado la integración de contenidos educativos teórico-prácticos sobre la violencia y sus abordajes en el plan de estudio de los estudiantes de medicina.

En relación al Plan de Reparaciones en Salud, elaborado de acuerdo al Programa Integral de Reparaciones (PIR) de la Presidencia del Consejo de Ministros y a las recomendaciones de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), uno de los seis objetivos del Plan General del Plan Nacional de Salud Mental, tiene por finalidad, contribuir a la recuperación física y mental de la población afectada por la violencia política y población de extrema pobreza en los ámbitos priorizados, reconstituir las redes de soporte social y fortalecer las capacidades de la población para el desarrollo personal y social. Las líneas de acción que se vienen desarrollando son: Atención Integral de Salud, Capacitación, Promoción y Prevención.

La población priorizada para esta atención son los centros poblados y las comunidades campesinas ubicadas en las regiones donde el conflicto armado tuvo mayor incidencia. En el año 2006 se priorizaron 08 regiones; y en el 2007 se amplió la cobertura de las acciones, habiéndose priorizado en total 10 regiones: Apurímac, Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, Pasco, Puno Ucayali y San Martín.

En el mencionado Plan se realizan las actividades de acuerdo a las siguientes líneas de acción:

Capacitación, es una de las áreas priorizadas teniendo en cuenta que el personal de salud que trabaja en las zonas afectadas carecía en su mayoría de las competencias necesarias para afrontar y atender problemas de salud mental ante los que nunca antes se había enfrentado, habiendo sido mínimas las oportunidades para capacitarse durante el tiempo de la violencia. Por otro lado, muchos trabajadores de salud fueron, también, directa o indirectamente, afectados por el conflicto.

Las acciones realizadas en este campo han estado preferentemente dirigidas al personal de los primeros niveles de atención además de los componentes dirigidos a dar atención por problemas de salud física y mental se ha incluido también componentes de planificación y salud pública que les permitan desarrollar habilidades para planificar las acciones que ejecutarán en sus propias regiones. Algunas acciones de capacitación se han extendido, también a otros actores sociales tales como autoridades locales o integrantes de organizaciones de la sociedad civil que participan conjuntamente con los trabajadores de salud en la cobertura de salud.

La meta programada en capacitación, para el año 2007, fue de 1,757 trabajadores de salud capacitados; sin embargo, en el siguiente cuadro podemos observar que durante al año 2007 se superó grandemente esta meta. Es así que se capacitaron a 5,603 trabajadores de salud (Tabla 2), siendo los grupos más beneficiados las enfermeras, los médicos y las obstetras. La estrategia utilizada fue por etapas, en dos momentos del año. Primero, para capacitadores de DIRESAS y Redes, quienes asumieron la responsabilidad de organizar y liderar el proceso de capacitación en sus respectivas regiones. El segundo,

Tabla 2. Plan de reparaciones en salud.
Capacitación al recurso humano para la atención en salud mental.

Profesión/ Tema	Violencia	Alcohol	Depresión	Cond. Suicida	Trans. Psicótico	Total
Médico	432	213	299	131	45	1120
Odontólogo	25	10	23			58
Psicólogo	72	38	71	23	12	216
Enfermera	572	258	296	178	29	1333
Obstetrix	356	177	220	137	41	931
Asistente Social	56	15	24	7	1	103
Técnicos Enfermería	633	319	454	315	121	1842
Sub Total						5603
ACS	627	254	202	50	18	1151
Representantes de AAVP	517	312	186	39	20	1074
Sub Total						2225
					Total	7828

para operadores, quienes ejecutan los componentes de salud física y salud mental a través de intervención comunitaria o extra mural.

Asimismo, también fueron capacitados agentes comunitarios de salud y representantes de los afectados y familiares, víctimas de violencia política.

Dentro de esta línea y, en el marco del Plan Integral de Reparaciones, se ejecutó el “*Proyecto de fortalecimiento de la atención de salud integral en personas víctimas de la violencia y violación de Derechos Humanos*”, en Convenio con la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y el Ministerio de Salud, para la capacitación del personal de salud en la atención integral a las víctimas de la violencia política. El Convenio duró tres años y se hizo efectivo en cinco localidades del país (Lima Este, Cuzco, Ayacucho, Junín y Huancavelica).

En el mes de octubre del presente año, vino al Perú la Misión de Evaluación de Expertos de JICA. En las conclusiones se dice que: “el Proyecto fue altamente exitoso en desarrollar mecanismos de capacitación sistemáticos para extender la atención integral de las víctimas de violencia”.

Recuperación integral desde la intervención comunitaria.

Las acciones orientadas a la recuperación desde la intervención comunitaria se han dirigido a aportar las bases para la reconstrucción de los lazos comunitarios que fueron rotos por la violencia. Muchas comunidades fueron afectadas, aisladas o desintegradas en esos años, generándose brechas de comunicación y de confianza. El MINSA ha querido aportar en la organización de la comunidad, desde un enfoque de salud participativa, actuando directamente con las autoridades locales, las ONGs y las organizaciones de la sociedad civil para abordar conjuntamente estos problemas.

Para ello, en cada DIRESA, se han focalizado las zonas de intervención, identificando los lugares con población en situación de pobreza y pobreza extrema, afectadas por la violencia política. Por otro lado, se han realizado acciones de sensibilización y comunicación, que han permitido poner el tema de la salud mental para afectados por la violencia política en la agenda de las instituciones locales y

en el de la propia comunidad, como requisito indispensable para la promoción de vida sana y de bienestar comunal, habiéndose conformado, en el 100% de regiones intervenidas, comités o mesas de trabajo multisectorial.

Asimismo se han realizado otras acciones tales como reuniones de sensibilización, charlas en la comunidad y campañas de salud mental, entre otras (Tabla 3).

Tabla 3. Actividades en la comunidad.

Actividad	Total
Marchas de sensibilización	28
Cuñas radiales	8
Campañas de atención	118
Charlas Psicoeducativas	
Tema	Total
Violencia Familiar	4678
Depresión	1602
Alcohol y Drogas	2418
Otras	615

Recuperación integral desde la intervención clínica. Uno de los puntos más críticos en cuanto a las secuelas de la violencia es la afectación de la población en su salud física y mental. A partir del desafío planteado por la Dirección de Salud Mental, para desarrollar un Programa de Reparaciones en Salud, el MINSA propone intervenir, de manera clínica y comunitaria, para alcanzar el objetivo de recuperar la salud mental y física, reconstruyendo las redes de soporte social y fortaleciendo las capacidades de desarrollo personal, familiar y social.

Para ello, el presente año se ha contado con equipos permanentes. En cada región se tiene un total de 11 equipos especializados de salud mental conformados por médicos, psicólogos y enfermeras. Los equipos permanentes tienen la misión de facilitar procesos de capacitación al personal de salud de las redes y micro-redes, realizar atenciones clínicas, orientar a los médicos generales en el manejo de los pacientes, promover la atención primaria de salud mental y orientar la intervención comunitaria de los equipos locales de salud; de esta manera el MINSA empieza a empoderar a las regiones para un trabajo más efectivo y permanente con las víctimas de la violencia y la población en general

En la Tabla 4 podemos observar el número de profesionales contratados por región y por grupo ocupacional.

Tabla 4. Personal contratado para la conformación de equipos de salud mental.

DIRESA Priorizadas	Psicólogo	Psiquiatra/ Médico	Enfermera	Antropólogo	Total
Apurímac I	3	1	0		4
Apurímac II	4	1	0	1	6
Ayacucho	7	1			8
Cusco	5	1			6
Huancavelica	6		1		7
Huánuco	4	1			5
Junín	8	1	2		11
Pasco	3	1	1		5
Puno	4		3		7
San Martín	3	1			4
Ucayali	4	2			6
Total	51	10	7	1	69

EXPERIENCIAS Y LOGROS

Impacto en las políticas públicas

- La inclusión de una estrategia de capacitación a nivel nacional al personal de salud a fin de mejorar la atención a víctimas de la violencia.
- Se establece una de las primeras normas específicas para la atención del Maltrato Infantil y la Violencia Familiar.
- La articulación y coordinación intersectorial.
- Se viene trabajando sobre guías de procedimientos para la atención, de acuerdo a niveles de complejidad.
- Inserción del Plan de Reparaciones en el Ministerio de Salud.

Con la población de niños y adolescentes

- Incremento de la atención de niños y adolescentes víctimas de maltrato en hospitales del país, enfatizando evitar la re-victimización en el proceso de su atención.
- El abordaje integral del niño, que incluye la evaluación médica, de salud mental, y otras acciones complementarias, según el caso, así como la intervención terapéutica con la familia.
- El abordaje especializado para niños o adolescentes, víctimas del abuso sexual.

Con el personal de salud

- El abordaje interdisciplinario y en equipo para evitar la re-victimización; prevenir y enfrentar el síndrome del agotamiento profesional en operadores que intervienen en la atención de víctimas de violencia.

Con la comunidad y a nivel intersectorial

- El reconocimiento de los efectos favorables de la intervención en pacientes, familiares y comunidad.

- Fortalecimiento de la Atención de la Salud Integral para la Población Afectada por la Violencia y Violación de los Derechos Humanos, a través de convenios con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, JICA y el Ministerio de Salud.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud y violencia. Plan de Acción Regional Washington, DC.; 1994.
2. Pellegrini A. La Violencia y la Salud Pública. Revista Panamericana de la Salud Pública. Vol., Nos.4/5 Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC.; 1999.
3. Ministerio de Salud. Talleres de Habilidades para la Prevención de la Violencia Familiar. Documento Interno. Ministerio de Salud. Lima, 2001.
4. Ministerio de Salud. Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil. Ministerio de Salud. OPS – UNICEF. Lima, 2001.

INDICIOS CLÍNICOS DE VIOLENCIA

NELSON RAÚL MORALES SOTO*

¿Cuándo y cómo abordar el problema de la violencia? ¿Quién o cuál es el sujeto de la intervención: los protagonistas...los hechos... las fuentes?

Los recursos clínicos para el diagnóstico y la terapéutica de las víctimas de la violencia están orientados al individuo afectado el cual es abordado usualmente en la etapa final cuando los daños físicos, psicológicos y sociales o morales son extensos, cuando no graves o irreversibles; pocas veces el esfuerzo alcanza a la familia y casi nunca a la comunidad como tal.

El escaso interés sistémico otorgado al problema de la violencia por los científicos de la salud podría explicarse por la complejidad y extensión del tema, su característica multidisciplinaria y su amplia raigambre social; ello se expresa en su limitada presencia en la currícula universitaria y en las publicaciones científicas.

El personal de salud suele estar familiarizado con la atención de los grandes daños físicos de la violencia, etapa postrera con intervención policial o judicial concomitante, pocas veces se monitorea los eventos prodrómicos cuando la agresión se torna evidente; más aún, carecemos de un mecanismo previo para identificar e intervenir el entrelazamiento de las causales de violencia al interior de la familia o la comunidad; esto hace que la visión del tema sea parcelar, coyuntural y con escaso horizonte preventivo y social.

Uno de los más frecuentes problemas es la percepción de que la violencia es ajena, que ocurre muy lejos y que no nos alcanzará; por el contrario, la realidad social muestra que la violencia atrapa a todos por acción o por omisión, por la palabra y por el silencio; es

* Sociedad Peruana de Medicina de Emergencias y Desastres.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Academia Nacional de Medicina.

necesario asumir una visión integral y oportuna del contexto en que se desarrolla, de su persistencia y su contagiosidad: la violencia es una fuerza viva que repta y se extiende, contagia y crece, cada palabra o acción de los involucrados la acrecienta hasta llevarla a niveles irreprimibles de brutalidad, hay individuos con inusitada capacidad para engendrarla y contaminar al resto.

La comunidad debe atender el problema antes que ocurra lo irremediable. El médico debe buscar indicios de la violencia detrás de los síntomas cotidianos o la emergencia aparentemente accidental, aún antes que se produzcan las lesiones, ello exige suspicacia, dedicación y trabajo interdisciplinario. Mucho se ha teorizado sobre la violencia pero en la práctica los actores sociales que deberían intervenirla suelen estar fragmentados cuando no enfrentados.

La extensión y costos de la violencia

En su “Informe Mundial sobre Violencia, 2002” la Organización Mundial de la Salud informa que la violencia causa la muerte de 1,6 millones de personas cada año ^(1,2), más de mil millones han sido afectados por la violencia masiva, la guerra, el terrorismo, la tortura o el conflicto étnico, hechos que han llevado al desorden mental a 450 millones de personas, a 45 millones a vivir como refugiados y que 50 naciones requieran un proceso de reconstrucción ⁽³⁾.

En el Perú la mortalidad asociada a la accidentalidad y la violencia se mantiene como una constante en los ámbitos urbano y rural, la tasa de homicidios alcanza una tasa de 12 por 100.000 habitantes. Entre 1984 y 1993 se produjeron 24.000 muertes por accidentes de tránsito y de cada 100 fallecidos entre las edades de 15 a 44 años 30 ocurrieron por accidentes, “el sector [Salud] seguirá enfrentando otros tipos de violencia y accidentes en el futuro” ⁽⁴⁾, sic, Ministerio de Salud. 1995. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. Lima), este es el substrato cotidiano del trabajo en los servicios de emergencia pre e intra hospitalarios ^(5,6). En 1998 el 24,5% de la mortalidad ocurrida en el grupo de edades de 12 a 40 años fue ocasionada por accidentes, envenenamientos y violencias, casi el triple de la mortalidad causada por infecciones digestivas y respiratorias ⁽⁷⁾. La cifra más probable de víctimas fatales de la violencia política ocurrida en el país entre 1980 y 1995 alcanzó a 69,280 personas superando las pérdidas humanas

sufridas en todas las guerras externas y guerras civiles ocurridas en sus 182 años de vida independiente ⁽⁸⁾.

El costo de la atención médica de víctimas de accidentes y violencias no ha sido bien establecido en el país. En hospitales de Estados Unidos ascendió para el año 1985 a US\$ 500 por caso atendido ambulatoriamente, a 34,000 dólares por caso hospitalizado y a 317,000 dólares por caso fatal que recibió atención en áreas críticas y cirugía ⁽⁹⁾. Otro indicador de esta pérdida, los Años de Discapacidad y Vida Potencial Perdidos, establece que estos eventos restan 15,5 de la vida útil para varones a nivel global y 20,5 en Latinoamérica ⁽¹⁰⁾. La violencia es pues causa de grave y acelerado empobrecimiento familiar y social.

Las lesiones

Los daños físicos causados por la violencia incluyen una amplia gama de afecciones orgánicas y funcionales capaces de desequilibrar el bienestar o el estado de salud de la víctima y llevarla, incluso, al riesgo de una muerte inmediata o cercana (*muerte violenta*).

Por la *cronología* de su ocurrencia los daños pueden ser actuales, recientes, antiguos o remotos, los primeros necesitarán de atención de salud inmediata en servicios de emergencia pre o intrahospitalarios, los otros requerirán en algunos casos asistencia prolongada recuperativa o de rehabilitación cuando dejaron secuelas discapacitantes.

La categorización de la *gravedad clínica* de los daños permite:

- o Establecer la magnitud de los daños en la víctima identificando aquellas que tienen riesgo inminente de muerte por causa de sus lesiones empleando el procedimiento denominado *triage* el cual se realiza tanto en el foco de siniestro como al ingreso a los servicios de emergencia,
- o Priorizar la *primoatención en foco* -con medidas de salvamento- y el *traslado asistido de las víctimas* al establecimiento ideal para cada caso clínico empleando procedimientos de *referencia y contrareferencia*,

- o Establecer la terapéutica de urgencia privilegiando a los más graves con medidas de *estabilización vital cardiorrespiratoria* tanto en el foco de siniestro como en ambientes especialmente equipados en los servicios hospitalarios de emergencia denominados *Unidades de Shock-Trauma*,
- o Poner al servicio de los más graves las competencias de personal especializado, los *Emergenciólogos* (Especialistas en Medicina de Emergencias y Desastres) dentro de equipos médicos y multiprofesionales de expertos, con tecnología estandarizada de resucitación cardiorrespiratoria y cerebral así como de mantenimiento de vida (*Soporte básico y avanzado de vida, Soporte básico y avanzado de Trauma, entre otros*) y regulación internacional.

Se reconoce, en general, que la mitad de la mortalidad ocasionada por lesiones graves se produce durante los primeros 60 minutos, la llamada hora dorada, en la cual se debe intervenir enérgicamente para revertir la fisiopatología que conduce al óbito.

La técnica del triage permite establecer tres niveles de gravedad al ingreso a hospitales generales y la incidencia promedio ⁽¹¹⁾:

- o *Patología Aguda Común*: afecciones o lesiones que no comprometen las funciones vitales, no entrañan riesgo de muerte inmediata o mediata ni requieren exámenes auxiliares para el diagnóstico, se pueden atender sólo en consulta externa sin consecuencias nocivas, una vez atendidos pueden volver a su domicilio, constituyen el 68,85% de la atención en servicios de Emergencia y configuran la denominada “Prioridad III”,
- o *Urgencias*: la atención es imperativa: afecciones o lesiones que comprometen la salud de la víctima o pueden configurar un riesgo de muerte mediata o en el corto plazo, *Emergencias*, requieren estudios diagnósticos y asistencia médica o quirúrgica especializada, constituyen el 29,71% de la atención y configuran “Prioridad II”,
- o *Gravedad Súbita Extrema*: afecciones o lesiones de inicio sobregado o siderante que comprometen las funciones vitales de la víctima llevándola rápidamente a la muerte, requieren

atención inmediata agresiva, especializada y multidisciplinaria con medidas de Soporte Básico y Avanzado de Vida y/o Soporte Básico y Avanzado de Trauma idealmente en Unidades de Shock-Trauma; constituyen el 1.44% de la atención en servicios de Emergencia y configuran “Prioridad I”.

La aproximación a la víctima

El acercamiento debe ser cuidadoso pues no es raro que las víctimas hayan sido o sean aún presas del temor, la vergüenza, la desconfianza y la desesperanza, por ello será más fácil para ellas consultar por daños físicos que por lesiones en otras esferas. La impresión lograda en el primer contacto con el médico será crucial para construir una relación fundada en la confianza, consideración y colaboración ⁽¹²⁾.

El contacto visual precede al verbal, el acercamiento inicial generará mutuas percepciones y sentimientos. Esto exige del médico una actitud amable y respetuosa que tienda un puente (todos los puentes son horizontales) permeable y comprensivo hacia la víctima y sus familiares (los padres pueden estar mucho más afectados que las propias víctimas), no olvide que es posible que ellos ya hayan pasado por interrogatorios hostiles con autoridades o perpetradores de violencia. Silencio, recelo, indiferencia o agresividad son a menudo escudos protectores que esconden una extrema fragilidad. El estado de integridad física del paciente, su expresión gestual, la actitud y postura, la marcha y las respuestas orientan al profesional para el curso del interrogatorio.

La anamnesis es comunicación interpersonal. La palabra tiene poder, puede paliar la aflicción del paciente y ser parte de su tratamiento o puede incrementar su sensación de victimización. Los datos personales del paciente expresan el contexto individual y parte del escenario del problema. El acto del interrogatorio médico debe ser amigable dando al paciente el tiempo necesario para que ordene sus ideas y estructure su relato.

Privilegiar al inicio la narración espontánea de la víctima, escuchar con atención mejorará su autoestima. Ampliar la información con preguntas claras y concisas usando un lenguaje y tono apropiados.

Si el paciente no expresó -o evadió- la información sobre hechos de violencia formular preguntas específicas o usar un modelo de historia estructurada.

Complementar con la información de funciones biológicas, hábitos nocivos, antecedentes personales fisiológicos y patológicos y antecedentes familiares y del entorno social.

El examen físico

Es muy probable que ocurrido el acto de violencia el paciente haya sufrido interrogatorios y exámenes físicos policiales o médico legales que afectaron su intimidad, el examen debe ser respetuoso guardando peculiar recato.

La *descripción general* de la víctima de la violencia permite reconocer su *estado general, estado de conciencia, facies, actitud, integridad física* (la pérdida de segmentos o funciones corporales no sólo es limitante, puede también ser asumida por la víctima como estigma permanente o huella imborrable de hechos crueles, acrecentando su sensación de exclusión o castigo), el *cuidado personal* y la *expresión gestual y verbal*.

No es raro que la víctima concurra al examen con el perpetrador (familiar, acompañante, autoridad) y que ambos nieguen el origen violento de lesiones o cicatrices (negación, simulación, disimulación). La sospecha clínica debe conducir al: registro cuidadoso de los hallazgos, consulta a especialistas para consolidar los diagnósticos, sustento con pruebas materiales de los hallazgos (fotografías, exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes, patología, ADN, y otros) ^(13,14). La confirmación de lesiones por violencia obliga a informar a la autoridad hospitalaria sobre el caso.

Apoyo al diagnóstico

Servirán para confirmar una sospecha clínica, afianzar un diagnóstico, medir la magnitud de los daños orgánicos o funcionales y sustentar un pronunciamiento médico legal. Varían según el caso clínico, la gravedad de las lesiones y la disponibilidad del equipamiento. Los protocolos o guías clínicas de cada establecimiento

fijan las opciones y disponibilidades. En el nivel más elemental se pueden solicitar:

- o *Laboratorio clínico:*
 - o Pérdida sanguínea: hemoglobina, hematocrito.
 - o Desequilibrio hidrosalino: electrolitos, reserva alcalina, saturación arterial de oxígeno.
 - o Infección: cultivos (foco infeccioso o sistémico), velocidad de sedimentación.
- o *Imágenes:*
 - o Huesos, articulaciones: Radiografías.
 - o Vísceras y tejidos blandos: Ecografías.
- o *Instrumentación:* Endoscopías.
- o *Sustento legal:* Fotografía (estándar o digital), videos.

Asegurar el seguimiento

Es común que las víctimas de violencia requieran múltiples consultas o tratamientos prolongados, su aflicción psicológica o social puede ser tan limitante para el seguimiento como las limitaciones económicas. El paciente -en presencia del familiar- debe ser invitado amigablemente a continuar con su tratamiento hasta lograr su mejoría y debe recibir la seguridad del interés profesional de su médico.

Pueden observarse actitudes de ocultamiento, evasión, simulación y disimulación de las lesiones por parte de la víctima y de los acompañantes particularmente cuando son o están ligados al perpetrador.

Entre las más frecuentes figuran:

- o *Por parte de la víctima:*
 - o Ocultamiento de las lesiones: negativa a la consulta o a la exposición de los daños.
 - o Cobertura intencional de las lesiones: con vestimenta (gorros, anteojos, ropa, fajas) o maquillaje.

- o Autoinculpación de las lesiones: afirmar que son producto de accidentes.
- o Consulta previa a informales: cobertura de zonas dañadas con apósitos, vendajes o aparatos de yeso y frecuente expresión: “*eso ya ha sido atendido*”.
- o Evasión de información: fingimiento, amnesia, desconocimiento, mutismo.
- o *Por parte de acompañantes o el perpetrador:*
 - o Negativa a la consulta o la entrevista.
 - o Actitudes de evasión, desconocimiento, prepotencia o victimización.
 - o Minimización de las lesiones o su importancia.
 - o Justificar las lesiones atribuyéndolas a supuestos accidentes.

Hacen sospechar antiguas lesiones:

- o Cicatrices
 - o Quemaduras (puntiformes en la espalda o extremidades, en palmas o plantas, en nalgas y genitales).
 - o Heridas (contusas, cortantes, cortantes, lineares por flagelamiento, anulares por atricciones).
- o Pérdida de tejidos (cabellos, uñas, pabellón auricular, genitales).
- o Cuerpos extraños.
- o Fracturas: deformaciones, acortamientos, imágenes radiográficas.

Todo caso de violencia es potencialmente judicializable, la información debe estar rigurosamente registrada y foliada, en casos de violencia organizada o política debe mantenerse especial precaución con la protección de los documentos por el riesgo de sustracción o modificaciones. La Historia Clínica debe reunir la información que documente el estado de salud previo, los daños observados y su evolución, así como los exámenes auxiliares (“*lo que*

no está escrito no existe...lo escrito es prueba”) todo lo cual puede ser utilizado como instrumento legal.

- o *Confidencialidad y privacidad.* La humillación suele ser parte de los hechos de violencia, ciertos modelos culturales perpetúan el escarnio y la exclusión social de la víctima y sus familiares o descendientes. No es raro que la vergüenza se re-cree o intensifique con la exposición de las partes del cuerpo violentadas (particularmente los genitales) o con la narración en público de ciertas confidencias o detalles del ataque. A veces el examen médico -aún bien intencionado- o el examen médico-legal le crea a la víctima una sensación de exposición pública cuyas razones no está en capacidad de entender. Debe rodearse a la víctima de las medidas de confidencialidad y seguridad para no afectar su sensibilidad ya incrementada.
- o *Seguridad.* En ciertas formas de violencia (crimen organizado, violencia política) la autoridad puede ser sindicada o estar comprometida con hechos criminales. No siempre los establecimientos de salud disponen de los medios y personal de seguridad necesarios; con alguna frecuencia, hay pacientes con custodia policial que están hospitalizados o son atendidos ambulatoriamente. Los hospitales también son ahora blanco de agresiones subrepticias o abiertas de perpetradores por lo que los pacientes, el personal, los documentos y ambientes críticos requieren medidas especiales de protección. Todo hospital debe tener operativo su “**Plan Hospitalario para Desastres**” para afrontar exitosamente incendios o atentados al igual que desastres de origen natural.
- o Los *servicios de emergencia* de los establecimientos de salud reciben a las víctimas con lesiones o cuadros agudos. La atención es practicada por el Emergenciólogo (especialista preparado para manejo de emergencias, desastres y trauma) en instalaciones apropiadas para casos de extrema gravedad (*Unidades de Shock-Trauma*). Debe tomarse especial precaución con los datos de llegada del paciente y los elementos contributorios con la investigación policial o el proceso legal. El seguimiento de lesiones antiguas o de menor consideración se hace en ambientes

de *consulta ambulatoria*; no debe desdeñarse la detección de lesiones iterativas y de la disimulación y el disimulo de víctimas y perpetradores.

Los familiares o allegados cercanos a la víctima deben ser adecuadamente informados de:

- o Los riesgos vigentes o futuros de las actuales lesiones físicas, tales como infecciones, mala evolución, complicaciones (con especial énfasis en traumatismos de cabeza), consolidación inadecuada, posibles discapacidades),
- o El impacto que el ataque o las lesiones podrían tener en las esferas psicológicas o sociales de la víctima, con especial énfasis en el riesgo de lesiones autoinfligidas,
- o Las necesidades de apoyo personal, económico, afectivo o social que podría tener la víctima en la etapa inmediata,
- o La disponibilidad de recursos institucionales y legales para apoyo o asistencia en asuntos de derechos de las personas y los medios para llegar a ellos.

El derecho a la salud es irrenunciable, la norma y el sistema de salud garantizan su cumplimiento. Toda dolencia debe ser escuchada, toda sospecha confirmada o descartada, toda lesión atendida. El profesional que imparte la atención debe establecer el ámbito definitivo de atención del paciente, si ésta puede hacerse con la garantía de calidad, seguridad y oportunidad necesarios en el nivel donde trabaja prestará la asistencia médica con los medios disponibles, si los requerimientos excedieran la infraestructura disponible ejecutará la referencia al escalón correspondiente tomando las medidas de seguridad para un traslado seguro y oportuno y para una recepción conveniente. Debe quedar claramente establecida la estructura de la red asistencial (establecimientos y especialistas), el papel de los participantes (funciones y responsabilidades), los roles de trabajo (turnos y ambientes) y los directorios (del personal y servicios asistenciales y comunitarios).

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Krug E, et al (Editores). 2002. Disponible en: http://books.google.com.pe/books?id=t5GbdJM4hz0C&printsec=frontcover&dq=%22Indicios+cl%C3%ADnicos+violencia%22&source=gbs_summary_s&cad=0 (captado el 20 feb 09).
2. Jong-Wook L. Perspectiva Global de la Violencia. En: Harvard Program in Refugee Trauma, USA. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; Agencia de Cooperación Internacional de Japón. 2004. Violencia en Latinoamérica. Actas del Seminario-Taller Latinoamericano. Lima, 12 al 14 de marzo del 2004. p. 27-35.
3. Lavelle J. Política de Salud Mental: Defensa y Compromiso contra la Violencia Masiva. En: Harvard Program in Refugee Trauma, USA; Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; Agencia de Cooperación Internacional de Japón. 2004. Violencia en Latinoamérica. Actas del Seminario-Taller Latinoamericano. Lima, 12 al 14 de marzo del 2004. p. 84-96.
4. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. Lima, 1995.
5. Morales N. Impacto de Desastres y Situaciones de Emergencia en el Ámbito de la Salud en el Perú. *An Fac med.* 2001;62:125-34.
6. Morales N. Algunas Consideraciones para la Organización de Servicios de Salud para Emergencias y Desastres. *An Fac med.* 2001;62:44-55.
7. Ministerio de Salud. Defunciones Registradas, Perú 1998. Lima, 1999.
8. Comisión de la Verdad y Reconciliación. Informe final. Lima, 2004.
9. PAHO/WHO. Mortality from accidents and violence in Americas. *Epidemiological Bulletin, PAHO.* 1994;15(2).
10. World Bank. World Development Report. Washington, DC; 1993.
11. Morales N, Pinamonti F, Ríos J, Vigo J, Acosta C. Espectro de Morbilidad en Emergencia. *Diagnóstico.* 1984;14(3):73-6.
12. Morales N. Exploración física de la violencia. Programa de la Diplomatura sobre Atención Integral de las Víctimas de la Violencia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima, 2006.
13. Folino J. El Riesgo de la violencia en la Emergencia Médica. *Rev Fac Ciencias Médicas.* 2006;1(3):1-8. Disponible en: http://www.med.unlp.edu.ar/web_revista/actual/1%20FOLINO%20-%20El%20riesgo%20de%20violencia%20en%20la%20emergencia%20medica%20listo.pdf (captado el 20 feb 09).
14. CDC. Lesiones, violencias y seguridad. Disponibl en: <http://www.cdc.gov/spanish/temas/lesionesViolenciaSeguridad.html> (captado el 20 feb 09).

VIOLENCIA AL ADULTO MAYOR

LORENZO BARAHONA MEZA

INTRODUCCIÓN

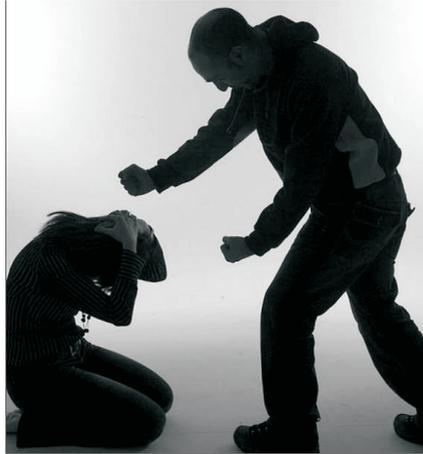
La evidencia acumulada sobre el maltrato a los adultos mayores resulta ya irrefutable, tanto en el seno intrafamiliar, por parte de familiares cercanos o empleados contratados para su cuidado, o institucional, por parte de algunos miembros del personal que debieran protegerlos y cuidarlos. La violencia al adulto mayor se manifiesta por medio de actos que atentan contra su integridad física, psicológica y social, y el descuido de su nutrición, vestido, albergue y cuidados médicos ^(1,2,3).

En opinión de expertos, se considera **adultos mayores** a las personas de 60 años o más. Lamentablemente, en nuestra sociedad actual no suelen ser valorados, particularmente por los jóvenes, quienes tienden a rechazar su experiencia y, no pocas veces, su sabiduría. Tal secuencia de hechos ha perturbado el flujo normal de nuestra experiencia social interfiriendo en la cultura milenaria de recibir orientación y consejos de los mayores.

Sabemos, además, que la etapa de la adultez mayor suele coincidir con el retiro de la actividad laboral formal, es decir, pasan a la condición de jubilados. Tal hecho resulta un evento traumático social que tiende a producir una crisis de adaptación, de mayor o menor severidad, puesto que tales personas, en control aún de muchas de sus capacidades, deben bruscamente ajustarse a un nuevo escenario de realidad, alejados del centro laboral, de los compañeros y amigos, con el riesgo de sentirse inútiles.

El problema de por sí severo, viene incrementándose aceleradamente, asociado al aumento poblacional de este grupo etario por los avances en la atención médica.

En el Perú, existen pocos estudios sobre el particular. El presente trabajo aspira a contribuir al tema con esta información.



CONCEPTO DE VIOLENCIA

De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española ⁽⁴⁾, violencia viene del latín *violentia*, que se aplica a: “*estar fuera del estado natural, o con el genio arrebatado, que se deja llevar fácilmente por la ira, fuera de la razón y justicia*”.

Al respecto, Fernando Lolas ⁽³⁾, la define en la siguiente forma: “*Una conducta es violenta cuando se dirige a dañar o destruir un receptor animado o inanimado. La violencia es rara en la misma especie, pero la humana es singular, tal vez, la única que depreda a sus congéneres*”.

La OMS ⁽¹⁾, la define como: “*El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectiva, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de producir lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones*”.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ADULTEZ MAYOR

El término vejez, no es bien recibido por muchas de estas personas, prefieren ser denominados ciudadanos mayores, personas en la edad

de oro, personas de edad madura, personas que están en los años de la cosecha, ciudadanos de la tercera edad y, más recientemente, adultos mayores.

La mayor parte de los estereotipos sobre las personas mayores está cargada de valoraciones negativas: *que tienen pobre coordinación, que generalmente se sienten cansados, que son presas fáciles de enfermedades e infecciones, que sufren muchos accidentes y pasan la mayor parte del tiempo en cama*. Aunque la vida de muchísimas personas mayores desmiente estos estereotipos, la amplia aceptación por la sociedad contribuye a perpetuarlos.

Una nueva disciplina, la gerontología, se hace cargo del estudio de la vejez y del proceso de envejecimiento. La geriatría, rama de la medicina, se ocupa de las enfermedades de los adultos mayores, con cada vez, más practicantes. Hay, en la actualidad, muchos de estos profesionales que estudian los aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos del envejecimiento ⁽²⁾.

El interés en el envejecimiento y en la vejez tiene relación estrecha con el hecho que la proporción de personas mayores en nuestras sociedades actuales ha aumentado mucho en comparación con épocas pasadas. En Estados Unidos, en 1900, había 3 millones de personas mayores de 65 años. En 1976, 23 millones, con 2 millones, con más de 85 años. En el año 2000, 32 millones, incluyendo 13 millones mayores de 75 años. Se estima que para el 2020, uno de cada 5 estadounidenses, será mayor de 60 años. Las estadísticas a nivel mundial señalan que, en el año 2000, una de cada 6 personas fue mayor de 60 años ⁽²⁾. En el Perú ⁽⁵⁾, según los censos de 1993 y 2007, las personas mayores de 65 años, fueron 1'026,119, el 5% de la población total en 1993, pasando en el 2007 a 1'764,000, el 6.4% de la población total. Todo ello indica un aumento del 73.78% de estas personas, cifra muy significativa de incremento.

En la nueva clasificación se considera a las personas de 60 a 80 años, como “viejos jóvenes”, por haber pasado al retiro aunque siguen participando activamente en la vida social y en algunas labores. A los mayores de 80 años, se les considera, “viejos viejos”, porque muestran cambios biológicos notorios y sus actividades, en general, están muy menguadas.

La tasa de enfermedad en la vejez es mucho más elevada que en los grupos de menor edad. Obviamente, estas personas necesitan mayores cuidados de salud. Comparativamente se invierte el triple de dinero en atenciones médicas para ellos que en los grupos de menor edad.

Muchos de los cambios anatómicos y físicos resultan evidentes para los demás:

En la piel aparecen máculas oscuras, y toma una textura apergaminada con pérdida de la elasticidad; ésta se torna flácida y tiende a colgar en pliegues y arrugas. El cabello se adelgaza, en mujeres y varones, y se torna de color blanco. Las personas mayores disminuyen en tamaño por atrofia de los discos intervertebrales. Esta pérdida de estatura se magnifica por la tendencia a encorvarse. La osteoporosis en las mujeres, ya menopáusicas, produce fragilidad ósea por descalcificación, incrementando la posibilidad de fracturas.

El cuerpo de las personas mayores se adapta menos al frío. La exposición a éste, ligada a condiciones de pobreza, puede ocasionar una disminución seria de la temperatura corporal poniendo en grave riesgo su salud. El ritmo cardíaco se torna más lento e irregular y se eleva la presión arterial, por arterioesclerosis o enfermedades renales.

La actividad psicomotora disminuye, hay pérdida de fuerza. Tal lentitud, en general, afecta la calidad de las respuestas que se necesitan en la operación de aparatos motorizados, conducción de vehículos, etc. Se estima que un factor importante en las altas tasas de accidentes en las personas mayores es su lentitud en el procesamiento de la información y de no poseer la suficiente rapidez para realizar la acción adecuada. Hay más accidentes de tránsito en las personas mayores que en los jóvenes.

La visión se perturba, poseen menor habilidad para percibir la profundidad y el color. No ven bien en la penumbra, por lo cual resulta peligroso que conduzcan vehículos en la noche. Hay disminución de la agudeza visual y aparición de cataratas. Afortunadamente, la mejoría de las técnicas quirúrgicas y mejores lentes los beneficia. En Estados Unidos, cerca del 92% de adultos mayores usan anteojos o lentes de contacto.

Los adultos mayores sufren grandes pérdidas auditivas. Este decaimiento de la habilidad para escuchar, interfiere el seguimiento de una conversación; más aún, si hay algún sonido interferente. Los adultos mayores tienen más probabilidad de sufrir perturbaciones auditivas que visuales. Más de la mitad de ellos tienen gran pérdida auditiva; sin embargo, sólo el 5% usa audífonos, probablemente por dificultades de adaptación o razones económicas.

La salud dental se deteriora, es común en ellos la pérdida de piezas dentales. Más del 50%, ha perdido toda su dentadura, siendo ello más grave en personas con bajos recursos económicos. La salud dental se basa en una estructura dental innata, en los hábitos alimenticios y de higiene y las visitas periódicas al odontólogo.

También en cuanto a su personalidad los adultos mayores presentan cambios. Algunos autores ⁽²⁾, refieren que en las evaluaciones de personalidad se identifican diversos rasgos, tales como: Rigidez, restricción, cautela, pasividad y preocupación por sí mismos. Otras características de personalidad que comúnmente se observan son: el deseo de dejar un legado, de querer examinar los frutos de su propia experiencia, una vinculación a objetos conocidos, una conciencia del tiempo y del ciclo de la vida y un sentido de realización de una vida bien empleada.

Algunos estudios ⁽²⁾, revelan que las personas que se mantienen activas, que van a reuniones, visitan museos, lugares turísticos o salen al campo, son más felices que aquellas que tienden a permanecer en casa. Sin embargo, otros estudios indican que la adaptación a la vejez tiene más que ver con sus rasgos de personalidad y hábitos de respuesta frente a las circunstancias de la vida que los ha caracterizado que a su nivel de actividad.

La educación puede ser muy importante para ellos, debido al efecto de sus carreras, de los logros que obtuvieron en el pasado, y de la relación con los sentimientos presentes acerca de la vida.

La sexualidad está presente en la adultez mayor pero de manera distinta. No sienten tanta tensión sexual como antes, tienden a sostener relaciones sexuales con menor frecuencia y con menor intensidad. Después de los 60 años, un varón requiere más tiempo

para excitarse y eyacular. Los signos que acompañan a la excitación, tales como el color de la piel y el incremento en la tonicidad muscular, están presentes pero en menor intensidad. En las mujeres, la tumefacción de los senos, la erección de los pezones, el aumento del tono muscular, la tumefacción del clítoris y de los labios, son menos intensos. Sin embargo, son capaces de lograr orgasmos todavía, especialmente si han sido sexualmente activas. Pese a estos cambios, mujeres y varones pueden continuar disfrutando del sexo.

El aprendizaje y la memoria en los adultos mayores varía en muchos aspectos. Se ha descrito una secuencia de etapas en el *continuum* del proceso aprendizaje-memoria, tales como: la percepción, almacenamiento reciente, evolución de un registro duradero, reconocimiento, evocación y utilización del material registrado. Los cambios que se dan con la edad alteran varias de estas fases.

La percepción es muy importante, pues una audición o visión pobres no permiten que se perciba correctamente la información y, por ende, no podrá tener un buen registro en la memoria. La memoria reciente se refiere a la recepción inicial del material, que se considera temporal, su duración varía de 30 segundos a 15 minutos. El registro puede fallar si la información es captada muy rápidamente. Las investigaciones de la memoria se han realizado en su mayor parte sobre la memoria a corto plazo; la cual, por lo que se conoce, es más eficiente en los jóvenes que en los mayores.

Los adultos mayores aún son capaces de aprender nuevas destrezas e información, pero necesitan mayor tiempo que las personas jóvenes para ello. Aprenden mejor cuando el material es presentado lentamente, de manera detallada y en un tiempo mayor, mejor con intervalos que de manera continua ⁽²⁾. La habilidad para el aprendizaje depende mucho de la naturaleza de la tarea, de su relación con experiencias previas y del método que se practique. Ellos no logran velocidad de aprendizaje en tareas rítmicas complejas o en aquellas que se requiere coordinación sensorio-motora. Es muy difícil que aprendan destrezas nuevas que impliquen el olvido de hábitos profundamente arraigados.

En cuanto a su Salud Mental, aunque algunos adultos mayores desean participar activamente en la vida y ser autosuficientes, tanto

como lo permita su salud y sus circunstancias, muestran relaciones satisfactorias con otras personas, conduciéndoles a una época de realizaciones, de productividad y de operación de habilidades; en otros, los recursos emocionales se muestran disminuidos por las muchas dificultades que tienen que enfrentar: pérdidas de la salud, del trabajo, de seres queridos y de ingresos. Hay en estas personas una incidencia relativamente alta de perturbaciones mentales tales como: trastornos depresivos y de angustia, como respuesta a muchas tensiones vitales. A pesar de la necesidad, muchas personas no reciben tratamiento por sus trastornos emocionales. En Estados Unidos, sólo el 2% de las personas que acuden a clínicas psiquiátricas tienen más de 60 años. Y sólo, el 4 a 5% de los que acuden a centros comunitarios, tienen más de 65 años. Es posible que se desconozca que estos trastornos pueden mejorar con atención especializada. Por otro lado, el tratamiento privado es costoso y a menudo no hay servicios de salud mental en todas las comunidades. La terapia de grupo puede ser especialmente útil para ellos, por la oportunidad de compartir preocupaciones que ayudan a superar la soledad, más, si son coetáneos.

La adultez mayor no tiene por qué ser la más sufrida del ciclo de la vida. Como sociedad podemos crearles una atmósfera en la que ellos puedan vivir el final de sus vidas con dignidad, comodidad y decencia. Más que las condiciones impuestas por la edad son las impuestas por la sociedad las que los perturban.

A continuación, se presentan seis tablas sobre episodio depresivo y estado de angustia tomados de los estudios realizados por Javier Saavedra y colaboradores, en diversas áreas del Perú. En el 2002 ⁽⁶⁾, en Lima Metropolitana y Callao encontró (Tabla 1) que el 9.8% de la población adulta mayor tenía un episodio depresivo, siendo mayor en la mujeres que en los varones 12.3% contra 7%.

En la prevalencia del estado de angustia, también en Lima Metropolitana y Callao, (Tabla 2) se observa la patología, en el 24.1% en la población total de adultos mayores, siendo mayor en el sexo femenino con 28.8% y menor en los varones con 17.2%.

En el estudio por Javier Saavedra y colaboradores en la Sierra Peruana ⁽⁷⁾ en el 2003 se puede observar (Tabla 3) que, en cuanto el

Tabla 1. Prevalencia actual del episodio depresivo en población adulta mayor en Lima Metropolitana y Callao, 2002.

Grupo Poblacional	Porcentaje
Total	9.8
Hombres	7.0
Mujeres	12.3
A. M. de 60 a 74 años	8.0
A. M. de 75 a más años	15.9

Fuente: Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, 2002.

Tabla 2. Prevalencia del estado de angustia en población adulta mayor en Lima Metropolitana y Callao, 2002.

Grupo Poblacional	Porcentaje
Total	24.1
Masculino	17.2
Femenino	28.8

Fuente: Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, 2002.

Tabla 3. Prevalencia de vida del episodio depresivo en A. M. en Sierra Peruana, 2003.

Grupo Poblacional	Porcentaje
Total	15.3
Masculino	12.4
Femenino	17.6

Fuente: Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Sierra Peruana, 2003(12).

Episodio Depresivo, el 15.3% de la población total de adultos mayores presenta la patología, siendo mayor en las mujeres con 17.6%, y el masculino con 12.4%.

En cuanto a la prevalencia de ansiedad, en la Sierra Peruana (Tabla 4), se observa que un total del 11.9% de la población general de adultos mayores, tiene la patología, siendo siempre mayor en el sexo femenino 15.8%, que el masculino 7.0%.

Tabla 4. Prevalencia de ansiedad generalizada, sin depresión en la sierra peruana, 2003.

Grupo Poblacional	Porcentaje
Total	11.9
Masculino	7.0
Femenino	15.8

Fuente: Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Sierra Peruana, 2003(12).

En cuanto a la Selva Peruana ⁽⁸⁾, Saavedra y colaboradores encontraron (Tabla 5) que la población de adultos mayores con episodio depresivo, la tenía en el 27.2%, siendo el sexo femenino mayor que el masculino, 32.1 contra 21.7%.

Tabla 5. Prevalencia de episodio depresivo en A. M. en Selva Peruana, 2004.

Grupo Poblacional	Porcentaje
Total	27.2
Masculino	21.7
Femenino	32.1

Fuente: Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Selva Peruana, 2004.

En cuanto a la prevalencia de Ansiedad Generalizada en la Selva Peruana (Tabla 6), la población total de adultos mayores la tuvo en 9.8%, siendo mayor en el sexo femenino con 10.7% que en el masculino con 8.7%.

Tabla 6. Prevalencia de ansiedad generalizada, sin depresión en Selva Peruana, 2004.

Grupo Poblacional	Porcentaje
Total	9.8
Masculino	8.7
Femenino	10.7
A. M. de 60 a 74 años	10.5
A. M. de 75 a más años	7.7

Fuente: Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Selva Peruana, 2004(13).

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA AL ADULTO MAYOR

1. El Modelo Intrapersonal.

La violencia tendría su origen en alguna característica del sujeto agresor más que en causas externas, tales como: trastornos de personalidad, trastorno mental, habituación a drogas y alcohol; aunque no parece que los sujetos con trastornos mentales sean más violentos que otros individuos. Alcoholismo y drogadicción, serían factores precipitantes que ayudan a liberar el impulso violento ⁽³⁾.

2. El Modelo Psicosocial.

Este enfoque incluye a todas aquellas teorías que consideran a las interacciones de las personas con su medio de vida cotidiano, como facilitadores de la emergencia de la violencia. Ello incluye al estrés, la transmisión de la violencia de una generación a otra, pautas de

interacción familiar, teorías como la del aprendizaje, la frustración-agresión y la del intercambio. La conducta violenta configuraría un comportamiento socialmente aprendido. Así, la perspectiva psicosocial, considera relevante el aprendizaje en la génesis de los comportamientos violentos ⁽³⁾.

3. El Modelo Sociocultural.

Este modelo se dirige a las variables de la estructura social, sus funciones, las subculturas y los sistemas sociales. Dentro de esta visión se considera que los valores y las normas sociales dan significado al uso de la violencia, por ello, ciertos sectores sociales serían más violentos que otros, por tener reglas culturales que darían legitimidad al uso de la violencia, agregado a la condición de combinar un nivel más alto de estrés con menores recursos. Así, el individuo o la sociedad usan la violencia para mejorar o mantener su propio estatus. En el caso de la relación hombre-mujer, la violencia se produciría cuando el esposo fracasa en la posesión de habilidades sobre las cuales afirma su estatus superior.

Se afirma que el potencial de violencia no se expresa exclusivamente del hombre hacia la mujer, sino en general del fuerte hacia el débil, que incluye a niños y adultos mayores. Por tanto, las estructuras sociales que involucran formas violentas repercuten en todas las relaciones humanas.

En las épocas actuales, de cambios sociales y normativos acelerados, algunas familias tendrían dificultades para adaptarse y como consecuencia, mostrarían una incompetencia definida en los roles parentales, más marcado en el momento de transición de roles. Constituye una fuente de estrés el desajuste entre la realidad externa e interna de la familia y la habilidad de los padres para manejarla apropiadamente ⁽³⁾.

4. El Modelo Ecológico ⁽¹⁾

No existe un factor que por sí solo explique el comportamiento violento individual o de grupo. Se trata de un fenómeno muy complejo con interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. Es frecuente que los diversos tipos

de violencia compartan varios factores de riesgo dificultando medidas de prevención.

Su principal utilidad radica en distinguir los innumerables factores que determinan la violencia y el modo de cómo interactúan. El modelo clasifica los factores en cuatro niveles:

El primer nivel identifica factores biológicos y de la historia personal que influyen en la conducta de los individuos y aumentan las probabilidades de convertirse en víctimas o protagonistas de violencia. Encontramos, entre ellos: la edad, educación, nivel de ingresos, trastornos psíquicos o de la personalidad, toxicomanías y antecedentes de conducta agresiva o haber sido víctimas de maltrato.

El segundo nivel tiene que ver con las relaciones cercanas, como las familiares, los amigos, las parejas. Se investiga cómo estos factores aumentan el riesgo de producir o ser víctimas de actos violentos.

En el tercer nivel se explora el contexto comunitario en donde se desarrollan las relaciones sociales como en las escuelas, los centros de labor, el vecindario. Se intenta identificar cómo ellos aumentan el riesgo de violencia. Aquí interesa el hacinamiento, el desempleo, los problemas económicos.

En el cuarto nivel se explora los factores de carácter general de la estructura de la sociedad que contribuya a estimular o inhibir la violencia. Se analiza las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a las desigualdades.

VIOLENCIA AL ADULTO MAYOR

Se trata de una conducta dañina a la integridad física, psicológica, social, nutricional, al vestido, al albergue o a los cuidados médicos del adulto mayor ⁽⁹⁾.

En 1985, el Congreso de los Estados Unidos definió técnicamente el maltrato al adulto mayor, como: *“El deseo de infligir daño, confinamiento injustificado, intimidatorio o castigo cruel, que origina daño físico, dolor o angustia, también privación de los cuidados generales, de la nutrición o servicios necesarios al adulto mayor”* ⁽⁹⁾.

En 1987, la Asociación Médica Americana definió el abuso al adulto mayor como: “*Todo aquel acto de omisión, con resultados de daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de un adulto mayor*”⁽⁹⁾.

Es cada vez más frecuente evidenciar la existencia de maltrato al adulto mayor, tanto por sus parientes o sus cuidadores. Ello se ha convertido en un problema social grave^(1,2,3,9,10,11,12,13).

En una encuesta realizada en Estados Unidos, el 36% del personal de enfermería de un Estado admitió haber sido testigo de, al menos, un incidente de maltrato físico a un paciente adulto mayor en el año anterior. El 10% aceptó, que ellos mismos cometieron un acto de maltrato físico. Y, el 40%, reconoció haber maltratado psíquicamente a pacientes adultos mayores⁽¹⁾.

En las residencias de adultos mayores existe violencia contra ellos, lo cual consiste en emplear medios físicos de coerción, de maltrato psicológico a su dignidad, de impedir que ellos mismos decidan sobre sus asuntos cotidianos o darles una atención deficiente, como la de permitir la aparición de úlceras de decúbito⁽¹⁾.

Los rápidos cambios socioeconómicos en algunos países han debilitado las redes familiares y comunitarias, como en, la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, que ha determinado que un número considerable de la población adulta mayor se atienda por sí misma⁽¹⁾.

Las mujeres en general y, las adultas mayores, en particular, tienen mayor riesgo de maltrato en las organizaciones sociales que le dan una posición social inferior, donde corren el riesgo de abandono y el arrebato de sus pertenencias. Hay culturas en las que las mujeres sufren una violencia más intensa, incluso con pérdida de sus vidas, como en la República de Tanzania, en África, en la que cada año se asesinan a más de 500 adultas mayores acusadas de brujería⁽¹⁾.

El riesgo de violencia en el adulto mayor es alto en centros hospitalarios y residencias. Uno de los factores se vincularía a la falta de capacitación del personal de salud en la identificación de

conductas de violencia, aparte que, en general, el personal no estaría convenientemente formado para dar una atención especializada aparte de otros factores, tales como el exceso de labor. Por otro lado, las comodidades que generalmente ofrecen dichas instituciones suelen ser deficientes.

Es el plano familiar, donde de acuerdo a la generalidad de autores que estudian el tema, se produce una alta tasa de violencia contra el adulto mayor. Las relaciones familiares empeoran a medida que éste avanza en edad y se va tornando dependiente para su cuidado, o la economía familiar se afecta por contratar a un cuidador personal. Las cosas pueden empeorar si el adulto mayor es alojado en la casa, disminuyendo el espacio familiar. Corrientemente, a los adultos mayores se les excluye de la vida social y familiar porque su autocuidado y salud se muestra deficitario, lo mismo que su ingenio y capacidad para mantener un diálogo interesante y actualizado. Peor aún, a veces se les despoja de sus ingresos que van a servir a los intereses de algún familiar.

TIPOS DE VIOLENCIA AL ADULTO MAYOR

Psicológico: como amenazas de abandono y acusación; acoso e intimidación con gestos y palabras; limitación de su privacidad, de sus decisiones, de la información médica que desean recibir, de dar su consentimiento para algún evento, recibir su correspondencia o de comunicarse con quien quiera.

Físico: con empujones, quemaduras con cigarrillos o daños producidos por otros medios; golpes, heridas, forzarlos a comer o beber, dejarlos en posiciones incómodas, darles sacudidas, ponerles sujeción mecánica sin control ni necesidad; lanzarles agua, comida, darles pellizcos o abuso sexual.

Maltrato Financiero: se usan sus recursos en beneficio de la familia, es víctima de chantaje financiero, apropiación de su patrimonio y de coerción para la firma de documentos legales.

Negligencia: o abandono ocurre cuando se descuida su nutrición, hidratación, higiene personal, concurrencia oportuna a sus citas médicas o administración adecuada de sus medicamentos; cuando

se permite la aparición de úlceras de decúbito por negligencia en su cuidado; abandono en su cama, en la calle o en los servicios públicos.

En los últimos años, la investigación en el tema se ha incrementado, sobre todo en países del primer mundo. Tales estudios señalan que el maltrato al adulto mayor se da mayormente en el plano familiar y en instituciones para su cuidado. La mayor prevalencia de maltrato es en mujeres ^(10,11). En el tercer mundo no hay muchos trabajos sobre el tema, incluyendo Latinoamérica. En 1999 se realizó un estudio en la República de Cuba, en la población del Consejo Popular de Belén en la Habana Vieja ⁽⁹⁾, que entonces contaba con una población de 14,035 personas. Los resultados señalaron que los adultos mayores, entre 60 a 79 años, fueron los más maltratados. Los aspectos tomados, en orden de intensidad de maltrato, fueron: Maltrato Social, en el 36.4%, vinculado a la falta de reconocimiento del adulto mayor como figura de valor y a la falta de opciones de recreación. Le siguieron, el Maltrato Psicológico, con el 33.2%, referida a toda conducta que produzca angustia. Luego, el Maltrato Familiar, con un 28%, en relación a la falta de respeto, amor y comunicación de parte de sus hijos y nietos. Otras cifras fueron, negligencia en el 12%, referida a toda acción de descuido intencional o de desconocimiento que puede producir daño físico o mental. Daño Físico, sólo alcanzó el 1.5 por ciento, referido a cualquier forma de agresión intencional que produzca, lesiones y/o muerte. En los adultos mayores de 80 años, el Maltrato Social se dió en el 30%. El Maltrato Familiar en el 30%. El Maltrato Psicológico en el 23.5%. La Negligencia en el 6.2% y el Maltrato Físico, en el 4.9%.

En el Perú, Chambergó y Valdivia ⁽¹²⁾, en el 2004, encontraron que la comunicación enmascarada, los roles no claros en la familia y los antecedentes de haber sufrido maltrato en el pasado, tenían relación con el maltrato actual al adulto mayor.

Arce, Salazar y Lizárraga ⁽¹³⁾ encontraron, en el 2006, que los adultos mayores de 60 a 75 años percibieron maltrato en un 50%, los de 76 a 85 años, en el, 26%. Las mujeres, en un 41%. El maltrato por abandono, fue el mayor, 54%; sigue, el maltrato psicológico, con 39% y, finalmente, el maltrato físico con 7%.

A continuación se presentan tablas de violencia al adulto mayor en estudios realizados en el Perú, por Saavedra Castillo, Javier y colaboradores, a nivel de Lima Metropolitana en el 2002 ⁽⁶⁾. En la Tabla 7 se indica que el 45.2% de los adultos mayores sufrieron maltrato, siendo mayor la psicológica, en el 20.9%, seguida de otros tipos.

Tabla 7. Prevalencia anual de maltrato al adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao, 2002.

Tipo de maltrato	Porcentaje
Total	45.2
Intentos o actos sexuales inapropiados	2.7
Insultos, ofensas	20.9
Golpes, empujones	9.6
Chantaje, humillaciones	6.0
Abandono	6.0

Fuente: Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, 2002(11).

En la Tabla 8, se muestra el estudio en la Sierra Peruana, en el 2003 ⁽⁷⁾, el 11.5% de adultos mayores sufrieron maltrato, siendo el mayor el psicológico, en 6%, seguida de otros.

En la Tabla 9, se muestra el maltrato sufrido por los adultos mayores en la Selva Peruana ⁽⁸⁾, en el 2004, el psicológico sigue siendo el mayor con 6.1%, otros tipos, en menor escala.

Es notable que el primer lugar, como violencia al adulto mayor, sea el psicológico, a pesar de sus variaciones por lugar. Luego siguen los de negligencia, físicos y financieros.

Tabla 8. Prevalencia anual de maltrato al adulto mayor en Sierra Peruana, 2003.

Tipo de maltrato	Porcentaje
Cualquier tipo de maltrato	11.5
Intentos - actos sexuales	0.3
Golpes, empujones	0.8
Insultos, ofensas	6.0
Chantaje, humillaciones	1.6
Abandono	2.8

Fuente: Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Sierra Peruana, 2003.

Tabla 9. Prevalencia anual de maltrato al adulto mayor en Selva Peruana, 2004.

Tipo de maltrato	Porcentaje
Cualquier tipo de maltrato	11.8
Intentos - actos sexuales	0.2
Golpes, empujones	1.4
Insultos, ofensas	6.1
Chantaje, humillaciones	1.2
Abandono	2.9

Fuente: Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Selva Peruana, 2004.

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Como medidas de control y prevención, en general, se plantean:

1. La denuncia de los casos a las autoridades pertinentes por parte de la sociedad.

2. La educación, como prevención primaria, a nivel escolar, universitaria y de la comunidad, orientada a la toma de conciencia del valor del adulto mayor y el respeto que le debemos.
3. La promoción de la Salud Mental, en general, y en particular la del adulto mayor, el reconocimiento de sus valores, de su orientación y sabiduría a través de los medios de comunicación masiva.

Todo lo cual redundará en beneficio general, incluyéndonos a nosotros mismos, cuando seamos Adultos Mayores.

REFERENCIAS

1. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. OPS/OMS. p. 19-20. Washington, DC; 2002.
2. Papalia D, Wendkos S. Desarrollo Humano. p. 569-602. Mc Graw-Hill. México, 1981.
3. Vidal G, Alarcón RD, Lolas F. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tomo II. p. 47-63. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires, 1995.
4. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Madrid, 2001.
5. Censos Nacionales: de Población. Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI, Lima 1993 y 2007.
6. Saavedra Castillo J, et al. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. *Anales de Salud Mental*. 2002;XVIII(1 y 2).
7. Saavedra Castillo J, et al. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. *Anales de Salud Mental*. 2003;XIX(1 y 2).
8. Saavedra Castillo J, et al. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. *Anales de Salud Mental*. 2005;XXI(1 y 2).
9. Rodríguez Miranda E, Olivera Álvarez A, Garrido García R, García Roque R. Maltrato a los Ancianos. Estudio en el Consejo Popular de Belén, Habana Vieja. *Revista Cubana de Enfermería*. 2002;18(3):144-53.
10. Gorgen T, Nagele B. Domestic Elder Abuse and Neglect. Conclusion from the Evaluation of a Model Project. *2 Gerontol Geriatr*. 2005;38(1):4-9.
11. Gorbien MJ, Eisenstein AR. Elder Abuse and Neglect: An Overview. *Clin Geriatr*. 2005; 21(2):279-92. Department of Internal Medicine. Rush University Medical Center, Chicago, USA.
12. Chambergo YL, Valdivia C. Factores Psicosociales del Familiar que Influyen en el Maltrato del Adulto Mayor. UPCH. Tesis Lic en Enfermería. Lima, 2004.
13. Arce AM, Salazar AM, Lizárraga JR. Maltrato Familiar en el Adulto Mayor. UPCH. Tesis Lic. Enfermería. Lima, 2006.

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS, SUICIDIO Y RESILIENCIA EN PUEBLOS INDÍGENAS: EL CASO DE LOS ALGONQUINES DE CANADÁ

MICHEL TOUSIGNANT*

LA VIOLENCIA EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE CANADÁ

El tema principal de esta publicación es la noción de trauma, especialmente en relación con las guerras civiles en América Latina a fines del siglo XX. ¿Cuáles son los aportes de las ciencias sociales en cuanto al retorno a la vida normal después de los conflictos armados? El objeto de este texto es hacer un análisis de la historia reciente de los pueblos indígenas del norte de Québec para ver cómo puede ayudar a esclarecer la situación que viven los pueblos indígenas de América Latina. Si bien, en las dos regiones hay una historia de colonización continua, el enfrentamiento con el poder nacional y las consecuencias han sido muy diferentes.

Si bien no hubo guerras en el pasado reciente de Canadá, se observa una alta tasa de muertes por violencia en los pueblos indígenas de este país. Sea por conductas de riesgo y accidentes, por homicidio o por suicidio, los indígenas muestran una sobre representación de todos esos tipos de fallecimiento. Por ejemplo, la tasa de suicidio de las Primeras Naciones de Canadá fue de 24/100,000 en el 2000, es decir más del doble de la tasa nacional. Hay muchas variaciones regionales en pueblos que casi no conocen el suicidio al lado de otros que tienen un promedio de uno por año. En la población Inuit o esquimal la tasa llega a 135/100,000 desde 1999 al 2003 ⁽¹⁾. No se sabe mucho sobre los pueblos indígenas de América Latina. Hicimos hace más de treinta años un estudio en los pueblos quechua de la zona andina de Bolívar, en Ecuador, y concluimos en una tasa de cerca de 8/100,000 ⁽²⁾.

Más precisamente, en cuatro pueblos indígenas del norte de Québec que hemos investigado entre los años 1990 y 2003, el número

* Universidad de Quebec, Montreal, Canadá.

de suicidios fue de 61 para una población de 5,930 habitantes, lo que corresponde a una tasa anual de 73/100,000. Una característica de la distribución de suicidios por edad, es que el 60% de ellos sucede antes de los 25 años y 3% antes de los 15 años ⁽³⁾.

Con excepción del caso de los Beothuk, en la provincia de Terranova (Newfoundland), no hubo un verdadero cuadro de genocidio de los pueblos indígenas en Canadá. Al principio de la colonia, los ingleses y los franceses tenían, cada uno de su lado, pueblos comprometidos en el conflicto entre los dos poderes coloniales. Después de la independencia de Canadá, en el año 1867, no hubieron guerras indígenas como fue el caso de Estados Unidos. Para pacificar un territorio inmenso, a fines del siglo XIX, se necesitaron no más de 300 policías de la Guardia Real de Canadá.

LA LEY DE LOS INDIOS (1876)

La intención del gobierno canadiense durante mucho tiempo fue tratar de transformar a los indígenas en seres civilizados. La ley de los Indios, de 1876, tenía como objetivo controlar muchos aspectos de su vida cotidiana ⁽⁴⁾. Los agentes del Ministerio de Asuntos Indígenas tenían el poder de decidir la vida política con mucha libertad. Los indígenas que vivían en las reservas no tenían el estatus de ciudadanos nacionales. La única manera de que los indígenas podían conseguir la nacionalidad era cortando su pertenencia con su comunidad. Hasta 1960 no se les otorgó la capacidad de participar en elecciones federales. Mientras tanto, pocos fueron los que escogieron el camino de la emancipación. En el curso de los años muchas enmiendas a la ley redujeron la expresión de su cultura en forma tal que no se encuentran equivalentes en la mayoría de los países latinoamericanos. Por ejemplo, en 1885, se prohibieron bailes y ceremonias religiosas como el *potlach*. En 1911, las municipalidades y las empresas podían expropiar territorios de las reservas, sin retribución, tanto para construir vías de comunicación como para otras formas de trabajos públicos.

Si nos referimos a la definición de etnocidio propuesta por Robert Jaulin ⁽⁵⁾, ésta se refiere a la desaparición de los rasgos sociales y culturales de un grupo humano y la destrucción de su civilización por un grupo étnico más poderoso. La congregación de los Oblatos y

muchas otras organizaciones protestantes y católicas contribuyeron a aniquilar las “creencias paganas” de sus fieles con una predicación de temor al infierno. Se prohibió el uso de los tambores y de todos los rituales mágicos. Además, el sacerdote sustituía, en parte, el poder de los jefes tradicionales que había sido disminuido por los agentes del ministerio.

Antes de la llegada de los europeos, los indígenas en Canadá necesitaban un gran territorio de caza porque la vida animal es escasa y no se reproduce con facilidad en un clima extremo ⁽⁶⁾. Con la colonización se redujo el número de los animales de la selva y se multiplicaron las nuevas epidemias. La industria forestal, las empresas hidroeléctricas, la inundación de grandes territorios para la creación de lagos que servían para hacer flotar los troncos de los árboles, privaron a los pueblos indígenas no solamente de sus territorios tradicionales sino también de su modo de vivir. Con la pérdida de este modo de producción desapareció su sistema de valores focalizado en la autonomía y la valentía personal, así como la obligación de distribuir equitativamente el producto de la caza.

LAS ESCUELAS RESIDENCIALES O INTERNADOS

En 1850 el gobierno canadiense desarrolló el concepto de escuelas en forma de internados para ayudar a civilizar a los niños indígenas ⁽⁷⁾. La red de esas escuelas se desarrolló entre los años 1879 a 1969. En los primeros años, el sistema fue una verdadera catástrofe. Se evalúa que, entre 1894 y 1908, la tasa de mortalidad en los alumnos fue de 35% a 60%, un fenómeno que tocó también a los orfanatos pobres de la época.

Es cierto que la mayoría de los internados para niños indígenas han sido un medio de abuso y negligencia afectiva. En consecuencia, hubo en Canadá una prosecución judicial colectiva de parte de las víctimas, y el gobierno canadiense tuvo que negociar un arreglo para pagar a cada alumno, de tales escuelas, un total de \$20,000 dólares USA. Actualmente, el discurso indígena subraya que las escuelas residenciales han sido el paso más grave para desestructurar su cultura. Las consecuencias psicológicas han sido importantes para los alumnos.

El trauma de base, según entrevistas de grupo que iniciamos en Lac Simon, ha sido la separación de los padres. Aunque muchos padres rehusaron colaborar con las autoridades, incluso huyendo a la selva con sus niños, los alumnos creían que ellos estaban de acuerdo con los agentes, policías y hasta sacerdotes que arrancaron a esos niños de sus familias. Pensaron que habían sido abandonados por los papás porque estaban silenciosos y paralizados por el miedo.

El clima en las escuelas señaladas ha sido bien descrito a través de muchos testimonios. Se organizó, a nivel nacional, una Comisión de la Verdad y de Reconciliación para darles la oportunidad a los alumnos de contar sus experiencias. Esas instituciones tenían un bajo presupuesto y había falta de material pedagógico para aprender. Los niños, desde pequeños, participaban en la limpieza y la cocina. En términos sociológicos, la experiencia era de resocialización radical. El vestido debía ser el uniforme de la escuela, había que aprender a usar sillas, utensilios y a vivir entre cuatro paredes. La vida era radicalmente diferente del medio de la selva. Se prohibía hablar su lengua y los niños no podían manejar bien el idioma de la escuela. En consecuencia, eran castigados simplemente porque no entendían las órdenes. En secreto, los alumnos hablaban entre ellos, pero como sus idiomas eran diferentes, aunque pertenecían a la familia lingüística algonquina, eso tuvo como resultado la aparición de una lengua criolla.

La visitas a las familias solo se hacían en el verano durante dos meses. Esto no era suficiente para mantener una vida familiar. Había un proceso de alienación entre padres y niños y entre hermanos. Los papás se volvían como extranjeros y habían perdido, en parte, el vínculo afectivo para poder sobrevivir la larga ausencia que significaba el próximo año y no extrañarse demasiado. Al mismo tiempo, se perdía el uso del idioma tal como se hablaba en el pueblo a los niños. De otro lado, los adultos de las escuelas, profesores y administradores, no ofrecían un modelo parental con el cual identificarse.

Las carencias afectivas por ausencia parental se hacían más profundas por la multitud de abusos físicos o sexuales, sea por los religiosos o por los alumnos mayores de edad. La multiplicación de los castigos producía un clima de terror para los más vulnerables y

se usaba el miedo al infierno para mantener la disciplina. El carácter de muchos alumnos se quebrantó por esos años de maltrato.

Lo peor fue, tal vez, que al volver a sus familias cuando se acababa la escuela; los alumnos no podían quejarse de sus experiencias pasadas debido a que los padres tenían una fe férrea en la persona “sagrada” de los sacerdotes, representantes de Dios en la Tierra. No querían creer los relatos de sus hijos e hijas. Además, los sacerdotes les habían dicho a los alumnos que serían castigados por Dios si se denunciaban sus abusos a otras personas. La consecuencia fue una pérdida de confianza, no solamente en las autoridades, sino en sus propios padres que no los apoyaban frente al perjuicio que habían sufrido.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

La política de desestructuración de las instituciones culturales y de sujeción de los adultos, considerándolos como seres sin capacidad de responsabilidad, llegó no solo a producir una relación de dominación a los pueblos indígenas, sino, también, a crear una dependencia económica, social y una relación de amor-odio con la autoridad, caracterizada por una impotencia sobre su futuro colectivo.

Los niños que han vivido la mayor parte de su vida en instituciones ajenas y han sido sometidos a planes de educación que buscaban erradicar de su persona el elemento “salvaje” para transformarlo en un ser civilizado van a tener graves problemas de identidad. Un etnocidio, además de representar una erradicación de los símbolos de vida comunal, tiene como proyecto ahogar el sentimiento de dignidad en sí mismo y en su grupo de pertenencia. Sin protección de los padres o de los profesores, esos niños lucharon para sobrevivir y defenderse, pero tuvieron que ensimismarse o ser consumidos por el miedo perpetuo. En ausencia de modelos, no había quién les facilitara el camino hacia la vida adulta.

Los problemas psicológicos de esta generación están bien documentados. Sin embargo, esto no quiere decir que esos hombres y mujeres se caracterizan únicamente por síntomas psiquiátricos debilitantes. Por ejemplo, si muchos de ellos entran en fases de alcoholismo o de consumo de drogas, lo viven a veces como una

transición y pueden retomar, meses después, el control de su vida. A pesar de eso, hay que reconocer que los problemas personales y sociales son múltiples. Uno de los más debilitantes para construir un capital social, es decir un sentido y poder comunitario, es la falta de confianza en los otros y en cualquiera forma de autoridad. El miedo a los otros, sea dentro de la pareja como con los amigos, paraliza la posibilidad de cambio social. El fenómeno ha sido bien ilustrado por el escritor uruguayo Juan Carlos Onetti en toda su obra literaria que ha sido analizada por el escritor peruano Mario Vargas Llosa, en su ensayo del 2008, *El viaje a la ficción*. Cuando hay una miseria social ahogando toda esperanza, el ser humano tiene dos opciones: la locura que es la fuga hacia un mundo interno sin direcciones; la ficción o el mundo poblado de fantasmas. La última forma es más colectiva en cierto sentido y da un sentimiento de fraternidad y de fusión. Es evocada en el sueño con el pasado, en una forma de vida primitiva, cerca de la naturaleza y del paraíso.

El alcoholismo y las drogas, pero especialmente la adicción al bingo y al *videopoker*, son formas de lograr un estado de euforia del instante que no se puede conseguir de otra manera en la dura vida cotidiana. Y, luego de ello, cada vez, hay que volver a la realidad y empezar un nuevo ciclo de fuga. Sería interesante también analizar los actos incestuosos como una forma de sacralizar el hogar como el último refugio en contra de la adversidad.

La tentación de la ficción o de la fuga en la irrealidad tiene un corolario o pendiente necesario, lo que se llama la ley del silencio. Este proceso de negación de los actos transgresivos, de naturaleza doméstica, sexual, o social, puede ser interpretado de dos maneras. Primero, como la protección contra la ley, la estigmatización y la cárcel. Si uno no utiliza el proceso judicial contra los otros, ellos lo van a dejar tranquilo. Siempre hay rumores y calumnias para atacar la reputación, pero su fuerza se muere con el viento que pasa. La segunda función de la ley del silencio es la de conservar intacta la idea de que todo es normal, es la trivialización del mal, la percepción de que todo es igual aún cuando desaparezca el sentido común.

Los traumas de la vida se repiten con una regularidad que no miente. La esperanza de vida en los pueblos indígenas es de más de siete años y medio que en la población canadiense, casi diez años

para los hombres ⁽⁸⁾. Muchos jóvenes y adultos mueren por accidentes, suicidios, homicidios cada año. La alta frecuencia de diabetes, la mala nutrición, los daños del alcoholismo crónico en la salud, hacen que la calidad de vida y la energía del cuerpo se deterioren a un ritmo acelerado después de la mitad del ciclo vital. Eso implica que los adultos no puedan brindar atención a los jóvenes porque no tienen mucha energía para atender a los otros. Los que pueden, se agotan rápidamente, porque la tarea es inmensa; la tasa de natalidad es alta y son pocos los adultos para cuidar un alto número de niños.

LA FAMILIA INDÍGENA MODERNA

Lo que se ha perdido en la época de las escuelas residenciales es la entidad de la familia. Hay que volver atrás y representarse un pueblo vacío, diez meses por año, de la presencia de los niños en edad de escolarización. La generación que no ha tenido la experiencia de familia debe, a su vez, criar hijos y prepararlos para la vida adulta; estas etapas de la vida no han sido completas para esos nuevos padres. Sin modelo adulto como guía, falta además el mecanismo de apego necesario para unirse al niño recién nacido. El bebé es objeto de miedo. En un universo donde tocar la piel de un niño es visto como peligro de incesto, es difícil manipular con confianza el cuerpo de los recién nacidos.

En el mundo tradicional de los Algonquines los abuelos tenían la tarea de cuidar a los niños demasiado jóvenes para seguir a sus padres en los viajes a la selva. Ahora, muchas madres son demasiado jóvenes para atender bien a sus bebés y los confían a sus padres, con el riesgo de perder el vínculo afectivo con ellos, especialmente si el consumo de alcohol y de drogas disminuye su sentido de responsabilidad. La falta de un padre o de un compañero de confianza es otra fuente de impotencia en su papel de madre.

Las estadísticas sobre abuso y negligencia son altamente preocupantes. En algunos pueblos, la tasa de niños legalmente encargados a tutores llega al 20%. Hasta 75% tienen una denuncia planteada en los servicios sociales, en un momento u otro, por parte de un miembro del hogar, de un vecino o de la escuela. Entonces, aún no se puede decir que en esos pueblos la situación familiar está mejorando.

EL PROBLEMA DEL TRAUMA

Desde el inicio de la Comisión Canadiense de la Verdad y Reconciliación, el discurso alrededor del tema del trauma, de los abusos sexuales y físicos, ha captado la atención. Es cierto que la mayoría de los alumnos tienen vergüenza de lo que les ocurrió en su infancia y no puede recordar fácilmente los acontecimientos graves que ha sufrido. Algunos no pueden ni visitar la ciudad donde estuvieron internos en otra época, aunque sea medio siglo atrás. No ha habido un estudio sistemático de los síntomas post-traumáticos, pero muchos de ellos presentan rasgos de conducta de tipo angustia crónica. Habría que realizar un estudio sistemático para documentar tal situación.

Después de la infancia, se suceden para los alumnos muchas situaciones traumáticas y tragedias de varios tipos en la vida cotidiana, y el concepto de trauma se refiere a un acontecimiento donde la vida o la integridad del cuerpo está en peligro. Muchos fueron testigos de un suicidio, de un homicidio, de un accidente o de un ataque con armas a otra persona. Los miembros de la policía están igualmente implicados, los bomberos voluntarios, cuando hay víctimas de casas quemadas, los directores de escuela y su cuerpo docente, el equipo de asistencia social que interviene en los casos de violencia doméstica.

Si las tragedias no faltan, el discurso cotidiano no está focalizado alrededor de la historia de los abusos y de los sufrimientos asociados a ellos. Ello no quiere decir que esta parte de la experiencia no sea importante, pero es secundaria a otro modo de concebir el mundo. En este universo, la solidaridad humana es imprescindible para la sobrevivencia. En la tradición cultural el que mata a un animal lo debe distribuir dentro del grupo social. La autonomía es importante para el que va a cazar en solitario pero únicamente en ese momento, no cuando vuelve con el fruto de su trabajo. Lo que duele más en este mundo de interdependencia social, económica y afectiva es la traición del prójimo, el abandono. En los encuentros con los alumnos de las escuelas residenciales, ellos dicen que se sintieron abandonados por sus padres cuando fueron por primera vez al internado y los abusos eran consecuencia de esto. Solo tiempo después se dieron cuenta de la posición difícil de sus padres y de su impotencia.

En la vida familiar y social el sentimiento de ser llevado está siempre en la superficie de la conciencia. Se pueden describir las experiencias negativas con el gobierno canadiense, que se otorgó el papel de tutor legal de todos los niños indígenas. La historia política fue una serie de humillaciones que resultaron en ataques a la identidad social y personal, y en la imposibilidad de elegir su destino.

Dentro de la vida social, la dinámica a propósito de la traición, no es tan diferente de lo que es en el mundo exterior. Si uno llega a completar un nivel de educación universitario recibe el apellido de “manzana”, es decir de piel roja pero de interior blanco. Lo mismo para los jóvenes que frecuentan demasiado la vida de la ciudad. No son percibidos por la familia como verdaderos indígenas.

Es cierto que algunas personas de la comunidad podrían recibir con provecho un tratamiento por TEPT (Trastorno de Estrés Post-Traumático), pero una interpretación del sufrimiento en términos de víctimas podría impactar negativamente sobre el porvenir colectivo. El sentido de la gente es que han sido arrebatados, no solamente de su cultura, de su modo de ser y de vivir, de su religión y de sus hijos, sino también de su orgullo, de su capacidad de luchar y defenderse. No se puede demostrar si las escuelas residenciales han sido la principal fuente de la pérdida del alma colectiva, pero actúan como representación básica de todo lo que ha pasado.

ESPERANZA DE RESILIENCIA

El término de trauma evoca el tema de resiliencia o de reconstrucción cognitiva en la literatura del TEPT. Es cierto que el desafío no es principalmente sanar del miedo o del insomnio, sino elaborar un medio de confianza en el futuro y objetivos para orientar a los niños.

La primera etapa de la transformación social que va a trascender el estado actual es el reconocimiento de la presencia de problemas graves. En otras palabras, hay que acabar con la ley del silencio que da a entender que la vida sigue igual, que estamos dentro de los límites del sentido común, y que no hay nada que cambiar. Es

cierto que puede ser humillante cuando hay que reconocer lo que existe y que se ve cada semana. Pero el silencio en este caso mata. Son demasiados los jóvenes, y otros, que se suicidan o que realizan intentos graves de suicidio. La misma observación vale para los niños abandonados, en peligro de muerte por la violencia doméstica, por la malnutrición, u otras causas. ¿De dónde va a venir la llamada de ayuda?

En los ejemplos de resiliencia, hay héroes que ofrecen un liderazgo para transformar la sociedad ⁽⁹⁾. Requieren ser hombres y mujeres que han seguido un camino difícil, a veces incluso contra sus amigos. La motivación viene de una visión de que las cosas pueden ser diferentes de lo que son actualmente. Los líderes piden sacrificios para salir de su estado de dependencia y asumir responsabilidades. Es difícil dejar la situación de un presente cómodo para entrar en la angustia del futuro. Hay que salir del mundo de la ficción para tocar la realidad.

A nivel de las interacciones sociales, es difícil sanar del miedo que sigue de los traumas sin establecer un régimen de justicia e imponer la ley del sentido común. En un universo donde la transgresión es habitual, donde no hay protección para los niños, las mujeres o los ancianos, cuando la policía y el sistema judicial no castigan a los criminales, el miedo es protector y necesario para la autodefensa. El sentido que el bienestar de cada uno es importante para la colectividad va a orientar las energías del medio hacia proyectos más constructivos.

Finalmente, la apertura al mundo exterior, es decir a la educación, va a estimular este deseo de transformación. Esos cambios son mejor recibidos cuando se desarrollan con otras comunidades indígenas. Pero, sería difícil transformarse sin una participación social con el mundo global. Los traumas mantienen la timidez hacia la experiencia ajena. Por el contrario, las observaciones demuestran que muchos de los que son líderes han vivido en el mundo de los blancos y han asimilado instrumentos para conceptualizar la realidad y ver otro futuro. Lejos de alienarlos de la cultura indígena, el contacto con el exterior les da una apertura para darse cuenta de la riqueza de su cultura y adaptarla al mundo actual.

CONCLUSIÓN

Las transformaciones vividas por los pueblos indígenas de Canadá, que pusieron en peligro su identidad, estuvieron acompañadas de diversos traumas históricos, traumas que se multiplican dentro de la vida de las reservas en la época moderna. Pero hay otro nivel de realidad que excede a tales traumas: el sentido de traición y la pérdida de su modo de vivir. Para salir de esta situación se necesita, en primer lugar, un redescubrimiento de algunos valores del pasado para establecer una justicia que puede definirse como el respeto a la existencia de cada uno, especialmente de los más vulnerables. Sin paz y justicia, es difícil superar los traumas. Para alcanzar este estado de vida colectiva, se necesitan líderes inspirados y generosos en todos los niveles de la sociedad, desde la familia hasta los jefes políticos. En el nivel personal, no sólo hay que curar el miedo paralizante sino crear un espíritu de responsabilidad, especialmente en los jóvenes.

REFERENCIAS

1. Leenaars A. Suicide among indigenous peoples: Introduction and call to action. *Archives of Suicide Research*. 2006;10:103-15.
2. Tousignant M, Chela T. Suicide in the Third World: The Case of Ecuador. *Omega, Journal of Death and Dying*. 1991;23(3):191-8.
3. Laliberté A, Tousignant M. Alcohol and other contextual factors of suicide in four Aboriginal communities of Quebec, *Crisis*. 2009;30(4):215-21.
4. Canadiana. La loi sur les Indiens. 2010. Disponible en: http://www.canadiana.org/citm/themes/aboriginals/aboriginals8_f.html#indianact
5. Jaulin R. *La paix blanche: Introduction à l'ethnocide, Combats*. Seuil, 1970.
6. Leroux J, Chamberland R, Brazeau E et Dubé C. Aux pays des peaux de chagrin. Occupation et exploitation territoriales à Kitcisakik (Grand-Lac-Victoria) au XXe siècle, Québec, Les Presses de l'Université Laval / Le Musée canadien des civilisations, 2004. p. 255.
7. Fisher A, Lee D. Pensionnats autochtones au Canada: une bibliographie sélective. 2002. Disponible en: <http://www.collectionscanada.gc.ca/pensionnats-autochtones/index-f.html>
8. Indian and Northern Affairs Canada (INAC). The Human Development Index examines per capita income, education levels and life expectancy to compare the world's countries. 1998. Disponible en: http://portal.usask.ca/index.php?sid=140820726&t=sub_pages&cat=46
9. Tousignant M, Sioui N. Resilience and aboriginal communities in crisis : Theory and interventions. *Journal of Aboriginal Health*. 2009;5(1):43-61.

GENERACIÓN, MEMORIA Y VIOLENCIA EN AYACUCHO: PERFIL DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE HUAMANGA, AYACUCHO

JEFREY GAMARRA CARRILLO

Como parte de las actividades desarrolladas en el Proyecto HATUN ÑAN: Acción Afirmativa en la Universidad Nacional San Cristobal de Huamanga (UNSCH) (*) para estudiantes quechuas y amazónicos, el año 2007 se ejecutó una investigación preliminar para conocer el perfil socio-étnico de los estudiantes que ingresaron el 2006 a este centro de estudios ⁽¹⁾. Algunos de los hallazgos llamaron nuestra atención porque contradecían varios de los supuestos más aceptados respecto a la composición socio-étnica de los estudiantes de la universidad así como de las representaciones construidas en torno a las ideologías y discursos radicales que, se asume, caracterizan al estudiantado de universidades nacionales de las regiones de sierra como Ayacucho.

Entre los planteamientos más comúnmente aceptados (sin mayor esfuerzo de reflexión) está aquel que sostiene que la composición social de los estudiantes de la universidad de Huamanga es básicamente campesina y rural. Por ejemplo, se acepta como obvio, el hecho de que en el informe de la CVR se haga mención a este carácter cuando se señala que el porcentaje de alumnos que provienen de zonas rurales aumentó durante la década de la radicalización universitaria (década del 70) ⁽²⁾. Tampoco se hace mayor esfuerzo de crítica cuando se da por evidente que la causa del radicalismo sería la ruralidad de sus estudiantes.

(*) Este proyecto está auspiciado por la Fundación Ford a través del Programa Pathways for Higher Education (PHE) y tiene una duración de 18 meses.

(1) Ver al respecto el documento elaborado: Línea de Base/diagnóstico del Proyecto Acción Afirmativa en la UNSCH, Estudiantes 2006. Vicerrectorado Académico/Área de Investigación HÑ. Ayacucho, 2007.

(2) Informe Final CVR: Sendero Luminoso y la Universidad de Huamanga. Pag.580. www.cverdad.org.pe/ifinal/pdf. Consultado el 10/08/2008.

En esta misma línea de razonamiento se inscribirían algunos estudios en torno a universidades públicas como la Nacional Mayor de San Marcos: la correlación entre radicalismo político y el origen “provinciano” de sus estudiantes ⁽³⁾. Aparentemente, este tema no sería relevante, pero, cuando se plantean conclusiones sobre los orígenes universitarios de Sendero Luminoso en el Perú o cuando se establecen correlaciones estadísticas entre estudiantes campesinos y comportamientos radicales en las universidades de provincias, es necesario hacer una relectura y reinterpretación de los datos. Cuestiones imprescindibles, además, por cuanto la hipótesis más comúnmente aceptada se refiere a la correlación entre desadaptación a la vida urbana y radicalismo universitario ⁽⁴⁾. La desadaptación entre las vidas “provinciana” y “cosmopolita”. Según esta línea de reflexión, la desadaptación o, para ser más precisos, los cambios y presiones de identidad, han conducido a la radicalización y a las prácticas violentistas. La explicación centrada en la cultura planteada por Degregori ha devenido en eje central de esta manera de abordar el problema: *el perfil sociocultural de este contingente juvenil se ubica en una suerte de tierra de nadie entre dos mundos: el andino tradicional de sus padres cuyos mitos, ritos y costumbres ya no comparte plenamente y el occidental o, más precisamente urbano criollo, que los discrimina por provincianos, serranos o quechua-hablantes a esos estudiantes necesitados de una nueva identidad* ⁽⁵⁾. Es probable que la noción culturalista subyacente sea que toda desadaptación cultural genera respuestas violentas o conductas, finalmente patológicas. Esto último es uno de los aspectos centrales a tratar en la exposición: ¿Por qué tendemos a calificar de alteraciones de la conducta y de la personalidad aquellas acciones políticas que no encajan dentro de ciertos cánones pre-fijados? Responder con mayor precisión esta pregunta nos lleva a situarnos en el espacio de la Universidad de Huamanga, desde su reapertura: ¿cuán campesina e indígena ha sido la universidad de

⁽³⁾ Nicolás Lynch: Los jóvenes rojos de San Marcos: El radicalismo universitario de los años setenta. El Zorro de Abajo, Ediciones, pag.29. Lima, 1990.

⁽⁴⁾ Ver por ejemplo, el trabajo de Henry Favre sobre los procesos de descampesinización y Sendero Luminoso. *Sentier Lumineux et la spirale peruvienne de la violence*. 1991.

⁽⁵⁾ Carlos Degregori: ¿Porqué apareció Sendero Luminoso en Ayacucho? El desarrollo de la generación del 69 en Ayacucho. En: Anne Perotin-Dumon: “Historizar el pasado vivo en América Latina”. www.etica.vahurtado.cl, 2007.

Huamanga? ¿solamente los “desarraigados” (provincianos e indígenas) son radicales y por tanto, responden a situaciones patológicas?

Perspectivas y aproximaciones conceptuales

Recalcamos que esta investigación se desarrolla en el marco de un proyecto sobre inclusión social y acción afirmativa en la UNSCH. En virtud de ello, los trabajos previos realizados nos permitieron determinar algunas dificultades epistemológico-conceptuales así como operativas.

La primera fue que respecto a la universidad se han establecido muchos lugares comunes sobre el origen social y étnico de sus estudiantes. La segunda, referida a las ideologías e imaginarios estudiantiles que no permiten distinguir sus matices, existiendo, incluso, contraposiciones entre ellas. Finalmente, la tercera, tiene que ver con las trayectorias de vida de los estudiantes de Huamanga, sus estigmatizaciones como “provincianos” y las consecuencias que de ello se desprenden.

Esto nos lleva a plantear y realizar una investigación tomando como eje de análisis las variables Generación, relaciones Intergeneraciones e intrageneracionales así como las trayectorias sociales. Respecto al primero, señalamos que básicamente se refiere a una manera común de compartir visiones y modos de vida. Los trabajos de Karl Mannheim sobre el problema de generaciones resultan primordiales para esta investigación, especialmente sus nociones de *generación potencial* y *generación efectiva* ⁽⁶⁾. Son igualmente importantes las reflexiones de Attias-Donfud sobre el de *trayectoria* de vida como complemento al tema de generación, para conocer la relación entre memoria y generación ⁽⁷⁾. De igual modo, otro texto importante en este trabajo es el de Vincent quien llama la atención sobre la importancia de trabajar una *economía política* de las generaciones ⁽⁸⁾.

⁽⁶⁾ Kart Mannheim: El Problema de Generaciones. REIS, Revista Española de Sociología, No.62, www.reis.cis.es, abril-junio de 1993. Versión Pdf. Pag.191-242.

⁽⁷⁾ Claudine Attias-Donfollt: Rapports de générations et parcours de vie, enquête, biographie et cycle de vie, 1989, mis en ligne le 28 decembre 2005. <http://enquête.revues.org/document82.html>. Consultado el 01/05/2008.

⁽⁸⁾ John A. Vincent: Understanding generations: political economy and culture in an ageing society. The British Journal of Sociology 2005, Vol.56, Issue 4. pag.579-599.

Métodos y técnicas de análisis

La investigación en fase de culminación busca comparar las generaciones de estudiantes que han pasado por las aulas de la universidad de Huamanga desde su reapertura hasta la actualidad, al mismo tiempo que busca establecer “grupos de generación” al interior de cada una de ellas. Tomando en cuenta la edad, el período y las visiones compartidas hemos establecido hasta tres generaciones de estudiantes. Para cada una de ellas se ha determinado trabajar trayectorias de vida que nos permitan conocer, por un lado, los modos de ser de cada generación y por otro, la manera cómo se han interrelacionado.

El trabajo tiene dos aspectos: análisis cuantitativo (a partir de estadísticas obtenidas de los archivos de la propia universidad) y un análisis cualitativo (haciendo uso de entrevistas a profundidad).

(Nota de los editores) El trabajo ha sido publicado de acuerdo al texto presentado por el autor.

REFERENCIAS

1. Ver al respecto el documento elaborado: Línea de Base/diagnóstico del Proyecto Acción Afirmativa en la UNSCH, Estudiantes 2006. Vicerrectorado Académico/Área de Investigación HÑ. Ayacucho, 2007.
2. Informe Final CVR: Sendero Luminoso y la Universidad de Huamanga. Pág. 580. Disponible en: www.cverdad.org.pe/ifinal/pdf. Consultado el 10/08/2008.
3. Lynch N: Los jóvenes rojos de San Marcos: El radicalismo universitario de los años setenta. El Zorro de Abajo, Ediciones. Pág. 29. Lima, 1990.
4. Ver por ejemplo, el trabajo de Henry Favre sobre los procesos de descampesinización y Sendero Luminoso. *Sentier Lumineux et la spirale peruvienne de la violence*. 1991.
5. Degregori C. ¿Porqué apareció Sendero Luminoso en Ayacucho? El desarrollo de la generación del 69 en Ayacucho. En: Perotin-Dumon A. *Historizar el pasado vivo en América Latina*. 2007. Disponible en: www.etica.vahurtado.cl

VIOLENCIA FAMILIAR Y VIOLENCIA DE GÉNERO

NELLY MARITZA LAM FIGUEROA

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la violencia no parecería necesario justificarla, y menos en la era nuclear; sin embargo, sólo la especie humana es capaz de destruirse y de ejercer su propia fuerza contra sí misma. Este comportamiento ha de hacer reflexionar forzosamente a quienes se interesan por la paz.

La violencia es de difícil justificación en nuestra época, si se mira al horizonte con las armas nucleares y su capacidad de destrucción total. Domenach ⁽¹⁾ lo ha expresado así:

“Puesto que no se puede ya contar con la violencia para detener la violencia, es preciso que cada sociedad, y la humanidad entera, si quiere salvarse, hagan prevalecer objetivos ecuménicos sobre los intereses particulares. Es preciso que una práctica del diálogo y una moral del amor, o simplemente de la comprensión, modifiquen las instituciones y las costumbres”.

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)

El MAIS ⁽²⁾ constituye el marco de referencia para la atención de salud en el país, y está basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, orientados a obtener una persona, familia, comunidad y entorno **SALUDABLE** (Figura 1a).

Si por costumbre, historia, idiosincracia, manifestación de poder y dominio, etc., hacemos de la violencia una actitud y comportamiento cotidianos, Lo que se obtiene son individuos, familias, comunidades y entornos **NO SALUDABLES** (Figura 1b).

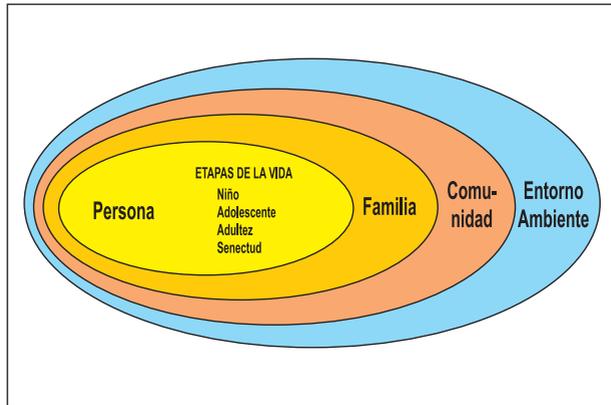


Figura 1a. Ambiente Saludable.

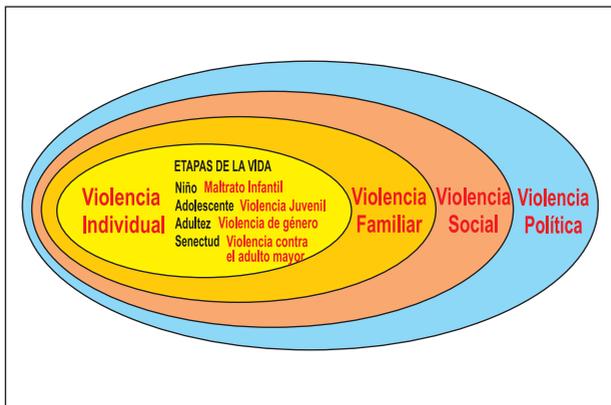


Figura 1b. Ambiente No Saludable.

La violencia familiar ya dejó de ser un problema que sólo afecta a los que viven en un mismo hogar. Ya no es un asunto privado, no es ético permanecer indiferente frente a un acto violento.

La 49° Asamblea Mundial de la Salud, en su Resolución WHA 49.25⁽³⁾ “Prevención de la Violencia: una prioridad de salud pública”, la ha declarado como un problema de salud pública en todo el mundo

en vista de las graves consecuencias inmediatas y a largo plazo que tiene para la salud y el desarrollo psicológico-social en los individuos, familias, comunidades y países. (Figuras 2 y 3).

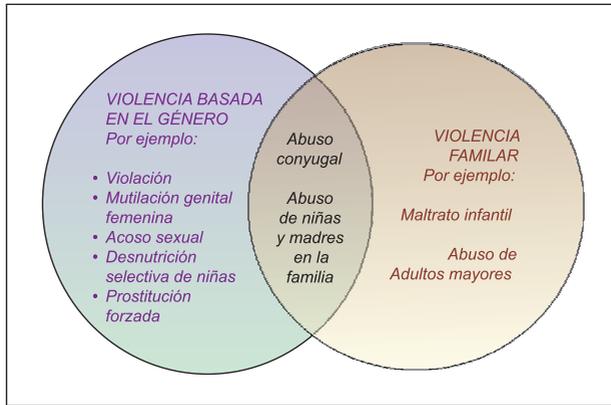


Figura 2. Violencia familiar y violencia de género: problema de Salud Pública.

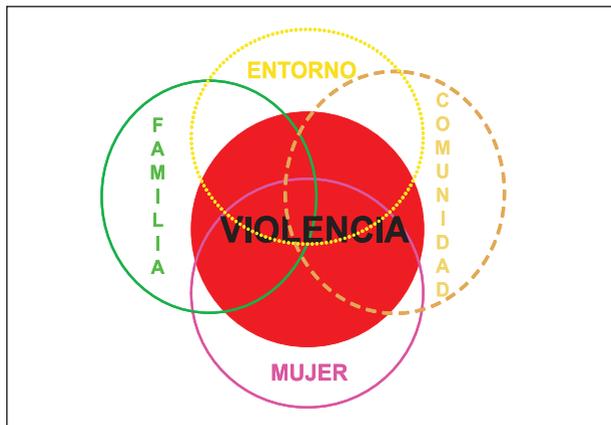


Figura 3. Enfoque integral de la violencia.

REALIDAD DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (VBG)

Nacemos con un sexo....., el género lo desarrollamos con el aprendizaje y el entorno social que varía de cultura a cultura y aún dentro de una misma cultura.

Género pone énfasis en la construcción social de los roles y en las relaciones entre ellos (en tanto que son productos culturales y no biológicos). Se reconoce así la subordinación de las mujeres como un producto social, situado en una cultura y un tiempo histórico específico, resultado de arreglos sociales privados.

“Género” no es sinónimo de “mujer” sino que hace referencia a los atributos socioculturales, al análisis de las funciones de cada sexo y de sus interrelaciones ⁽⁴⁾.

Género no alude solamente a construcciones socio - culturales y psicológicas. Implica también mirar las relaciones que se desarrollan a partir de estas construcciones, que son relaciones de desigualdad.

– Los roles, espacios, atributos y en general lo que se identifica como lo femenino tiende a ser subvalorizado. El trabajo doméstico y el rol de ama de casa son buenos ejemplos ⁽⁵⁾.

Comprensión de Género en la Familia ⁽⁶⁾

- Explica las diferencias de las características de varones y mujeres
- Visibiliza la asignación de roles en función del sexo.
- Permite entender que el género se aprende desde el nacimiento y nos enseña a comportarnos para ser percibidos como mujeres y varones.
- La familia es considerada como la institución primaria para la organización de las relaciones de género en la sociedad.
- Es en la familia donde la división del trabajo, la regulación de la sexualidad y la construcción social de los géneros se encuentran enraizadas.

- En un sistema donde las relaciones entre el género femenino y masculino son relaciones de poder, donde lo masculino domina lo femenino (subordinación), se encuentran la mayoría de las sociedades, incluida la nuestra (Sistema Patriarcal).
- La construcción social nos adjudica ROLES, ESPACIOS y ATRIBUTOS diferentes a cada sexo:

Género	Mujer	Hombre
Rol	Reproductivo	Productivo
Espacio	Doméstico	Público
Atributos	Dulzura Comprensión Emotividad	Fortaleza Competencia Razón

Principios Éticos

Luego del Informe Belmont en 1978, que precisa los tres principios que deben regir la investigación en seres humanos, tales como: Respeto a las personas, Beneficencia y Justicia, aparecen, al año siguiente, los cuatro principios de la bioética médica postulados por Beauchamp y Childress: Autonomía, Beneficencia, No- maleficencia y Justicia ⁽⁷⁾.

Derechos Humanos

Conjunto de principios de aceptación universal, reconocidos constitucionalmente y garantizados jurídicamente, orientados a asegurar al ser humano su dignidad como persona, en sus dimensiones individual y social.

Definición de Violencia Familiar (VF) y Violencia Basada en Género (VBG)

En ocasiones, las distintas denominaciones de los malos tratos lleva a confusión: Violencia de Género, Violencia Doméstica o Familiar, de pareja, hacia las mujeres, masculina o sexista...

- *La violencia doméstica* (1983) o *familiar* (1988) es aquella que se produce dentro del hogar, tanto del marido a su esposa, como de la madre a sus hijos, del nieto al abuelo, etc. Excluye aquellas relaciones de pareja en las que no hay convivencia.
- *La violencia de género* (1993) es “la violencia que se ejerce hacia las mujeres por el hecho de serlo”, e incluye tanto malos tratos de la pareja, como agresiones físicas o sexuales de extraños, mutilación genital, infanticidios femeninos, etc.

Definiciones complementarias de la VBG

- Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada (“Artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Naciones Unidas, 1994).
- Susana Velázquez (2004) ⁽⁶⁾ amplía la definición de VBG: Abarca todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física.

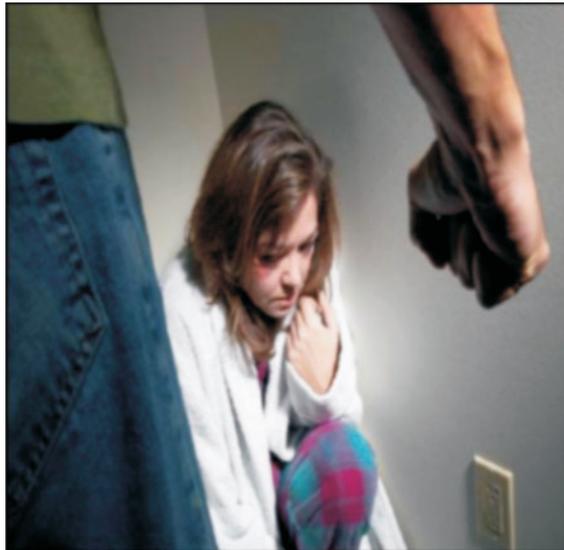
Diagnóstico Situacional - Perú

Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público:

- 1er semestre del 2008:
 - De 67,006 exámenes en VF e integridad sexual, 52,669 (78.6%) son mujeres.
 - De 26,441 exámenes en VF psicológica, 19,121 (72.3%) son mujeres.
 - En el Perú cada hora 10 mujeres son víctimas de violencia familiar.

Ministerio del Interior:

- 1er trimestre 2008:
 - De 26,598 denuncias por VF, 20,992 (89,9%) son mujeres.
 - Departamentos del Perú donde se registran mayor cantidad de denuncias por VF a mujeres:
 - Lima: 9,134 casos (43,5%),
 - Arequipa 2,786 casos (13,2%) y
 - Cuzco 1,163 casos (5,5%).
 - En 15,606 casos (66.1%) el agresor se encontraba en estado ecuaníme.
 - Mujeres de 18 a 50 años son las que sufren de mayor violencia (83,7% de los casos).
 - Cada hora 10 mujeres son víctimas de violencia familiar.



MIMDES:

Cuadro 1. Informe sobre Femicidios en el Perú, 2005-2009.

	Reportes sobre feminicidio	Resultados
A	El Centro de la Mujer Flora Tristán en Alianza con Amnistía Internacional (Perú) realizaron un estudio periodístico del periodo comprendido entre el mes de enero 2003-setiembre 2005.	265 casos. En promedio 8 casos por mes
B	El Centro de la Mujer Flora Tristán elaboró una cartilla estadística correspondiente al periodo enero-octubre 2006.	81 casos. En promedio 8 casos por mes
C	El Centro de la Mujer Flora Tristán en Alianza con DEMUS efectuaron un diagnóstico en base a fuentes periodística para el periodo enero 2004 y julio 2007.	403 casos. En promedio 9 casos por mes
D	El Centro de la Mujer Flora Tristán para el periodo 2004 -2008 emite un informe estadístico sobre la base de 547 casos	547 casos. En promedio 9 casos por mes
E	El observatorio de la criminalidad del Ministerio Público, emite una cartilla informativa que comprende el periodo setiembre 2008-febrero 2009. El 20/02/09 se expide la Resolución 216-2009-MO-FN que aprueba la Directiva N° 002-2009-MP-FN que establece los procedimientos para la sistematización, procedimiento y análisis de los homicidios de mujeres en un contexto de violencia familiar	81 casos. En promedio 16 casos por mes
F	El 06 de Marzo con la Resolución Ministerial 110-2009-MIMDES, se crea el Registro Femicidios y Tentativas en el MIMDES	93 casos de feminicidio de enero a agosto 2009. En promedio 12 casos por mes

El feminicidio es conocido como el último eslabón de una larga cadena de violencia a la que se ven sometidas cotidianamente las mujeres.

MIMDES: Enero y Agosto de 2009

Informó atentados contra la vida de 123 mujeres, de las cuales 93 (76%) fueron Femicidios y 30 (24%) Tentativas. De ellos el mayor número ocurrió en Lima (39%), seguido de Junín (11.4%), Ayacucho (5.7%), Puno (5.7%), Arequipa (4.9%) y Tacna(4.9%). Cuadro 2, Cuadro 3, Cuadro 4.

Cuadro 2. Perfil de la víctima de femicidio o tentativa.

Casos de femicidio o tentativa por grupo de edad (en años). Enero - Agosto 2009. MIMDES.							Número de hijos de la víctima.		
Tipo	0-17	18-35	36-59	60 +	Sin dato	Total	Hijos	Casos	%
Femicidio	15	49	31	6	2	93	Ninguno	26	21%
Tentativa	5	18	5	1	1	30	1-3 hijos	55	45%
Total	20	67	26	7	3	123	4-6 hijos	6	5%
	16%	56%	22%	6%	2%	100%	7 a más	2	2%
							Sin datos	34	28%
							Total	123	100%

Cuadro 3. Perfil del agresor.

Edad del agresor.			Vínculo con el agresor.		
Edad	Casos	%	Vínculo con la víctima	Casos	%
0-17	2	2%	Esposo	18	15%
18-25	20	16%	Ex esposo	2	2%
26-35	32	26%	Conviviente	30	24%
36-45	26	21%	Ex Conviviente	16	13%
46-59	14	11%	Madre/Padre	7	6%
60 +	2	2%	Padrastra/Madrastra	2	2%
Sin datos	27	22%	Hijo (a)	2	2%
Total	123	100%	Yerno/Nuera	1	1%
			Progenitor de su hijo pero no han vivido juntos	3	2%
			Otro familiar	2	2%
			Amigo (a)	2	2%
			Pareja sexual sin hijos	6	5%
			Enamorado/novio que no es pareja sexual	9	7%
			Desconocido	9	7%
			Otro	7	6%
			Sin datos	7	6%
			Total	123	100%

Cuadro 4. Contexto en el que se produce la agresión.

Lugar del feminicidio o tentativa.			Lugar del feminicidio o tentativa.		
Lugar	Casos	%	Motivo	Casos	%
Casa de la víctima	28	23%	Celos	41	33%
Casa del agresor (a)	5	4%	Infidelidad de la víctima	7	6%
Casa de ambos	30	24%	Víctima decide separarse	17	14%
Casa de familiar	2	2%	Negación a ser pareja	9	7%
Calle o vía pública	21	17%	Venganza	10	8%
Lugar desolado	19	15%	Víctima lo demanda o denuncia	2	2%
Trabajo de víctima	2	2%	Víctima se va de la casa	2	2%
Hotel/hostal	6	5%	Víctima inicia nueva relación	4	3%
Otros	2	2%	Otros	50	41%
Sin datos	8	7%	Sin datos	18	15%
Total	123	100%	<i>Respuestas múltiples</i>		

¿Por qué esta altísima prevalencia no se ha reflejado en demanda real en el Sistema de Salud y Apoyo Social?

1. La persona agredida no busca ayuda por:
 1. Temor y desconfianza.
 2. Inaccessibilidad : cultural, económica, geográfica.
 3. Mal – trato del personal de salud.
 4. Falta de estructuración social de enfermedad.

2. Los prestadores de servicios de salud poseen una formación profesional focalizada:
 1. Formación con enfoque predominantemente biológico.
 2. Formación médica sesgada a la curación y rehabilitación de enfermedades centradas en el individuo.
 3. Incomprensión de lo que significa “*Atención Primaria de la Salud*”.
 4. Formación de profesionales que no responden a las necesidades y a la realidad del país: El año 2007 del total de Facultades de Medicina del Perú egresaron 2500 médicos; solo 1500

postularon al SERUMS y muchos de ellos se negaron a realizar el SERUMS rentado, ¿Por qué?, ¿Cuáles son sus expectativas y motivaciones?; estas interrogantes esperan ser respondidas al finalizar la tesis de un alumno de la maestría en Salud Pública de la UNMSM.

ESBOZO TEÓRICO DE LA VBG

El ser humano es un ser biológico, social y espiritual o anímico y, de la armonía y equilibrio alcanzado entre estas tres esferas, deviene la salud individual, familiar y social; cuando este equilibrio se pierde y predomina la desarmonía entre ellas, surge la enfermedad. Figura 4a y 4b.

Por lo anterior es que consideramos a la violencia, como una enfermedad de la conducta, un constructo social aprendido y transgeneracional, que se manifiesta siguiendo patrones culturales interiorizado por víctimas y victimarios y, que en la mayoría de los casos son aceptados con resignación por las propias víctimas, quienes no son conscientes de este proceso patológico, el cual al llegar al límite de su capacidad de resiliencia, se expresa a través de una dolencia

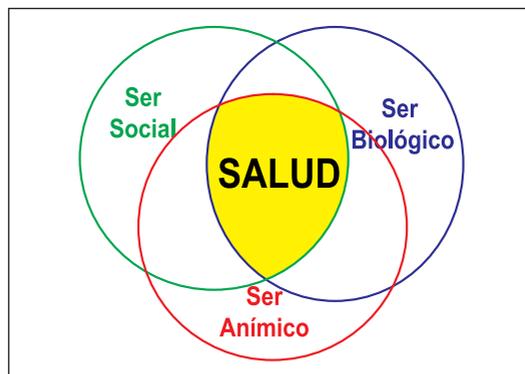


Figura 4a. Relación armónica de los diferentes componentes del ser humano = SALUD.

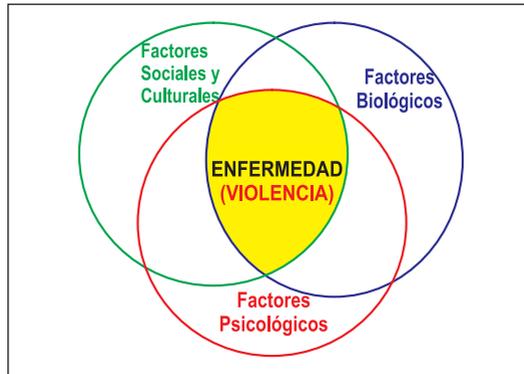


Figura 4b. Factores de riesgo desestabilizan este equilibrio y originan la ENFERMEDAD.

física o somatización; la misma que muchas veces no es correctamente interpretada por el profesional de la salud, por su enfoque netamente biologista de la enfermedad, que le impide ver y analizar más allá de las evidencias físicas. Figura 5.

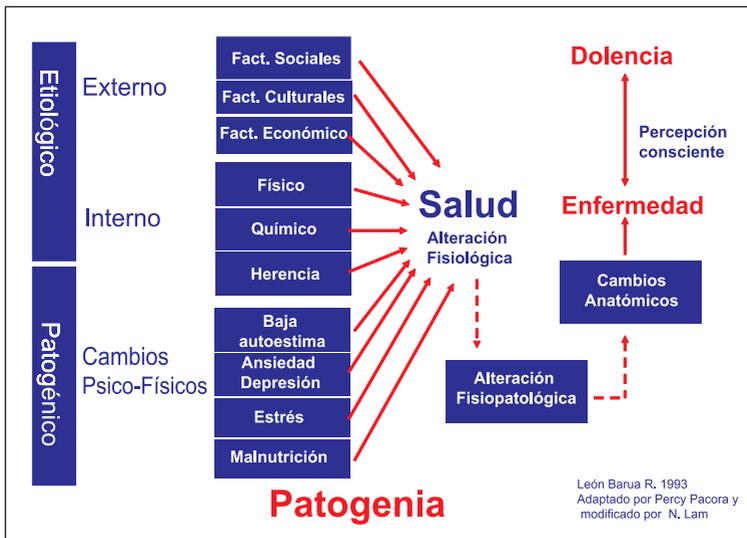


Figura 5. Violencia: enfermedad de la conducta.

Violencia contra la Mujer a través de su ciclo de vida

Desde la etapa intrauterina hasta la senectud, la mujer ha sido y es objeto de discriminación y violencia por parte de la familia y la sociedad. En el siguiente cuadro (Cuadro 5) se esquematiza los diferentes tipos de violencia contra la mujer según etapas o ciclo de vida.

Cuadro 5. Violencia contra la mujer a través del ciclo de vida.

Fase	Tipo de violencia
Embarazo	Abortos selectivos según sexo. Violencia durante el embarazo y sus efectos sobre el producto de la concepción.
Infancia	Maltrato Infantil: Infanticidio femenino, Discriminación y abuso físico, sexual y psicológico
Niñez	Maltrato Infantil: Contratos matrimoniales (matrimonio infantil), Mutilación genital, Prostitución infantil y Pornografía, Abuso físico sexual y psicológico.
Adolescencia y Adultez	Acoso sexual, prostitución y pornografía forzada, tráfico de mujeres, sexo forzado por razones económicas, incesto, violaciones, violencia durante el cortejo y/o noviazgo, mooving, violencia conyugal o marital, embarazos forzados, abuso físico, sexual, psíquico y social, homicidio/feminicidio.
Senectud	Discriminación y abuso físico, sexual, psíquico y social, "suicidio" forzado o inducido y homicidio por razones económicas.

Efectos de la Violencia sobre la Salud de la Mujer

Como se esquematiza en la Figura 5, la violencia (invisible para el individuo y la sociedad), se manifiesta tardíamente y, a veces de forma irreversible e irremediable, debiendo estar atentos a los signos de alarma que presenta la mujer, algunos de los cuales se presentan en el Cuadro 6, a fin de actuar de manera oportuna y eficiente en el control de este flagelo.

Cuadro 6. Efectos de la violencia sobre la salud de la mujer.

No Mortales		
Salud Física	Salud Mental	Salud Reproductiva
Lesiones/Traumas	Estrés postraumático	Embarazo no deseado
Alteraciones funcionales	Depresión/Ansiedad/Angustia/	ITS/VIH
Somatización	Fobias/Pánico	Trastornos ginecológicos
Discapacidad parcial/permanente	Trastornos de la personalidad	Enfermedad inflamatoria
Síndromes dolorosos crónicos	Trastornos de la conducta:	pélvica
Síndrome del intestino irritable	- Adicciones, alcoholismo,	Complicaciones del embarazo
Trastornos gastrointestinales	tabaquismo, drogadicción,	- Abortos inducidos o
Fibromialgia	ludopatía, ciberadicción, etc.	"espontáneos"
Infecciones a repetición	- Comportamientos de riesgo	- Preeclampsia/Eclampsia
Enfermedades autoinmunes	- Trastornos alimenticios	- Desprendimiento
	(obesidad, bulimia)	placentario
	Disfunción sexual	- Parto prematuro
	Baja autoestima	- RCIU/Bajo peso al nacer
		- Muerte infantil
Mortales		
	Homicidio	
	Suicidio	
	Feminicidio	
	Mortalidad Materna	
	Mortalidad Perinatal	
	Infanticidio	

A continuación presentamos algunos resultados resumidos de investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional, que sustentan lo anteriormente manifestado:

- 1. Violencia de Género y Aborto Espontáneo en el primer trimestre de gestación** ⁽⁹⁾. Estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en 603 mujeres, informó que hubo asociación entre violencia psicológica y física con abortos espontáneos durante el primer trimestre de gestación y que el principal agresor fue la pareja, recomendó que es necesario establecer estrategias que permitan identificar y proteger a las mujeres víctimas de violencia durante el embarazo.

2. **Neuroplasticidad y Maternidad** ^(10, 11, 12). Actuales lineamientos de neuroplasticidad y maternidad, plantean que la gestación y el periodo postnatal, con toda la hecatombe de cambios hormonales, mentales y sociales que implican en sí, representan momentos de alta neuroplasticidad, lo que se traduciría en una posibilidad de desarrollo de la inteligencia materna.
3. **Violencia de Género y Embarazo No Deseado** ⁽¹³⁾. En un estudio en nuestro medio que incluyó a 2167 mujeres durante el postparto, se encontró que el embarazo no planificado (65.3%) se asociaba de modo significativo con actos de violencia de género.
4. **Violencia de Género y Pre eclampsia** ⁽¹⁴⁾. En un estudio de casos y controles (339 gestantes con hipertensión inducida por el embarazo (HIE) y 337 gestantes sin HIE), realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal y Hospital Nacional 2 de Mayo de mayo 2004 a octubre 2005, se encontró que: la prevalencia de violencia ejercida por la pareja contra la mujer embarazada fue de 43.1% entre los casos y de 24.3% entre los controles; las gestantes que reportaron alguna exposición a violencia de su pareja tuvieron 2.4 veces incrementado el riesgo de presentar pre eclampsia, que las no expuestas (OR=2.4; 95% CI: 1.7-3.3); la asociación fue ligeramente mayor después de realizar ajustes para la edad materna, paridad y obesidad (OR=2.7; 95% CI: 1.9-3.9); La violencia emocional en ausencia de violencia física estuvo asociada con un incremento en el riesgo de presentar pre eclampsia (OR=3.2; 95% CI: 2.1-4.9); y la violencia emocional y física durante el embarazo se asoció con 1.9 de riesgo incrementado para pre eclampsia (95% CI: 1.1-3.5), concluyéndose que la violencia de la pareja (VP) entre las gestantes es común y está asociado con un incremento de riesgo de desarrollar pre eclampsia.
5. **Efecto del Maltrato Físico un año antes y durante el embarazo en 118, 579 embarazos en USA 2000-2003** ⁽¹⁵⁾. Las mujeres víctimas de violencia por la pareja antes y durante el embarazo se encuentran en riesgo de presentar complicaciones en la salud materna y perinatal.
6. **Una revisión sistemática de 30 artículos caso-control sobre violencia de la pareja en el embarazo** ⁽¹⁶⁾. Encontró mayor riesgo significativo de complicaciones maternas como muerte materna, infección urinaria, poca ganancia ponderal y partos operatorios y de

complicaciones fetales y neonatales como muerte fetal, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y mortalidad infantil.

7. **Violencia Contra la Mujer en el embarazo** ⁽¹⁷⁾. Informó que las adolescentes violentadas tienen mayor riesgo de parto pretérmino; independiente de la escala social, las mujeres maltratadas durante el embarazo tienen mayor riesgo de tener un hijo de bajo peso al nacer; la violencia psicológica es mayor y que los casos de violencia de la pareja reportado a la policía en el embarazo se asocia a nacimientos prematuros, recién nacidos de bajo peso y muerte neonatal. A estas mujeres y sus hijos se les debe brindar protección social.
8. **Predictores antenatales de víctimas de violencia** ⁽¹⁸⁾. Son los eventos estresantes, la depresión emocional, la falta de fe en Dios o en fuerzas superiores, el no empleo de métodos anticonceptivos y la infidelidad.
9. **Respuesta violenta de la mujer peruana agredida por su pareja** ⁽¹⁹⁾. Se aplicó un cuestionario estructurado a 2392 púerperas en el INMP, para recolectar información sobre mujeres agredidas por su pareja y su respuesta frente al agresor: Las mujeres sexualmente abusadas por su pareja en comparación con aquellas que solo fueron agredidas emocionalmente tuvieron 2 veces más respuestas violentas hacia su agresor (OR=2.32, 95% CI = 1.14-4.74); similarmente, mujeres que reportaron haber sido físicamente agredidas por su pareja, tuvieron 4 veces más respuestas violentas que las agredidas emocionalmente (OR=4.04, 95% CI = 2.68-6.11). El nivel educativo, historia de abandono, maltrato infantil y tipo de violencia ejercida por la pareja, se asocian de forma significativa con la respuesta violenta de las mujeres. Se concluyó que el apoyo social y familiar, así como programas de intervención apropiados desde educación, cultura y trabajo podrían mitigar y prevenir el impacto de la violencia de género.

Teniendo en cuenta las bases teóricas mencionadas es que se propone la siguiente hipótesis que relaciona la violencia ejercida sobre la mujer gestante con sus efectos en el ser en formación, efectos, cuyas repercusiones sobrepasan el nacimiento, pudiendo manifestarse en la edad adulta, como vienen reportando múltiples estudios que comprueban la Hipótesis de Baker ^(20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27), llamada también de la Programación Fetal. Figura 6.

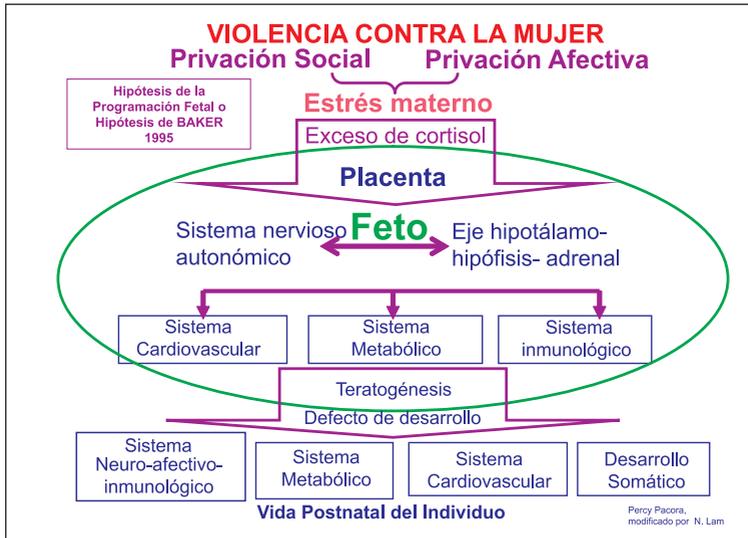


Figura 6. Efectos de la violencia contra la mujer en el embarazo.

PROPUESTA

Debemos reconocer que modificar una conducta, una actitud, un constructo social transgeneracional, resulta harto difícil; sin embargo, si al menos se tiene la intención de cambiar, debemos hacer lo que en su momento expresó Gandhi “*Si quieres cambiar el mundo, empieza por ti, cambia tú*” llevándolo a la práctica.

En una relación de pareja o de pares, caracterizada por cualquier tipo de violencia, no bastan los intentos de una de las partes para alcanzar una relación equitativa, democrática y armoniosa, es decir funcional, por lo que es necesario que ambas partes compartan las mismas concepciones y persigan objetivos semejantes o convergentes, lo cual se logra aprendiendo a comunicarse entre ellos, aprendido a callar y a oír, escuchando atentamente e interpretando correctamente el lenguaje gestual. Por lo anterior, cuando pretendamos atender a las víctimas de la violencia, no olvidar que esta se presenta en una relación de dos o más individuos, donde existen agresores y agredidos que deben ser intervenidos y **rehabilitados** con un enfoque

de equidad y respeto a la dignidad de las personas, basado en los principios universales de los Derechos Humanos.

Rehabilitación es un:

Proceso destinado a ayudar a **mujeres** en situación de violencia basada en género a:

- **Empoderarse:** Tener control de su vida, y a lograr la autonomía.
- **Responsabilizarse** de su propio desarrollo en diferentes dimensiones: proyecto de vida.
- **Develar** las diversas formas de violencia contra ellas
- **Reconocerse** como sujetos de derecho pleno.
- **Deconstruir** el estigma y los estereotipos de género
- **Aumentar** su seguridad y la de sus familiares.

Proceso destinado a ayudar a los **hombres** en situación de violencia basada en género a:

- **Responsabilizarse** de su violencia.
- **Aprender** formas no violentas de resolver conflictos.
- **Aprender** a identificar y expresar sus sentimientos y emociones develando las creencias
- **Erradicar** toda forma de violencia contra las mujeres, los niños y las niñas.
- **Deconstruir** el estigma y los estereotipos de género.

Componentes de la Rehabilitación:

- Educación.
- Reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento.
- Integración y fortalecimiento de las redes de apoyo social.
- Formación ocupacional.

- Recreación: arte.
- Comunicación comunitaria.
- Liderazgo comunitario.

Sin embargo, es por todos conocidos que prevenir es mejor que curar y esto solo se conseguirá si iniciamos ya una transformación agresiva a nivel de las personas, la familia y la sociedad, que vaya más allá de la prevención. Es decir, todos tenemos la obligación de evitar este daño a través de la **promoción** de conductas y estilos de vida saludables, para poco a poco erradicar la violencia de todo tipo.

Para ello se proponen algunas aproximaciones que podrían contribuir a lograrlo, al darnos una visión integral del fenómeno de la VBG y su afrontamiento:

La VBG tiene 3 niveles de significado:

1. Dimensión académica: Relacionada con el nivel y forma de funcionamiento de los sistemas de salud, educación, justicia, ministerio público, ministerio del interior, vivienda, sus equipos humanos, su desintegración y falta de complementación.
2. Dimensión simbólica: Es la manera como la mujer y el hombre viven, es decir, qué piensan, qué sienten y cómo sufren e interiorizan la violencia.
3. Dimensión social: Son los significados sociales, económicos, políticos, institucionales que la sociedad les atribuye y que se expresa en los roles que les atribuye.

Se propone crear espacios donde se de una aproximación educativa - terapéutica en el cual se COMPARTE con las personas información, experiencias y emociones sobre:

- problemas o situaciones relacionadas a la violencia de género.
- técnicas para afrontar el problema.

Un espacio donde no solo se les brinde información, sino un espacio donde la persona y/o su familia construyan nuevos significados,

comprensiones respecto de su problema y su abordaje. Un lugar donde:

- Las personas tienen un papel importante en la evolución de la situación de violencia: **ELLAS SON LOS PROTAGONISTAS**.
- Existan recursos terapéuticos, comunitarios y legales, para ayudar a las personas a afrontar la situación de VBG.
- Valoren las creencias y saberes de las mujeres y hombres, y así favorecer la superación de sus problemas.

Un espacio cuyos **OBJETIVOS** son:

1. Facilitar la visibilización y toma de conciencia de la VBG, de los efectos en su salud y de los obstáculos invisibles que les impiden tomar decisiones saludables.
2. Crear un clima de apoyo emocional y favorecer la expresión de sentimientos.
3. Fortalecer la autoestima y desarrollar habilidades interpersonales.
4. Promover su compromiso con el cuidado de la salud.

REFERENCIAS

1. Domenach JM. *La Violencia y sus causas*. Paris: UNESCO; 1981. p. 33-46.
2. Ministerio de Salud de Perú. *Lineamientos de Salud 2002-2012. Modelo de Atención Integral de Salud*.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.
4. Programa Mundial de Alimentos. *Glosario sobre Género*. Roma, sin editorial; 1995. p. 97.
5. *Creatividad y Cambio. Género; anotaciones para una reflexión*. Serie Mujer. Lima, 1996. p. 2.
6. Menacho Chiok LP. *Violencia de Género*. MIMDES, 2006.
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 4th edition. Oxford: Oxford University Press; 1994.
8. Velazquez S. *Violencias cotidianas, violencia de género: escuchar, comprender, ayudar*. Ed. Paidós; 2004. ISBN 9501245187, 9789501245189.

9. Lam Figueroa NM, Ayala Quintanilla BP. Gender Violence and Spontaneous abortion during first trimester of pregnancy. International Congress of the FIGO. Sudafrica. 2009.
10. Ellison K. *The Mommy Brain: How Motherhood Makes Us Smarter*. Basic Books. 2005.
11. Pawluski J, Galea L. Reproductive experience alters hippocampal neurogenesis during the postpartum period in the dam. *Neuroscience*. 2007;149(1):53-67.
12. Kinsley C. The neuroplastic maternal brain. *Hormones and Behavior*. 2008;54(1):1-4.
13. Cripe S, Sanchez S, Perales M, Lam N, Garcia P, Williams M. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2008;100:104-8.
14. Sánchez SE, Qiu Ch, Perales MT, Lam N, García P, Williams MA. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. Elsevier, 2008.
15. Silverman JG, et al. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(1):140-8.
16. Boy A, Saihu HM. *Int J Fertil Womens Med*. 2004;49(4):159-64.
17. Lipsky S, et al. *Obstet Gynecol*. 2003;102(3):557-64
18. Dunn LL. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(1):54-63.
19. Gelaye B, Lam N, Cripe SM, Sanchez SE, Williams MA. Correlates of Violent Response Among Peruvian Women Abused by an Intimate Partner. *J Interpers Violence Online* First, published on February 27, 2009 as doi:10.1177/0886260508329127.
20. Cameron N, Del Corpo A, Diorio J, McAllister K, Sharma S, et al. Maternal Programming of Sexual Behavior and Hypothalamic-Pituitary-Gonadal Function in the Female Rat. *PLoS ONE*. 2008;3(5):e2210. doi:10.1371/journal.pone.0002210.
21. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Glover V; ALSPAC Study Team. Maternal antenatal anxiety and behavioural / emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44(7):1025-36.
22. Champagne FA. Epigenetic Mechanisms and the Transgenerational Effects of Maternal Care. *Front Neuroendocrinol*. 2008;29(3):386-97. doi:10.1016/j.yfrne.2008.03.003.
23. Darnaudéry M, Maccari S. Epigenetic programming of the stress response in male and female rats by prenatal restraint stress. *Brain Research Reviews*. 2008;571-85.
24. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG*. 2008;115.
25. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008. doi:10.1186/1471-2393-8-30.
26. Weaver ICG, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, Dymov S, Szyf M, Meaney MJ. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience*. 2004. doi:10.1038/nn1276.
27. Doctor BA, O'Riordan MA, Kirchner HL, Shah D, Hack M. Perinatal correlates neonatal outcomes of small for gestational age infants born at term gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185:652-9.

TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA POLÍTICA

GLORIA CUEVA VERGARA*

CASO CLÍNICO

*La salud del individuo está ligada a la salud de la sociedad
en su conjunto y tiene una dimensión colectiva.*

La Sra. María tiene 59 años, es madre soltera y vive en una ciudad en la Selva Central del Perú. Es una mujer de mediana estatura y contextura gruesa. Se presenta a la consulta adecuadamente vestida, bien aseada y arreglada. A pesar de ser una persona vivaz y alerta, no responde tan rápidamente a las preguntas e instrucciones que se le dan. Se muestra insegura. Habla libremente pero, por momentos, da la impresión de tener miedo.

Motivo de Consulta: La paciente acude a la Campaña de Salud Mental del Equipo Itinerante, en el Hospital de Juanjuí, por sentir angustia intensa y decaimiento anímico marcado, con insomnio y llanto frecuente. Llega sola al hospital, por convocatoria de la Asociación de Afectados por Violencia Política de su localidad.

Enfermedad actual: La Sra. María refiere que hace tres meses empezó a experimentar sentimientos de soledad y tristeza. Su estado de ánimo ha ido empeorando desde hace un mes, a tal punto que no puede conciliar el sueño, llora frecuentemente y no encuentra salida a sus preocupaciones.

Su familia es originaria de esta región de la selva peruana, donde han permanecido pese a haber sido víctimas de la violencia política. Sus 2 hermanos fueron asesinados en 1987, cuando tenían 38 y 20 años, por fuerzas militares. Una hermana quedó inválida a consecuencia de actos de tortura.

* Médico Psiquiatra. Jefa del Departamento de Promoción de la Salud Mental del Hospital Hermilio Valdizán. Ex Coordinadora de Equipos Itinerantes de Salud Mental.

Historia Familiar

La Sra. María vive con su padre, de 91 años de edad, quien padece de osteoartrosis.

También vive con su hermana inválida, quien padece paraplejía desde 1987, como consecuencia de la tortura sufrida a manos de elementos militares. Tiene una hija de 38 años, producto de violación.

Historia Psicosocial

La Sra. María nació y fue criada en una ciudad de la selva peruana. Sus padres se dedicaban a labores agrícolas. Debido a que su casa quedaba lejos de la escuela donde estudiaba, se quedaba a vivir en casa de sus tíos en la época escolar.

Cuando tenía 11 años de edad, un primo suyo de 18 años intentó abusar sexualmente de ella mientras dormía.

Se comprometió a los 19 años con un joven que estudiaba Derecho, amigo desde la infancia, las familias de ambos se conocían por mucho tiempo y estaban de acuerdo con la relación. Decidieron esperar a que él terminara la carrera antes de casarse. Mientras tanto, ella terminó sus estudios de Educación y empezó a trabajar como profesora en una escuela de la localidad.

Cuando tenía 21 años de edad, un compañero de trabajo, después de haber estado reunidos con un grupo de amigos, le dio un vaso de gaseosa con hipnótico. Ella despertó posteriormente a haber sufrido agresión sexual. Como consecuencia de este hecho, quedó embarazada y rompió su compromiso. El agresor quiso casarse con ella, a lo cual se negó rotundamente. Después de lo sucedido, nunca más quiso establecer compromiso alguno, pese a haber tenido algunos pretendientes, ya que quedó muy desconfiada de los hombres en general.

En 1987 se produjeron hechos sangrientos que afectaron a sus familiares. En el mes de marzo, asesinaron a su hermano de 38 años, quien sostenía a la familia; en el mes de agosto, asesinaron a

su hermano de 20 años, quien había ido a trabajar a otra localidad. Ese mismo año, mientras estaban en la chacra, su hermana fue llevada por elementos militares y sometida a tortura, quedando con secuela de invalidez. En este tiempo, también fue testigo de tortura de compañeros de trabajo.

La Sra. María está retirada de la actividad docente, percibe un salario de jubilación con el que ayuda al sostenimiento de su padre de 91 años y de su hermana inválida.

Eventos traumáticos de acuerdo a la Escala para Trauma de Harvard

1. Privación de bienes materiales (por ejemplo: comida, cobija)	+	
2. Condiciones de guerra	+	
3. Daño físico	+	
4. Encarcelamiento forzado y coacción		-
5. Tortura		-
6. Forzado/a a herir o matar a otros		-
7. Desaparición y/o muerte de seres queridos	+	
8. Testigo de actos violentos hacia otros	+	
9. Daño cerebral (traumatismo encéfalo craneano)		-

La exploración con el Cuestionario de Síntomas Hopkins-25, confirma la presencia de síntomas depresivos. También se aprecia la presencia de algunos síntomas de estrés postraumático con el Cuestionario para Trauma de Harvard.

Examen mental:

- Adecuado arreglo personal, colabora con la entrevista.
- Atenta, orientada en tiempo, espacio y persona.
- Memoria remota y reciente conservada.
- Tono afectivo disminuido, labilidad emocional, ansiedad moderada. Sentimientos de soledad y desesperanza. Niega ideación suicida.
- No presenta signos de psicosis.

Problemas físicos: Hipertensión arterial. Síndrome menopáusico.

TRATAMIENTO INTEGRAL

Si deseamos un tratamiento que abarque los diferentes aspectos que conforman el mundo de una persona afectada por la violencia debemos partir del hecho que éste debe desarrollarse al interior de su comunidad y, por ello, resulta esencial implementar programas de atención de salud mental en atención primaria.

El caso presentado fue evaluado en un Hospital General del interior del país. Su seguimiento fue encomendado a un médico general, capacitado por el equipo itinerante de salud mental. La evaluación realizada llevó a un diagnóstico de Episodio Depresivo moderado, por el cual se le instaló medicación antidepressiva y ansiolítica: Fluoxetina 20 mg/día, Clonazepan 0.5 mg/noche. El mismo médico también controlaba la evolución de los diagnósticos de hipertensión arterial y de síndrome menopáusico, de tal forma que se afianzaba el vínculo terapéutico.

Es menester tomar en cuenta la dimensión biopsicosocial del individuo de tal forma que no se descuiden áreas relevantes: Relaciones familiares y de pareja, de trabajo y estudio, comunitarias, de grupo y de amistad.

En el caso de María se observa el resquebrajamiento de una relación de pareja formal, con un cambio radical en sus planes de vida marital, debido al abuso sufrido y el consecuente embarazo no deseado. Sus redes de apoyo familiar y comunitario también fueron gravemente lesionadas debido al fenómeno de guerra interna que les tocó vivir.

El daño a su proyecto de vida, entendido este como la autonomía ejercida para elegir opciones que ayuden a alcanzar la realización personal, se produjo en distintos momentos en la vida de María: en la juventud y en la madurez, lo cual le genera situaciones de desesperanza que devienen finalmente en un cuadro depresivo.

Desde el punto de vista clínico, se requieren entrevistas sucesivas que permitan fortalecer el vínculo terapéutico, el que será determinante en un replanteamiento de los recuerdos traumáticos experimentados por la paciente, contextualizarlos en el pasado y rescatar la capacidad demostrada para superar los momentos de crisis, pese a no haber recibido ayuda terapéutica previa. La escucha activa, el sincero interés por su relato y el deseo de ayudarla a superar su sufrimiento emocional, serán elementos esenciales en este período de acompañamiento. La efectividad del mismo se hará visible no sólo en lo relacionado a su salud mental, sino también en un mejor control de sus problemas físicos.

La familia deberá ser incluida en la intervención, al haber sido tan severamente afectada por la muerte y desaparición de los hermanos, así como por las graves secuelas de tortura de la hermana, que la han conducido a un estado de invalidez.

Desde el punto de vista grupal y comunitario, se deben afianzar los lazos con las amistades; por ejemplo, el pertenecer a un grupo de oración le ayuda en el ámbito espiritual. Ser miembro de una organización de afectados por violencia política, le permite asegurar un justo reclamo a que se atiendan sus derechos de reparación individual y colectiva.

VIOLENCIA ESCOLAR (*Bullying*) EN COLEGIOS ESTATALES DE PRIMARIA EN EL PERÚ

MIGUEL OLIVEROS, LUZMILA FIGUEROA, GUIDO MAYORGA,
BERNARDO CANO, YOLANDA QUISPE, ARMANDO BARRIENTOS

“Los hombres hemos aprendido a volar como los pájaros, hemos aprendido a nadar por las profundidades del mar como los peces, pero no hemos aprendido el noble arte de vivir como hermanos”.

INTRODUCCIÓN

La agresión, intimidación o acoso entre escolares recibe la denominación universal de “*bullying*”⁽¹⁾. Esta es una de las formas de violencia que más repercusión está teniendo actualmente sobre las personas en edad escolar. Se trata de un anglicismo que se podría traducir como “matonismo” (*bully* significa matón y, *to bully*, significa intimidar con gritos y amenazas, maltratar a los débiles). Dan Olweus, psicólogo noruego, fue el primer investigador de este tema. Los estudios longitudinales en países escandinavos datan desde hace más de treinta años⁽²⁾.

Oñate y Piñuel, entienden que el *bullying* se refiere sólo al maltrato físico y que este constituye sólo una parte del total de conductas de hostigamiento y acoso que sufren los escolares; por eso, prefieren usar el término *mobbing*, normalmente reservado para el acoso laboral, pero lo traducen en este ámbito como acoso escolar y lo definen como “*un continuado y deliberado maltrato verbal y modal que recibe un niño por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objeto de someterlo, apocarlo, asustarlo, amenazarlo y que atentan contra la dignidad del niño*”⁽³⁾.

La Escuela debe preocuparse por formar buenos ciudadanos y darles educación para que, en el futuro, consigan empleos adecuados que les permita vivir con dignidad. El formar buenos ciudadanos implica “**educación en valores**”, integrar la capacidad para ejercer derechos y deberes, aprendiendo a respetar a los demás, complementando y fortaleciendo la educación que han recibido en el hogar⁽⁴⁾.

Un elemento primordial es enseñar a convivir evitando conflictos y favoreciendo el ejercicio de la disciplina. Para conseguirlo se requiere una relación Familia-Escuela adecuada, herramienta clave para solucionar los problemas que se observan cotidianamente en el área escolar. La educación de la niñez y juventud debe ser compartida por estos dos estamentos socializadores, el hogar y la escuela, los que deben contribuir, en partes iguales, a la formación integral de los educandos ⁽⁶⁾.

El **acoso escolar** es un tipo específico de violencia que se caracteriza por:

- Desigualdad entre acosador y víctima, debido generalmente a que el acosador (el matón) suele estar apoyado por un grupo que le sigue en su conducta violenta, mientras que la víctima está indefensa, no pudiendo resolver por sí misma la situación de acoso.
- Ser repetitiva y prolongada, con el riesgo de incrementar gradualmente su gravedad.
- No necesitar provocación previa por parte de la víctima.
- Inacción o falta de solidaridad debido a la ignorancia o pasividad de los alumnos que rodean a los agresores y a las víctimas sin intervenir directamente.
- Comprender diversos tipos de conducta violenta, iniciándose generalmente con agresiones de tipo social y verbal e incluyendo después también coacciones y agresiones físicas ^(6,7).

El objetivo del estudio fue conocer en escuelas estatales de primaria la prevalencia de esta manifestación de violencia (acoso escolar o “*bullying*”), el conocimiento sobre ella y la respuesta de los compañeros de clase, padres, maestros y amigos al enterarse de esta agresión.

METODOLOGÍA

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos ha desarrollado un Programa de Atención Integral a Víctimas de la Violencia Política.

Esto ha permitido acercarnos a diversas comunidades y efectuar un estudio de la Violencia Escolar (*bullying*) en Colegios Nacionales y Privados de Ayacucho, Cusco, Junín y Lima Este, lugares que, en el pasado, fueron afectados por terrorismo ⁽⁸⁾.

Se realizó un estudio transversal para determinar la prevalencia del *bullying* y los factores de riesgo asociados a su presencia en las cuatro localidades señaladas en el párrafo previo. Se recomendó a los directivos de esas escuelas sensibilizar a los alumnos y maestros enfatizando valores como autoestima, asertividad, respeto y tolerancia para promover una cultura de paz. Se les proporcionó, además, un CD sobre *bullying* para que aumentara su conocimiento sobre violencia, las diversas variedades de agresión, y las consecuencias que pueden resultar en daño físico y psicológico.

Población y muestra

Participaron los alumnos de 5to y 6to de primaria que habían sido seleccionados al azar, pertenecientes a los colegios estatales de las localidades estudiadas, los que habían sido sensibilizados e instruidos al respecto.

Se encuestó a 916 alumnos que tenían la distribución siguiente:

- Col. Mariscal Cáceres, Ayacucho 194 (21,2%).
- Col. Inmaculada, Sicuani (Cusco) 303 (33,1%).
- Col. Mariscal Cáceres, Ñaña (Lima) 203 (22,2%).
- Col. Rafael Gastelúa (Satipo) 216 (23,6%).

Instrumento

Se utilizó un instrumento empleado en estudios previos ⁽⁹⁾, previamente validado. Consta de 30 preguntas, 29 de ellas cerradas, las que investigan al alumno como agresor, agredido u observador de los actos de intimidación; la conducta de los padres, maestros y autoridades, así como el manejo de este problema en el colegio y el entorno donde viven. Las preguntas eran explicadas cuando fue menester. Se empleó, además, una Guía construida para homogenizar la manera de hacer las preguntas.

Aspectos Éticos ⁽¹⁰⁾

Previamente, se solicitó permiso a las autoridades escolares, explicándoles los beneficios que se podían obtener al conocer mejor este problema de violencia.

Se protegió la confidencialidad por medio del anonimato de las encuestas.

Se respetó la autonomía de los alumnos al dejar abierta la posibilidad voluntaria de participar.

Estadística

Se efectuaron estudios univariados, de asociación y regresión logística.

RESULTADOS

El 55% de los alumnos encuestados correspondió a varones y el 45% a mujeres. La prevalencia hallada de *bullying* fue de 48% en promedio, con cifras similares en hombres y mujeres, llamando la atención el “Código de Silencio” reinante. Un 34% de los escolares agredidos no comunica a nadie el drama que está viviendo; a un similar porcentaje de compañeros no les interesa defender o protestar por el maltrato que están observando. Alrededor del 25% de maestros y padres de familia, no reaccionan ni “protegen” a las víctimas y este proceso se perpetúa.

La forma de agresión más frecuente fue la verbal y se caracterizó por llamar a los compañeros con apodos. La discriminación ocupó el tercer lugar en la lista de tipo de agresiones.

Tabla 1. Características de la intimidación “bullying” en alumnos de primaria de colegios estatales (n = 916).

Variables	N° casos	Porcentaje (%)
Intimidación		
Si	412	48,0
Clase de Intimidación		
Física	319	34,8
Verbal	360	34,5
Psicológica	87	9,5
Sexual	43	4,7
Individual o en Grupo		
Un alumno	499	54,5
Varios alumnos	311	34,0
Tipo Intimidación		
Apodos	641	70,0
Golpeado	210	22,9
Discriminado	185	20,2
Escupieron	108	11,8
Pidieron algo	103	11,2
Acoso	102	11,1
Despojaron	79	8,6
Por correo electrónico	60	6,6
Llamaron homosexual	40	4,4
Comunicó a padres		
Si	287	36,4
Actitud maestro		
Llamó la atención	332	40,6
Llamaron a papás	228	27,9
Llevó a Dirección	56	6,8
Nada	202	24,7
Reacción de padres		
Queja al colegio	245	29,6
Conversó con padres agresor	317	38,3
Comunicó a la policía	40	4,8
Consultó abogado	4	0,5
Nada	221	26,7

El tipo de agresión varía en un gran rango que va, desde colocar apodosos y golpear hasta despojar a los agraviados de dinero o sus loncheras, siendo otra variedad del acoso, escupir, discriminar, forzar a hacer algo que no quieren las víctimas y el mal uso del correo electrónico. Otros hallazgos preocupantes han sido las amenazas con navaja y armas de fuego con cifras cercanas al 10% y una similar prevalencia del consumo de marihuana o de Terokal.

Tabla 2. Tipos de violencia. Perfil del agresor y de las víctimas.
Actitud de los compañeros. Participación en pandillas.

Variables	N° casos	Porcentaje (%)
Tipo de violencia		
Golpes	544	76,6
Ahorcar	82	11,5
Uso de navaja	72	10,1
Uso de arma de fuego	12	1,7
Consumo de drogas		
Cigarros	253	55,2
Alcohol	113	24,7
Terokal, pasta básica	60	13,1
Marihuana	32	7,0
Agresor		
Tiene "collera"	314	24,3
Grande y fuerte	269	21,3
Expulsión previa	260	20,1
Habla muchas lisuras	231	17,8
Contento si insulta o pega	214	16,5
Víctima		
Asustadizo	466	37,1
Pequeño y débil	269	21,3
No responde a agresiones	262	20,8
Muy callado	168	13,3
Todos lo molestan	94	7,5
Actitud compañeros		
Lo defendieron	316	34,5
No lo defendieron	370	65,5
Pandilleros		
Si	311	36,2

La presencia de pandilleros fue informada por el 36% de alumnos. Un 10,2% manifestó haber necesitado de psicólogo o médico por problemas de salud asociados a las amenazas constantes.

Al preguntar a los alumnos sobre las medidas más efectivas para frenar o desterrar el “*bullying*”, eligieron las educativas, tales como “comunicar la agresión a los auxiliares o tutores”, las mismas que necesitan de tiempo y difícilmente van a ser usadas por las víctimas. Un número significativamente menor prefirió medidas prácticas o ejecutivas como el uso de “un buzón para depositar anónimamente las quejas” o informarlas por teléfono o correo electrónico.

El 34,2% de las víctimas no comunicó el hecho a nadie. Los estudios de asociación y regresión logística sólo mostraron significación estadística de bullying con la variable falta de comunicación con una $p=0,000$, $OR=1,94$, y un intervalo de confianza al 95% (1,44 - 2,61).

DISCUSIÓN

El *bullying* es un fenómeno universal. Son muchas las investigaciones que han señalado sus características, pero en cada país se aprecian diferencias entre las cualitativas y cuantitativas del maltrato entre iguales ^(6,7,9).

Los movimientos a favor de los derechos humanos han resaltado la importancia del respeto a las personas y su dignidad, considerando totalmente inaceptables los comportamientos que implican una agresión física o verbal, una falta de respeto, discriminación, marginación o acoso. Las consecuencias de una conducta agresiva y discriminatoria sobre las personas e incluso sobre quienes las ejecutan, tiene consecuencias muy graves, más aún cuando ocurren a edad temprana, dejando secuelas para toda la vida ^(11,12-14).

El Colegio es una institución que vela por la socialización de sus educandos, permanente formación en valores los que se transformarán en hábitos de vida, donde el maestro debe estar imbuido de mística y aportar elementos positivos para la formación integral de los alumnos, desterrando todo tipo de abuso o acoso, fortaleciendo el respeto, tolerancia y asertividad ⁽¹⁵⁾.

La familia es la piedra angular de la sociedad y en ella se inicia la llamada socialización primaria, la que luego se complementará en la escuela. Ha sido preocupante conocer que la cuarta parte de los padres conocen del abuso que están cometiendo con sus hijos y sin embargo no acuden al colegio a requerir información o valoran la importancia de la protección que debían brindar a sus hijo, hecho compartido por otros autores ^(4,5).

La alta incidencia de *bullying* cercana al 50%, nos indican la existencia de situaciones de conflicto que alteran la convivencia y resienten el clima escolar. Bauer reporta en Washington, Seattle una incidencia de 73% de niños entre 6 y 13 años de edad victimizado por sus pares, siendo más frecuente en niñas ⁽¹⁸⁾.

Los diferentes tipos como se practica el *bullying* han sido descritos de manera similar en otras latitudes y traducen la violencia existente variando desde la agresión verbal utilizando apodos e insultando, discurriendo por la agresión psicológica ejemplificada por la discriminación, llegando en casos extremos a los golpes, ahorcar o el uso de arma blanca y de fuego. No podemos soslayar actitudes matonescas como el despojo de pertenencias o el chantaje económico efectuado por compañeros que siempre actúan en grupo ^(6,9,12).

Otra variedad es el acuerdo tácito para hacerles el vacío y aislarlos completamente de los trabajos de grupo, ignorándolos e impidiendo que compartan las actividades estudiantiles. Muchas veces el *bullying* se acompaña de mofas, burlas, tareas forzadas o humillaciones públicas, las que resienten la autoestima y favorecen la depresión, deserción escolar y en situaciones extremas hasta el suicidio ⁽¹⁻⁷⁾.

Estas situaciones se agravan por la falta de solidaridad de aquellos alumnos que comparten las escenas como espectadores, por la indolencia de maestros, el silencio de las víctimas y la desatención de los padres cuando conocen el problema.

Se han establecido diferencias entre el acoso que sufren los alumnos de Primaria y los de Secundaria. Así, el perfil de la víctima de malos tratos en Primaria es el de un niño que experimenta sentimientos de abatimiento (tristeza), recibe sobre todo agresiones físicas y verbales y tiene que soportar un maltrato más extenso (es agredido de diversas

formas), mientras que en Secundaria se sienten indefensos (rabia, no poder hacer nada), preocupación por sí mismos (imagen que puedan tener de él) o no sienten nada, al tiempo que reciben un maltrato más psicológico, indirecto y más selectivo (es como si no necesitara de abundantes agresiones para que el sometimiento y el sentimiento de ser victimizado aparezcan) ^(11,14).

El maltratador-intimidador, en Primaria ‘se siente superior’ y ‘le preocupa lo que puedan pensar los demás de él’, mientras que en Secundaria el niño que maltrata dice ‘divertirse’, piensa que ‘se lo merecen’.

Una investigación llevada a cabo en España concluye que, pese a la relevancia que el tema ha adquirido en los últimos tiempos en los medios de comunicación, todavía el 24% de las víctimas oculta el maltrato a padres, profesores y amigos. En nuestro estudio el 34% no comunica el maltrato a nadie y un porcentaje similar no le recrimina su actitud al agresor, lo que les hace sentirse impunes y a las víctimas, aún más impotentes ⁽²⁾.

La única manera de combatir el maltrato es la cooperación entre todos los involucrados alumnos, padres de familia y profesores

Los padres deben ser modelos positivos, ejemplares; hablar con los hijos ayudándolos a solucionar sus problemas, educarlos en valores de respeto y tolerancia, definir normas claras y consistentes, promover el establecer amistad con compañeros de conducta normal, estimular alguna afición que fomente habilidades, enseñarles a solucionar conflictos pacíficamente, e involucrarse en la educación escolar ^(15,16).

La víctima de acoso escolar suele generar a mediano plazo cuadros de Estrés Postraumático que, cronificándose, van a dar lugar a cambios permanentes en la personalidad infantil quienes en la edad adulta serán futuras víctimas, vulnerables a otras formas de acoso y violencia. Nos referimos al maltrato doméstico y al acoso laboral o mobbing ⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

“Todo centro escolar es una organización peculiar con una cultura moral propia, provee a sus miembros un marco referencial para interpretar y actuar, como conjunto de significados compartidos por

sus miembros, que van a determinar los valores cívicos y morales que aprenden alumnos y alumnas. Este conjunto de normas, supuestos tácitos, creencias y valores se manifiestan en diversos rituales regularizados, reflejados normalmente en la cara informal de la organización del Centro, contribuyendo a “socializar a los sujetos” recibiendo la denominación de “Currículum Oculto”^(15,16).

Los aprendizajes que se derivan de este peculiar mecanismo afectan no sólo a los alumnos/as sino también, y de manera especial, al profesorado. En efecto, al incorporarse a una institución, se produce un apropiamiento de la cultura de la misma, unas veces por convencimiento y otras por una reacción de sobrevivencia.

Este acoso entre iguales (*bullying*) que se produce entre el alumnado, se relaciona con problemas psiquiátricos lo que nos ha llevado a elaborar algunas sugerencias para el manejo en la escuela^(17,19).

¿Quién va a decir que no es necesario educar en valores? Ahora bien, bajo ese paraguas conceptual, hay quien inculca, quien meramente instruye, quien socializa o quien verdaderamente educa. ¿Qué diferencias existen entre estos conceptos? No es preciso recordar que, algunas veces, el lenguaje sirve para entendernos y liberarnos y, otras, para confundirnos.

Se recomienda facilitar algún instrumento que permita detectar la incidencia de agresiones. Pueden ser entrevistas, cuestionarios, listas de chequeo, cualquier método que sirva de comunicación para las víctimas, por que romperá el mayor aliado de los agresores “la ley del silencio”. Además esos instrumentos nos aportarán información que nos permita efectuar intervenciones.

REFERENCIAS

1. Olweus D. Stability of aggressive reaction patterns in males. A review. *Psychological Bulletin*. 1979;86(4):852-75.
2. Foro Bullying- Acoso escolar. Disponible en: www.el-refugioesjo.net/foro/viewtopic
3. Oñate A, Piñuel I. Informe Cisneros VII: “Violencia y acoso escolar en alumnos de Primaria, ESO y Bachiller”. Instituto de Innovación educativa y Desarrollo directivo. Madrid, 2005.

4. Serrano SA, Iborra I. *Violencia entre compañeros en la escuela*. Centro Reyna Sofía. España, 2005.
5. ONG Protégeles. *Convivencia en el Aula*. Disponible en: convivenciaeducativa.blogspot.com
6. Olweus D. Aggression and peer acceptance in adolescent boys: two longitudinal studies of ratings. *Child Development*. 1978;48:1301-13.
7. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35:1171-90.
8. UNMSM. *Diplomatura de Atención Integral a Víctimas de la Violencia*, 2005.
9. Oliveros M, Barrientos A. Incidencia y Factores de riesgo de la Intimidación "Bullying" en un Colegio particular de Lima, Perú. *Revista Peruana de Pediatría*. 2007;60(3):150-5.
10. Salas AL. *Formación Ética y Cívica en la Escuela primaria*. Secretaría de Educación Pública Mexico, 2002.
11. Iñaki Piñuel. El bullying afecta a un 23% de niños entre 2º de Primaria y 1º de Bachillerato. Disponible en: www.acosoescolar.com/entrevistas/entrevista
12. Gómez A, Gala FJ, Lupiani M, Bernalte A, Miret MT, Lupiani S, Barreto MC. El "bullying" y otras formas de violencia adolescente. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2007;13(48-49):165-77. ISSN 1135-7606.
13. Cicchetti D, Coth SL. The development of depression in children and adolescents. *Am Psychol*. 1998;53:221-41.
14. Santos Guerra MA. *Currículum oculto y aprendizaje en valores*. Universidad de Málaga. El Refugio, 2006.
15. Torres J. *El currículum oculto*. Madrid: Ed. Morata; 1996.
16. Avilés Martínez José Ma. *Bullying. Intimidación y maltrato entre el Alumnado*. Stee-Eilas. España, 2001.
17. Bauer N, Herrenkohl T, Lozano P, Rivara F, Hill K, Hawkins J. Childhood bullying involvement and exposure to intimate partner violence. *Pediatrics*. 2006;118(2):e235-e242.
18. Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I, Almqvist F, Kresanov K, Sirkka-Liisa L, Moilanen I, Piha J, Puura K, Tamminen T. Bullying and Psychiatric symptoms among elementary school age children. *Child Abuse & Neglect*. 1998;22(7):705-17.

ALCOHOLISMO Y VIOLENCIA

CARLOS SAAVEDRA CASTILLO

INTRODUCCIÓN

El consumo excesivo de alcohol es una de las causas más frecuentes de transgresiones sociales violentas tales como violaciones y riñas, prácticas sexuales sin medios de protección, abandono familiar y laboral.

Manuel Peña ⁽¹⁾, representante de OPS/OMS en el Perú, indicó que la OMS había lanzado el pasado junio, el Informe sobre la Situación Mundial de la Seguridad Vial, el cual, por primera vez, brinda una visión clara sobre este problema en 178 países.

El alcohol ocupa el primer lugar entre los riesgos para la salud en los países de las Américas -excepto en Canadá y Estados Unidos, donde ocupa el segundo lugar-, según una publicación de la Organización Panamericana de la Salud, 2005 (OPS) ⁽²⁾.

Matriestela Monteiro, mencionada por Sherman Sheryl, experta en alcohol y abuso de sustancias tóxicas, dice: “El mayor error que se comete es pensar que el problema del alcohol es la dependencia del mismo o alcoholismo”. Señalando, además, que “los homicidios, accidentes de tránsito y suicidios, las conductas violentas, la violencia doméstica, el abuso o el maltrato de niños y la negligencia, ocurren en ocasiones en que se ha bebido mucho, aunque resulta que la mayoría de dichas personas no son alcohólicas” ⁽²⁾.

Alcohol y Alcoholismo en la cultura actual

Debemos ser conscientes de que el consumo abusivo de alcohol u otros tóxicos aumenta considerablemente la probabilidad de ocurrencia de hechos violentos en el seno familiar, ya que el alcohol es uno de los estímulos que más desequilibran los mecanismos vinculados a la agresividad, especialmente cuando interactúan con pequeñas frustraciones de la vida cotidiana ⁽³⁾.

Algunos de los efectos provocados por el abuso de drogas y alcohol, se incluyen en los criterios del DSM IV para dependencia y abuso de sustancias ⁽⁴⁾. El alcohol, es la droga psicoactiva más usada en América y, también, la más abusada. Sus efectos son dramáticos sobre el humor, la conducta y el pensamiento; su uso crónico es perjudicial para la salud, la familia y la sociedad, y, aunque resulte paradójico, es aceptada por la sociedad por desconocimiento. ¿Cuántos libros y artículos de revistas han sido titulados "Drogas y alcohol", en los cuales no termina de incluirse en la categoría de drogas. Más aún, encontramos que en ciertas clasificaciones se le ubica en la categoría de droga blanda, minimizándose, así, los peligros que conllevan su uso ⁽⁵⁾.

La utilización de bebidas alcohólicas viene desde épocas muy antiguas. Las civilizaciones china y egipcia, y la cultura mesopotámica, ya usaban el vino, aunque con carácter ritual. Así, las bebidas alcohólicas han estado presentes en todas las culturas y civilizaciones. La escalada de consumo que se observa en la mayoría de países, ha sido notable en los últimos treinta años. El consumo mundial per cápita ha aumentado de 30 al 500 por 1000, en diversos países. En 1977, la OMS propuso que se dejara de hablar de alcoholismo para hacerlo, más bien, de "problemas relacionados con el alcohol" ^(6,7).

El consumo de alcohol es un hábito, que forma parte de los llamados estilos de vida, siendo culturalmente aceptado por la mayoría de países occidentales. Por tanto, no se trata sólo de un comportamiento individual, sino que se encuentra fuertemente influenciado por las normas sociales y por el contexto socioeconómico y cultural de la persona. (Figura 1).

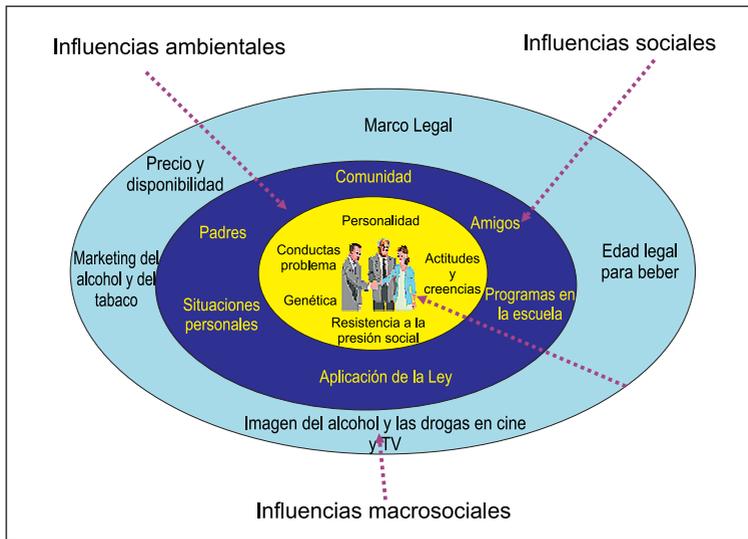


Figura 1. Tomado de Cachay Chávez, C (2000).

Cambios en estos contextos se acompañan de cambios en el uso/abuso de alcohol.

El abuso de alcohol produce dependencia física y psíquica, inclusive el Síndrome alcohólico fetal y efectos nocivos del alcohol sobre el feto ⁽⁶⁾.

La OPS ⁽⁸⁾, nos muestra que en el 2002, en la población de 12 a 64 años, la prevalencia de vida de consumo de alcohol fue de 94,2% y que el inicio de consumo de alcohol se ha venido adelantando en los últimos años.

La III Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas ⁽⁹⁾ (DEVIDA, 2006) revela que el alcohol representa el mayor índice de consumo (34.5 % de la población entrevistada lo había consumido en el último mes). El consumo de alcohol (63%) dependiendo de su característica de consumo; además, los encuestados reconocieron signos de dependencia al alcohol y que el mayor consumo de alcohol se registraba en el grupo etario de 26 a 35 años (74.0%). Es, altamente significativo, también, encontrar que el riesgo de accidentes llega a

ser el doble —específicamente accidentes de tránsito— en los usuarios de alcohol, comparados con las personas que no reportan un uso actual o reciente.

Aproximadamente 10% de la población tiene problema con el uso de alcohol ^(2,7-11). Los hombres son más propensos a abusar del alcohol que las mujeres y muestran, también, más incidencia de consumo pesado. Factores biológicos, tales como predisposición genética; factores psicológicos, que incluyen vulnerabilidad al estrés y necesidad de lo novedoso; y factores socioculturales, que determinan actitudes de grupo y disponibilidad hacia el alcohol; todos ellos, en conjunto, contribuyen a generar vulnerabilidad para el alcoholismo en un determinado individuo. (Ver Figura 2).

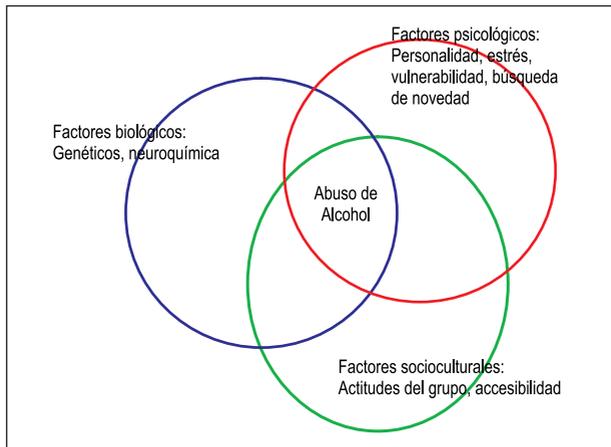


Figura 2. Factores que contribuyen a generar vulnerabilidad para el alcoholismo.

La enfermedad del alcoholismo no solo afecta al bebedor, sino también a su familia y al grupo social en que vive. El primer signo de alarma lo percibe la familia, por los desajustes que observa en el bebedor; empieza un cambio en el seno familiar, desacuerdo conyugal sin motivo aparente, maltrato a los hijos y a la pareja, pérdida de amigos y de la estimación de conocidos, todo lo cual ocasiona que el bebedor, poco a poco, se margine socialmente. Esta situación se

agrava por el hecho de no percibir las consecuencias ocasionadas por su enfermedad, insistiendo en que posee la misma capacidad de trabajo y habilidad para enfrentar los problemas familiares. Además, ocasionalmente se producen deficiencias temporales de las funciones cerebrales y del control de sí mismo, lo cual promueve agresividad y lo hace más vulnerable a los accidentes ⁽¹²⁾.

Violencia y Alcohol

Podría afirmarse que la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierde la vida por esta causa y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad.

Los efectos de la violencia se perciben día a día; incluso los medios masivos de comunicación se encargan de mostrarlas en forma cotidiana, constituyéndose en experiencia de nuestro diario vivir. Sobre ello, incluso, podemos experimentar sentimientos diversos que van desde la indignación hasta la indolencia,, sin encontrar quienes tomen cartas en el asunto. Otras consecuencias se arraigan profundamente en el entramado social, cultural y económico de la vida humana. Investigaciones recientes indican que aunque determinados factores biológicos y otros elementos individuales explican parte de la predisposición a la agresión, más a menudo interactúan con factores familiares, comunitarios, culturales y otros agentes externos para crear situaciones que favorecen el surgimiento de la violencia ⁽¹³⁾.

Todo análisis integral de la violencia debe empezar por definir las diversas formas que esta adopta con el fin de facilitar su medición científica. Hay muchas maneras posibles de definirla. La Organización Mundial de la Salud (1996) la define como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privación”.

La violencia, de una forma sencilla y comprensible, se podría afirmar, “que es el uso de la fuerza, abierta u oculta, con la finalidad de obtener, de un individuo o de un grupo, algo que no quiere consentir libremente”.

Acción directa o indirecta, concentrada o distribuida, destinada a hacer mal a una persona o grupo de personas, o a destruir, ya sea su integridad física o psíquica, sus posesiones o sus participaciones simbólicas.

Saavedra Castillo A ⁽¹⁴⁾ refiere que la violencia se ha convertido en un fenómeno ubicuo en nuestras sociedades, y, particularmente en el Perú, la violencia terrorista ha cobrado más de 69,280 muertes en las últimas dos décadas (1980-2000). A su vez, la violencia es un fenómeno que ha estado presente en nuestra cultura, marcando no sólo la historia social, sino también la historia de familias e individuos.

En su revisión, Saavedra ⁽¹⁴⁾, hace referencia a un estudio epidemiológico, (OGE, 1997), sobre violencia familiar realizado en 8 ciudades. Encuentran que el 84,7% de las víctimas fueron mujeres; los victimarios, en el 70%, pareja/conviviente, y en el 87%, entre los 15 y los 49 años. En cuanto al consumo de alcohol/drogas, el 60% estaba ecuaníme, pero el 35,6% estaba intoxicado por alcohol y otro 4,5%, por alcohol y otras drogas. Dentro de las causas atribuidas, los problemas familiares alcanzaron el 38,9%; los celos, 26,2% y las razones económicas, 11,9%.

El alcohol, junto al tabaco, son las drogas que mayor impacto sanitario y económico producen a nivel social. Nada menos que 2.3 millones de muertes ocurridas prematuramente en el planeta, son consecuencia del alcohol; un 3.7% de la tasa de mortalidad global, según la información que ha brindado la Organización Mundial de la Salud. No solamente se constata un daño directo debido a la ingesta sino que este consumo está asociado a graves problemas sociales como son los accidentes de tránsito, suicidios, crímenes, actos violentos, el desempleo y el absentismo, entre otros.

Las enfermedades y muertes ocurridas a causa de la violencia vienen aumentando en la región de las Américas. La violencia se ha

convertido, en muchos países, en un problema de salud pública dado el número de víctimas y la magnitud de las secuelas que produce.

La mortalidad por causas asociadas a la violencia es la responsable de los índices crecientes de mortalidad general y de los altos porcentajes de años de vida pérdidas ⁽¹⁵⁾.

Según Londoño (1996), mencionado en Forselledo ⁽¹⁴⁾ la región latinoamericana también presenta anomalías en la incidencia de problemas neuropsiquiátricos. Dicha incidencia es un 45% mayor a la del resto del mundo, y mucho mayor a la que se esperaría para su nivel de desarrollo. El ejercicio estadístico de asociación entre homicidios, nivel de desarrollo, e incidencia de trastornos psicológicos, generó resultados similares que los informados para el consumo de alcohol.

Los mayores índices de trastornos psicológicos están significativamente asociados con la violencia, aún después de descontar el efecto de contención de la educación y los asociados al alcoholismo. Hay abundante literatura científica en cada una de las ciudades del continente, indicando que un porcentaje muy alto de las víctimas y de los victimarios de la violencia ha tenido ingesta previa de alcohol.

Merece especial atención la asociación de accidentes con consumo de alcohol. Por el Análisis de la Situación de Salud del Perú (OPS/OMS, 2002), sabemos que juntamente con las defunciones por homicidio y suicidio, las defunciones por accidentes de vehículos de motor representaron el 3,6% de las defunciones medicamente certificadas en el 2000. Por otro lado, la tercera parte de la población de 12 y más años de Lima Metropolitana, fue víctima de algún acto violento durante 1997. El robo fue el delito a las personas más prevalente, con 18,5% de casos, mientras que el robo a la vivienda llegó al 12,1%. Además de ello, el 2,5% de personas sufrió de agresión física, con un rango que va desde el 3,0%, en el estrato socioeconómico bajo a 0,7%, en el estrato alto. De otro lado, 76,5% de los entrevistados percibe las agresiones verbales como el tipo de agresión sexual más frecuente, seguido de violación, intento de abuso sexual, roces o manoseos y gestos obscenos.

Si bien la violencia afecta a toda la población en general en la región, son los sectores más postergados y en desventaja social, los que resultan particularmente impactados. Los jóvenes, en especial los varones, se ven primariamente involucrados en los conflictos armados, en los desajustes sociales de carácter grupal tales como las bandas o maras, y en los delitos enmarcados en la pobreza y la desocupación laboral. Son los jóvenes los principales agentes y víctimas de la violencia homicida.

En el pasado ⁽¹⁶⁾, la sociedad casi siempre excusaba a los hombres por cometer actos violentos contra las mujeres cuando estaban embriagados. En la actualidad, la percepción de parte de la sociedad ha cambiado, no aceptando tal comportamiento. El alcohol y la violencia doméstica tienen vínculos asociativos. Se pueden transmitir de generación a generación; en ambos, involucran la negación y minimización del problema y, además, ambos se derivan de una necesidad de poder y control.

El destructivo hábito de beber y la violencia en el hogar, pueden existir antes del matrimonio. Los malos hábitos pueden comenzar en los días de citas en la adolescencia, algunas veces después de observar que los padres exhiben los mismos comportamientos.

Siempre que ocurran conjuntamente, el hábito destructivo de beber y la violencia, una pareja estará ejerciendo poder y control sobre la otra.

Una mujer que se convierte en víctima del abuso está en riesgo de abusar del alcohol y otras drogas para escapar del dolor y la vergüenza del abuso. Algunas parejas abusivas fuerzan a la mujer a beber o a tomar drogas bajo la amenaza de mayor violencia. La mayoría de las mujeres no se dan cuenta de que beber alcohol (en cualquier cantidad) las pone en riesgo de sufrir violencia.

El alcohol puede asociarse a la violencia doméstica, aunque uno no cause el otro. No todos los hombres que abusan del alcohol se tornan violentos. Algunos hombres son violentos beban o no.

Thierry Saignes ⁽¹⁷⁾ (1989) publicó en la Revista Andina, un artículo sobre “*las borracheras andinas*” en el que planteó que la embriaguez

sirve como un vehículo que permite a los campesinos acercarse a los seres espirituales y reafirmar su relación con lo sobrenatural y su identidad por medio de las memorias colectivas reactivadas durante el consumo ritual. Lo que la autora pretendía era rescatar la borrachera de la condenación colonial y eclesiástica por medio de una exploración de su lado positivo y creativo, capaz de fomentar la cohesión grupal.

La autora, destaca la asociación del alcohol y los rituales, que sirven como referentes para la identidad colectiva, la embriaguez problemática es la diaria; es decir, aquella desarticulada del calendario festivo o agrícola. Hay una distinción importante entre la “*borrachera sagrada*” y la “*borrachera cotidiana*”. Además, la chicha tradicional ha sido mayormente reemplazada por el alcohol industrial, un trago que es pura combinación química. En conclusión, no sólo han cambiado los patrones de embriaguez sino, también, el medio de lograrla.

Desde su perspectiva, enfatiza que el consumo de alcohol no es una práctica que existe fuera del contexto sociohistórico –un contexto obviamente alterado por la violencia política y los cambios culturales que la guerra trajo consigo–. Si bien, el alcohol y la llamada “*borrachera andina*” han estado presentes desde hace siglos, ello no implica que, tanto los motivos como el sentido de tomar, no hayan cambiado.

Adicionalmente, como los ejes de género y generación han sido centrales en sus preocupaciones, sus hallazgos permiten apreciar múltiples perspectivas sobre estos temas. Queda claro que dentro del autoentendimiento de muchos comuneros y comuneras entrevistados, hay un problema con el alcohol y la violencia, y una teoría local que vincula su alto consumo con la violencia experimentada y las memorias horribles difíciles de olvidar, como resultado del probable estrés postraumático, que han experimentado y aun no resuelven.

En la Investigación que realizó en 18 comunidades rurales del departamento de Ayacucho, las que expresan sus experiencias de la guerra, encuentra cómo la violencia prolongada altera a la persona, la familia y la comunidad. Entre las variables más relevantes que

detecta, señala la tendencia pronunciada respecto al trauma y el consumo de alcohol. En su trabajo de campo nota una predominancia de problemas relacionados con el alto consumo de alcohol y la expresión más angustiada del trauma en las comunidades donde la mayoría de los ataques y masacres fueron perpetrados por las Fuerzas Armadas y no por Sendero Luminoso.

Se encuestaron 99 varones, 112 mujeres y 91 niños, además de observar su comportamiento en la vida cotidiana y practicar entrevistas semiestructuradas en otras comunidades del departamento.

De los adultos encuestados, 41,5% presentaba pesadillas; de este porcentaje, 12,5% las tenían por motivos referidos a la violencia y muerte vinculadas a la guerra; el temor al ataque personal o a la persecución componían otro 13,2%. El temor al ataque personal tomaba varias formas, incluyendo amenazas de terroristas, de militares o borrachos. Adicionalmente, 89% de los varones y 91% de las mujeres encuestadas decían sufrir de tristeza. Las causas centrales eran semejantes para ambos sexos, entre las que se encontraban :

1) Extraña familiares (24%); 2) Pobreza (23%); y, 3) Violencia o muerte vinculada a la guerra (17%). Es notable que la desintegración de familiar y la pobreza del centro sur de Ayacucho, que se han investigado, eclipsen en cada comunidad los efectos directos de la guerra ⁽¹⁷⁾.

Según este estudio la relación entre alcohol y violencia ha sido sólidamente establecida: Sesenta y siete por ciento de los niños y niñas dicen que sus padres se emborrachan con frecuencia, y cuando están mareados les pegan todavía más. En las palabras de una madre, “sus padres les pegan cuando están mareados como una persona que ha tomado pólvora. Sin control pegan a sus niños”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Nacional 2009-2012 de la estrategia sanitaria nacional de accidentes de tránsito. OPS-Perú, 2009. Consultado el 15 de marzo de 2010. Disponible en: http://new.paho.org/per/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=583

2. Sharman Sheryl. Perspectivas de Salud. Revista de la Organización Panamericana de la Salud. 2005;10(1):19-23. Consultado el 04 de abril de 2010. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero21.pdf>
3. Fundación Salud y Comunidad. Violencia domestica y alcohol: cómo actuar desde el ámbito profesional de las drogodependencias. 2007. p. 4-5. Consultado el 02 de mayo de 2010. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/vdAlcohol1.pdf>
4. Clark , McClanahan, Kanas, Smith y Landry. Capitulo 17: Trastornos relacionados con sustancias : alcohol y drogas. En: Goldman H. Psiquiatría General. 5ta edición. México: Manual Moderno; 2000. p. 255-84.
5. Meyer & Quenser. Capítulo 9: Alcohol. Psychopharmacology: drugs, the brain, and behavior. Massachusetts, UA: Sinauer Associates, Inc. Publishers. Sunderland; 2005. p. 215-43.
6. Madrid Gutiérrez. Alcohol, adolescentes y jóvenes. En: XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente Talleres. 2002. Consultado el 02 de mayo 2010. Disponible en: <http://www.spapex.org/adolescencia02/pdf/taller3.pdf>
7. Saavedra Castillo Carlos. Alcohol y Alcoholismo. Revista Diagnóstico. 2010. (En prensa).
8. II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002, mencionado en Perú. La Salud en las Américas. Vol II Países. 2007. p. 642-3. Consultado el 15 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/peru2007.pdf>
9. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (De VIDA). III Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas. Lima: DeVIDA; 2006.
10. Saavedra Castillo Carlos. Capitulo 21: Alcoholismo. En: Perales A, Zambrano M, Mendoza, A y Vásquez Caicedo G (eds). Compendio de Psiquiatría "Humberto Rotondo". 1ra Edición. Editores. Lima: Centro Producción Editorial e Imprenta de UNMSM; 2008. p. 258-69.
11. Aragón, et al. Alcohol y metabolismo humano. En: Gual A. Monografía de Alcohol. Adicciones. 2002;14 Supl 1:23-42. Consultado el 15 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/alcohol.pdf>
12. Bolet Astovisa, Socarraz Suarez. El alcoholismo, consecuencias y prevención. Rev. Cubana Invest Biomed. 2003;22(1):25-31. Consultado el 02 de mayo de 2010. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol22_1_03/ibi04103.pdf
13. Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano. Informe Mundial sobre la Violencia y Salud. Publicación Científica y Técnica N° 588. 2003. p. 1-23. Consultado el 26 de abril de 2010. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_1.pdf
14. Saavedra Castillo, A. Violencia y salud mental. Acta Medica. 2004; XXI(1):39-50. Consultado el 09 de enero de 2010. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/acta_medica/2004_n1/contenido.htm

15. Forselledo Ariel. Políticas públicas para la prevención de la violencia juvenil y el consumo de drogas. 2002. p. 1-24. Consultado el 26 de marzo de 2010. Disponible en: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/UT3_Lectura%205.pdf
16. Menacho Chiok Luis. Violencia y alcoholismo. Capítulo 3: Relación entre alcohol y Violencia. MINDES Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Oficina de Trámite documentario y Archivo OTDA. 2006. p. 30-3. Consultado el 26 de marzo de 2010. Disponible en: <http://www.gestiopolis1.com/recursos7/Docs/eco/violencia-y-alcoholismo.htm>.
17. Kimberley Theidon. Domesticando la Violencia: Alcohol y las Secuelas de la Guerra. Revista del Instituto de Defensa Legal. 1999(120):56-63. el 23 de abril de 2010. Disponible en: <http://www.psicosocial.net/.../250-domesticando-la-violencia-el-alcohol-y-las-secuelas-de-la-guerra.pdf>

PERSPECTIVAS PSICOANALÍTICAS DE LA VIOLENCIA

SAÚL PEÑA KOLENKAUTSKY

Eros y Tánatos condensan la experiencia de vivir y de morir. Estas potencialidades se remontan a aquel espacio vivencial y personal en el cual tuvo origen la captación de la sexualidad y de la agresión, expresiones relevantes del instinto de vida y del instinto de muerte. Son inherentes a la naturaleza humana; se dan a través de las distintas entidades estructurales a lo largo de la vida, en las relaciones consigo mismo y con los demás. Se fundan en las polaridades vida/muerte, amor/odio, creatividad/destructividad, presencia/ausencia, estar juntos/estar separados, proximidad/distancia, sueño/represión, cuerpo/psiquis, continuidad/finitud.

El vínculo con el otro, la otredad, da razón de la propia sintonía, receptividad y participación. Esta experiencia incluye sentimientos, impulsos, fantasías, sueños, y manifestaciones depresivas, ansiosas, perversas, psicóticas y psicopáticas en interacción con la realidad externa, familiar, grupal, nacional y humana. Abarca los aspectos ideológicos, políticos, sociales, religiosos, éticos y culturales y los aspectos destructivos de estas entidades: prepotencia, abuso, crueldad, represión, violación de los derechos humanos, totalitarismo, genocidio; incultura, analfabetismo, pobreza, desnutrición, delincuencia, deshumanización y desafectivización.

El *Eros*, como expresión del instinto de vida –presente desde la célula germinal en los cromosomas y en los genes– y como esencia inherente al hombre, está íntimamente vinculado al *Tánatos*, expresión del instinto de muerte. Estos dos instintos tienen una raíz biológica; desde el encuentro entre el espermatozoide y el óvulo van integrando, diferenciando y desarrollando los aspectos hereditarios de estas dos células en su evolución embriológica. El protoplasma sería la matriz biológica de lo que –desde el punto de vista psicológico, social, cultural e histórico– será el Eros y el Tánatos.

La psicofisiología fetal podría postularse como el punto de partida de rudimentarias y arcaicas sensaciones que serían la

matriz del proceso de llegar a ser persona. Como el protoplasma, el sistema nervioso sería también la raíz neurológica de las entidades instintivas.

La paradoja que vive el hombre es que el deseo de amar se intensifica con la conciencia de la muerte y, paralelamente, el amor lleva implícito un sentimiento de muerte. La integración es un intento de equilibrio homeostático, como ocurre en la libidinización creativa de la agresión y en la agresificación creativa de la libido, por ejemplo, en el *Tánatos terapéutico*. La fusión de la agresificación destructiva de la libido y la deslibidinización destructiva de la agresión causa la violencia del genocidio, el homicidio, el suicidio, y otras manifestaciones de esta conducta humana.

El instinto de vida trasciende la tangible y placentera sexualidad biológica, incorpora la sexualidad psicoafectiva y alcanza, por medio del significado, la mutualidad, la creatividad, la realización existencial y la auténtica finalidad completiva. El instinto de muerte es algo tan visible como la vida; se impone, está sustentado en lo inevitable de la finitud. Esta no es solo una afirmación filosófica, es vivencial. Uno sabe que sus células se van desgastando, deteriorando, esclerosando; uno sabe que se va muriendo.

La mitología nos ofrece la posibilidad de entender estas entidades instintivas desde una perspectiva diferente. El mito es la inspiración humana idealizada, creativa y onírica, cuya génesis se sustenta en el deseo de inmortalidad y de continuidad de la vida después de la muerte; expresión poética, cultural, síntesis de la historia cotidiana, diurna y nocturna. En otras palabras, es el espejo histórico, representativo de un sueño cultural, el cuadro coherente del contenido oculto y del destino del sueño. Es la cópula entre el hombre y la divinidad.

Mito es sabiduría. Así como el juego es la experiencia cultural básica, el mito viene a ser el juego del niño adulto. Según la mitología griega, Eros fue hijo de Afrodita, diosa del amor, y de Ares, dios de la guerra; en la estructura del mito el amor está inseparablemente ligado a la agresión. Según otra versión, Eros es el hijo engendrado en Afrodita por su padre Zeus. Lo anterior es una insinuación de que la pasión sexual puede no detenerse ante el incesto. Según una tercera versión, Eros es el hijo de un huevo que la Noche depositó

en su hermano Erebo: en la mente del mito, la posibilidad de que la mujer sea varón impregnador y el hombre mujer fecundada, nos habla de la bisexualidad.

Siempre en la mitología griega, Tánatos, dios de la muerte, es hijo engendrado por Erebo en su hermana la Noche. El hecho de que Erebo sea el hijo de Caos y Tinieblas, padre impregnador para Tánatos y madre impregnada por su hermana Noche para Eros, muestra la fusión de la vida y de la muerte en la mente del mito.

Según la iconografía del antiguo Perú, en representaciones escultórico-cerámicas “huacos” y de esqueletos animados o “carcanchas”, para la imaginación de nuestros antepasados, la sexualidad no solo está presente en el mundo de los vivos, sino que continúa después de la muerte, en el Ucopacha, mundo de los muertos.

Es en 1920, con *Más allá del principio del placer*, que Freud introduce un viraje en su teorización sobre estos dos instintos ⁽¹⁾; parte del descubrimiento en su práctica clínica de que muchas tendencias psíquicas no parecen seguir el principio del placer, sino que buscan el displacer –neurosis traumática, compulsión a la repetición, que tienen como característica común, el volver a un estado anterior de cosas. Para comprender este hecho, Freud introduce el “principio de Nirvana” como fundamento de la pulsión de repetición que se opone al instinto de vida, plantea el problema del Tánatos como una tendencia inherente al hombre, que apunta hacia lo inanimado. Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia adentro y tienden hacia la autodestrucción, sustento relevante de los procesos patológicos; secundariamente se dirigen hacia el exterior, manifestándose entonces en forma de pulsión agresiva o destructiva.

Otros elementos clínicos que corroboran la existencia de la pulsión de muerte son la ambivalencia, la agresividad, el sadomasoquismo, el odio, la compulsión a la repetición y la destructividad social. La pulsión sexual en el hombre se halla íntimamente ligada a un juego de representaciones y fantasías que la especifican, solo al final de una evolución completa y aleatoria se organiza bajo la primacía de la genitalidad –unión de la sexualidad, de la psiquis y del amor– y encuentra entonces la finalidad del instinto.

A través de la experiencia clínica psicoanalítica se ha hecho tangible la necesidad de comprender el fenómeno de la agresión, así como el de la violencia y el miedo, en lo que se conoce como el propio mundo interno; tanto como los sentidos, y quizás aún más que los mismos, van a determinar cómo percibimos los objetos. Me refiero al mundo interno como un registro consciente e inconsciente, siempre presente: un constante agregado de experiencias que dan lugar a lo que se denomina la dialéctica del inconsciente.

La agresión carece de un registro fenomenológico de naturaleza histo-anatómica, a diferencia de la sexualidad o el sexo. A pesar de ello, la agresión configura una entidad íntimamente vinculada a la experiencia significativa de la vida, y de su compañera inevitable, la muerte. En otras palabras, estamos frente a una instancia que tiene que ver con la esencia del hombre.

Podemos referirnos a la agresión como aquella potencialidad sentida y vivida como biológica, inherente a la naturaleza del ser humano, que va desde su captación vivencial y experiencial como impulsos hasta su representación más abstracta y real en la muerte. Esta potencialidad depende en su expresión de las influencias del ambiente; primordialmente de las relaciones objetales primarias y de las vicisitudes del vínculo con la madre, el padre y entre ambos, continuando con el vínculo con los hermanos y otros significativos y próximos de la familia, experiencias del resto de la vida, cuya finalidad puede ser creativa, destructiva, saludable o patológica. Tiene una fuente identificatoria, primordialmente inconsciente, con la madre o el padre, la pareja o la familia violentógena que están internalizados en la realidad psíquica interna y una fuente reactiva a la influencia del ambiente, personas o circunstancias de diversa naturaleza.

Las divergencias que privilegian lo biológico o lo ambiental de la agresión representan una escisión de ambas entidades, que se dan sustento mutuamente y que, de hecho, no podrían existir la una sin la otra. La violencia vendría a ser la manifestación derivativa exacerbada de la agresión sentida o concretizada en un nivel psicológico, espiritual, físico y social del sujeto, del objeto, o de ambos.

El miedo sería la expresión representativa de la existencia de estos impulsos y su proyección que, al ser puestos fuera, son agregados a las experiencias traumáticas de la realidad externa y todo el proceso se vincula a la estructuración de una representación generadora de miedo.

Estas tres entidades, la agresión, la violencia y el miedo, son manifestaciones inevitables de la vida.

Es necesaria la comprensión de la agresión tanto en los aspectos transferenciales como contratransferenciales de la clínica. Su expresión onírica y sus relaciones con el proceso analítico, con la reacción terapéutica negativa, la repetición compulsiva y con el *acting out* y el *acting in*. Se debe ver la agresión desde sus perspectivas en la realidad externa, tanto en sus aspectos sociales como ideológicos, filosóficos y políticos; sus manifestaciones exacerbadas tales como el homicidio y el suicidio, su influencia en la psicopatología, las personalidades anormales, la neurosis, las perversiones, las adicciones, la psicosis, la psicopatía y, por último, en lo que se refiere a su utilización como elemento indiscutiblemente creativo: el Tánatos terapéutico.

Considero que los modelos anatómicos e histológicos de nuestra formación médica nos permiten aproximarnos al conocimiento de la anatomía y la histología psicológica de la agresión en su origen, no como la expresión parcial o limitada de un solo órgano de la psiquis, sino como un elemento constitutivo de la totalidad psicosomática del ser humano.

Por otro lado, y a pesar de estar íntimamente vinculadas dentro de una totalidad, las dos entidades instintivas, al mismo tiempo que mantienen su unión, conservan sus diferencias y su propia identidad. Pienso que la agresión se expresa tanto a nivel de célula como a nivel de tejido, órgano, sistema y totalidad. Considero que su expresión humana tiene un contexto filogenético, ontogenético, constitucional, metabólico, bioquímico, neuroanatómico y neurofisiológico.

Desde este punto de partida, se puede considerar que uno de los elementos que ha distorsionado y contaminado la identidad de la agresión es la confusión entre su origen e identidad básica, no solo

destructiva sino creativa, en la que se incluye la muerte como una expresión vital; todo lo cual es muy diferente de las expresiones patológicas de la agresión.

De ninguna manera se le puede adjudicar un carácter exclusivamente negativo o destructivo per se, sino que dentro de sus variables posibles, o como casi todas las demás potencialidades humanas, es un elemento cuyo desarrollo puede desviarse hacia la psicopatología.

La agresión posee una dialéctica intrínseca. Su funcionamiento empieza a un nivel de estímulo-respuesta. En los primeros meses y años de vida es casi simplemente un impulso, para llegar en determinado momento del desarrollo a una fisiología íntimamente vinculada al yo, sin debilitarse ni desprenderse de su carga superyoica y elitiva, en sus representaciones mentales afectivas y correspondiente a los sentimientos. En otras palabras, la musculatura, más que una localización anatómica de la agresión, viene a ser simplemente la efectora en la que se plasma en determinados momentos la síntesis de los elementos constitucionales, hereditarios, metabólicos y ambientales que la determinan. Paulatinamente sus manifestaciones irán adquiriendo representaciones reflexivas, pensantes, afectivas, ideológicas y filosóficas. Este proceso transforma tanto la agresión como la sexualidad en expresiones libres y responsables; la descarga no es suficiente, es necesario el significado.

La violencia y el miedo no son expresiones anatómico-psicológicas sino fisiológicas y psicológicas de la agresión.

La fisiología psicológica de la agresión tiene su punto de partida en el nacimiento. No obstante existen precursores. Entre ellos podemos mencionar factores que determinan cambios metabólicos, bioquímicos y de otra naturaleza, como son la relación entre los seres que concibieron al futuro bebé, si fue deseado o no, si fue concebido en un momento de amor y si durante el proceso de embarazo hubo manifestaciones depresivas, ansiógenas o de otra naturaleza psicopatológica.

Entre los elementos precursores de la agresión previa al nacimiento podemos señalar los movimientos del bebé dentro del útero de la

madre. En este punto cabe recordar el trabajo del doctor Baltazar Caravedo Prado sobre las actitudes regresivas en los esquizofrénicos, en el cual postula que las actitudes de flexión suceden a estados de pena, dolor, humillación, tristeza, oración, fastidio, tedio, debilidad e impotencia. Y todos los de extensión son actitudes de orgullo, placer, alegría, mando, victoria, fortaleza y satisfacción. Distingue la actitud de flexión como la defensiva, y la de extensión como la de cólera o sea la ofensiva, así como la ternura cuya tendencia es la flexión por el contacto y el egoísmo cuya tendencia es la extensión por afirmación. Manifiesta que en el adulto ambas tendencias vitales forman la base de sus emociones ⁽²⁾.

En el nacimiento, el llanto, la queja y la intensidad del pataleo son expresiones rudimentarias de la agresión y de la libido. Estas expresiones iniciales de dolor, sufrimiento y trauma son vislumbres de la primera manifestación de agresividad. Inmediatamente después del parto debemos considerar la relación del niño con su madre. Esta relación, en términos de agresión, es el resultado de la transacción o ecuación de la mutualidad agresiva de ambos, es decir, de la experiencia a través de la cual la madre pudo contener la agresión del bebé y cómo este pudo contener la agresión de la madre.

La diferencia está en que las finalidades libidinales, directa o sublimadamente, son específicas del impulso, en contraste con la agresión, cuyas finalidades y propósitos pueden ser de clases diferentes y extrañas. Así, por ejemplo, somos testigos de la fusión de la agresión con la libido en una serie de fines en los cuales hay predominio y privilegio de lo agresivo, como es el caso de la venganza, la guerra, el dolor, la lástima y el dominio, dictados por el yo y por el superyó. Así, situaciones de preservación personal pueden estar catectizadas por la agresión, y estados significativos de narcisismo y ambivalencia que pueden servirse de su utilización a favor de sus propios propósitos. El mayor número de defensas del Yo son igualmente efectivas con ambos impulsos.

La identificación con el agresor tiene un carácter predominantemente agresivo. Así como cuando la persona niega su agresión o se inhibe debido a que se enfrenta a entidades como el Estado, la policía, los militares, los tribunales de justicia, etcétera.

Debe destacarse la importancia de la verbalización como base de la civilización y de la expresión saludable de la agresión. Se adjudica a Freud la frase: “El primer humano que insultó a su enemigo en vez de tirarle una piedra, fue el fundador de la civilización”. Y en su trabajo *El porvenir de una ilusión*, desdénando establecer diferencia alguna entre cultura y civilización, señala que la cultura humana muestra al observador dos distintos aspectos: “Por un lado, comprende todo el saber y el poder conquistados por los hombres para llegar a dominar las fuerzas de la Naturaleza y extraer los bienes naturales con que satisfacer las necesidades humanas, y por otro, todas las organizaciones necesarias para regular las relaciones de los hombres entre sí y muy especialmente la distribución de los bienes naturales alcanzables”⁽³⁾.

En los trastornos de personalidad neuropáticos así como psicopáticos, existe una dimensión de la libido genitalizada y, en desmedro de ésta, una agresificación destructiva. Tal situación se expresa e interfiere en la relación de la persona consigo misma, con los demás y con el medio. En el caso de los neuropatas, la agresificación destructiva va dirigida contra sí mismos a través de un funcionamiento que lesiona, interfiere, distorsiona, minimiza la imagen de sí mismo, dificultando sus relaciones humanas.

En el caso de los psicópatas, la utilización seductiva y manipulativa de la libido es con fines de destrucción. Finalmente redundante en perjuicio de sí mismo, ya que se dirige a lesionar, herir o destruir al objeto; una violación utiliza la sexualidad con fines abusivos, prepotentes, dominantes y cobardes, es decir, es agresiva, destructiva y violenta.

En el caso de la personalidad histérica, tanto en lo que se refiere a la estructura como a sus características, vinculadas a la disociación y conversión, encontramos que la dramatización, sugestionabilidad, irritabilidad, sobre-erotización, baja tolerancia a la frustración, respuesta desproporcionada a los estímulos, son expresiones de una contaminación destructiva de la propia imagen, del verdadero *self*, en aras de una imagen falsa que pierde su identidad y que está lesionada y limitada para el logro de una posibilidad existencial auténtica. Frente a la dificultad para adaptarse a un mundo que no

puede satisfacer sus deseos, la persona histérica puede disociarse o tener manifestaciones conversivas. Considero la disociación como una luxación de la personalidad, mientras que la psicosis, especialmente la esquizofrenia, significaría una fractura.

Las manifestaciones conversivas generan destrucciones simbólicas de la visión, de la audición, del lenguaje, del olfato, del tacto, o pérdida de la sensibilidad de la función sexual, impotencia o frigidez; y de la motilidad, paresias o parálisis absolutas.

Puede conceptualizarse el sentimiento fóbico como el temor infundado a un objeto, persona, cosa, espacio o situaciones. Incluso si se trata de un objeto sexual, la situación traduce una contaminación agresivo-destructiva simbólica del objeto sustitutivo: de ahí el temor.

Hay personas que temen la posibilidad de ser libres y de amar; este temor es resultado de la contaminación por la amenaza y la significación destructiva que la persona les da a estas entidades.

En las neurosis obsesivo-compulsivas, el mundo de estas personas está lleno de necesidades de intelectualizar, racionalizar, controlar y persistir. Las ideas y pensamientos se transforman en obsesiones y estas en compulsiones que dificultan la existencia y destruyen la libertad y la posibilidad de la propia elección. La libertad es sustituida por un elemento invasor y destructivo en contra de su identidad.

En el caso de la depresión, las experiencias tempranas vinculadas a la separación, abandono, renuncia y muerte, dan lugar a la pérdida de autoestima, y a traumas que harán que la persona deprimida se identifique con el agresor, con el objeto muerto o perdido, que trate de lesionarlo o dirigir culposamente la agresión contra sí mismo, origen de las conductas homicida y suicida, respectivamente.

En las neurosis de angustia podemos hallar el ejemplo más característico de un conflicto vinculado a la agresión destructiva. El deprimido tiende a morir, destruirse, desaparecer; el angustiado lucha para sobrevivir. En la neurosis de angustia la libido lucha para sobrevivir a pesar de la permanente amenaza de la destrucción,

despersonalización, desintegración o fragmentación. Aquí podría decirse que la angustia es (como quizás toda la psicopatología) un grito en busca de verdad y vida.

En las perversiones predominan la presexualidad y preagresividad pregenitales. En otras palabras, la pregenitalidad se da no solo respecto de la instintividad sexual, sino también respecto de la agresiva. Hay un predominio de defensas regresivas y de fijación. Paradójicamente, a pesar de tratarse de fuentes, fines y objetos que en lo manifiesto tienen una identidad sexual, desde el punto de vista latente, la fuente, el fin y el objeto esconden una tendencia agresivo-destructiva contraria a la genitalidad, parcializando, limitando y desviando la relación de persona a persona.

Hay relaciones humanas que muchas veces parecen ser genitales pero encubren funcionamientos agresivo-destructivos. Por ejemplo, una relación que fenomenológicamente es genital puede traducir una relación oral dependiente con confusión intrapsíquica de órgano. Estas formas psicopatológicas traducen envidia, celos patológicos, posesividad, demanda, exigencia, control, insatisfacción, dependencia excesiva, etcétera, todas ellas, expresiones de evidente inseguridad.

En otros casos, una relación aparentemente genital encubre características anales, como mezquindad, constipación, avaricia. También puede encubrir una situación fálica en la cual la persona utiliza al objeto con fines masturbatorios.

En cambio, la relación genital se caracteriza por ser de persona a persona y con la finalidad de dar y recibir, en una mutualidad responsable, consistente, auténtica y trascendente.

En el caso de las psicosis maniaco-depresivas, la manía representaría la necesidad de asumir una identidad hipertrofiada y falsa, traduciendo no solo una pérdida de la identidad personal sino también de los objetos. La persona maniaca tiende a la idealización, mecanismo que esconde muchísima destructividad y que representa una defensa y escape de la profunda depresión de fondo y de la culpa a través de la inversión, la compensación, el reaseguramiento y la negación.

En la esquizofrenia, la agresividad destructiva fractura la personalidad, la escinde y contamina la afectividad: apatía; compromete la voluntad: abulia; la relación con el mundo: autismo; la relación con los objetos: ambivalencia; el pensamiento: enajenación. Hay además pérdida de la identidad del sujeto y del objeto, con proyecciones de angustia de persecución, amenaza y enloquecimiento, pérdida de la coherencia y de la integración, con agresiones a nivel de parálisis y pérdida casi absoluta de la relación con el mundo, como en el caso de la catatonia y la hebefrenia.

Las adicciones, la drogadicción o dependencia de drogas, el alcoholismo, la obesidad, la anorexia nerviosa son entidades en las que prácticamente se percibe una expresión de agresificación destructiva que traduce una manifestación no encubierta de la instintividad de muerte.

Esta modalidad de autodestrucción lenta, gradual, repercute no solamente en el individuo sino que se extiende a todas las manifestaciones psicopatológicas y sociopatológicas, vinculadas a la deshumanización, y que tienden a la represión, al sometimiento del hombre, a la pérdida de la libertad, al genocidio, racismo, pobreza, analfabetismo, nazismo y otras circunstancias sociales, económicas, políticas y éticas que necesitarían de un equipo multidisciplinario para su estudio.

La agresión libre de patología es una de las expresiones más creativas de la humanidad; gracias a ella se han establecido las fuentes primordiales de la cultura, la civilización y la humanización del hombre, a través de las manifestaciones del arte, la ciencia, la literatura, la historia, etcétera.

Los grandes logros y los grandes seres se han distinguido por la cópula permanente de sus impulsos en aras de una manifestación creativa.

Es necesario diferenciar el sufrimiento y el dolor saludables del sufrimiento y el dolor patológicos, que desvirtúan y desnaturalizan la identidad genuina del sufrimiento.

A través de la experiencia analítica y de la relación en que esta se sitúa, surgen sentimientos, confrontaciones, interpretaciones, reconstrucciones, *insight* y especialmente el *working through* (elaboración), procesos dolorosos que incluyen también experiencias de alegría y se entremezclan con las de cólera, pena, tristeza, vividas previamente; se repiten y reviven en el presente.

Uno puede afirmar que quien ama integra su agresión creativamente, comunicándola y expresándola al objeto amado y viceversa; su propia diferenciación, individuación, separación y desarrollo de su identidad, van a ser los factores que permitan una relación con el otro u otra, en una mutualidad de estar juntos y separados.

Lo anterior incluye un intento proporcional, legítimo y válido de responsabilidad, libertad, autenticidad, felicidad y creatividad; viviendo la existencia con pasión lúcida, tendiéndose a estos logros y al incremento de la cultura, al compromiso con la ideología, filosofía, religión, ética y política y a la capacidad de crecer como ser humano auténtico consigo mismo, con los demás y con el medio.

La única manera en que un analista puede conservar la neutralidad frente a la agresión destructiva y la violencia dentro de la situación analítica es siendo consciente de su propia no- neutralidad y de su capacidad de recibir, vivenciar, experimentar y dar amor y odio.

Desde un punto de vista psicoanalítico, es importante referirse a la violencia a nivel de la educación, de la ideología, de la política y de una serie de experiencias de trascendencia sociohistórica, sociocultural y política.

Todas las formas deteriorantes, pervertidas y degenerativas que adopta la agresión y que tienden a la destrucción del hombre, a la guerra y a ideologías fascistas y nazis se deben a la represión, inhibición y transformación destructiva, con la consecuente regresión de la instintividad agresiva.

Es necesario señalar que la violencia no surge de la nada y confirma la naturaleza dualista de nuestro ser. Tenemos un instinto

de vida y uno de muerte. Y nos desarrollamos desde muy temprano a través de experiencias que van a estimular nuestra creatividad, como otras que perturbarán nuestro desarrollo.

Las relaciones creativas, auténticas, afectuosas van a influir de un modo distinto a aquellas que son des-afectivizadas y hostiles. Hay otra dinámica que va a influir: el medio ambiente y las relaciones en ese medio ambiente. La historia es muy importante, pero más importante, aún, es qué hacemos con nuestra historia.

En el Perú se ha ido perdiendo la confianza básica, elemento fundamental en el desarrollo creativo del ser humano. Las grandes mayorías se han visto objeto de engaño, de marginación, de estigmatización, de indiferencia, de privación afectiva, cultural y económica, sometidas al desafecto, a la ignorancia y a la miseria. Han reprimido su cólera, su malestar por mucho tiempo, sometién dose e identificándose con el agresor.

Tenemos que pensar cuántos niños en el Perú han tenido la posibilidad de establecer una relación confiable, significativa, consistente y creativa con su padre. Y cuántos la posibilidad de encontrar una madre con un espacio para darles cariño, amor y confianza. Me temo que vamos a vivir oscilando entre un estado de depresión social, con gran acumulación de violencia, un estado de desconfianza exacerbada o de psicosis social. Estamos en peligro de deshumanizarnos. Es urgente asumir una actitud preventiva en todos los niveles.

CONCLUSIONES

1. La agresión y la violencia son manifestaciones instintivas cuyos componentes son biológicos, filogenéticos, ontogenéticos, constitucionales, metabólicos, bioquímicos, neuroanatómicos, neurofisiológicos, de relacionabilidad, ambientales y socioculturales.
2. Son expresiones inherentes a la vida y a la muerte, carecen de valencias exclusivamente negativas en su esencia; más bien, pueden ser profundamente vitales y potencialmente creativas,

aún cuando no estén desligadas de la vicisitud de finitud y muerte.

3. Están íntimamente vinculadas a las relaciones humanas. Las relaciones objetales primarias del niño con su madre, con su padre, y la relación entre ambos (situación edípica) van a ser profundamente determinantes de las vicisitudes y derivativos futuros en la persona.
4. A pesar de su identidad biológica, dependen en gran medida, en lo que respecta a sus manifestaciones creativas o destructivas, del ambiente, de la sociedad y de los factores socioculturales, políticos, éticos e ideológicos en los que el individuo se desenvuelve.
5. Sus manifestaciones saludables son fuentes fundamentales de los logros, significación y trascendencia del ser humano.
6. Sus manifestaciones destructivas son fuente fundamental de la patología humana individual y colectiva.
7. La agresividad adecuadamente integrada con la libido va a ser la herramienta primordial, como Tánatos y como Eros terapéutico, en el logro de la mejoría, la ayuda, la superación y la realización de nuestros pacientes y de los seres humanos, en general.
8. La paradoja trágica del ser humano es que las mismas cualidades que han producido los extraordinarios éxitos del hombre sean también las cualidades más idóneas para destruirlo.
9. Para mí, el reconocimiento consciente e inconsciente de la muerte es la mayor fuente creativa del ser humano.

REFERENCIAS

1. Freud Sigmund. Más allá del principio del placer. Obras Completas. Tomo I. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1948. p. 1111-39.
2. Caravedo B. "Actitudes regresivas en los esquizofrénicos. Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas. 1923-1924;5:109-16.
3. Freud Sigmund. El porvenir de una ilusión. Obras Completas. Tomo I. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1948. p. 1277-1303.

NOTA: Tratándose de un ensayo, el autor desea remitir al lector interesado a otras de sus publicaciones sobre el tema:

- Peña K Saúl. Psicopatología nazi, el Holocausto. Perspectiva Psicoanalítica. The B'nai Brith. Lima, 1979.
- Peña K Saúl. Contribución psicoanalítica al estudio de la agresión, violencia y miedo. Centro de Investigación Baltazar Caravedo. Lima, 1980.
- Peña K Saúl. La violencia en el Perú actual. IX Congreso Nacional de Psiquiatría. Asociación Psiquiátrica Peruana. Lima, 1986.
- Peña K Saúl. La drogadicción y la violencia. En las Jornadas Sigmund Freud. Centro Rómulo Gallegos. Asociación Venezolana de Psicoanálisis. Caracas, 1988.
- Peña K Saúl. Contribución psicoanalítica al estudio de las psicopatías severas. Conferencia presentada en la Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires, 1992.
- Peña K Saúl. Psicoanálisis de la corrupción. Patología mental, social, política y ética. Lima, 2003.

TERAPIA DE EXPOSICIÓN NARRATIVA (NET)
*Una Intervención a corto plazo para los Desórdenes nerviosos traumáticos
después de la guerra, el terror, o la tortura*
(Traducido por la Lic. Raquel Yupanqui Quicaña)

MANUAL PARA EL CONSEJERO *

**A. UN FONDO TEÓRICO: LOS EVENTOS TRAUMÁTICOS,
LA CONTESTACIÓN DE LA ALARMA Y MEMORIA**

A.1 Los Eventos Traumáticos

El TRAUMA: “La herida del alma”.

La discriminación entre Tensión Traumática:

Macro-estresores (Los Eventos Críticos de la Vida).

Micro-estresores (Las Molestias Diarias).

Ejemplos:

La Tensión traumática	Macro-estresores	Micro-estresores
Ha experimentado o fue testigo de una seria amenaza (lesión o muerte)	Migración	Problemas de salud
Los sentimientos de horror, impotencia, pérdida de control	El divorcio de los padres	Pobreza
Inprevisible		Las dificultades en la escuela

* Desarrollado por la ONG Internacional VIVO en Cooperación con la Universidad de Konstanz / Alemania. Presentado por la Dra. Ana María Silva.

CONTACTO:

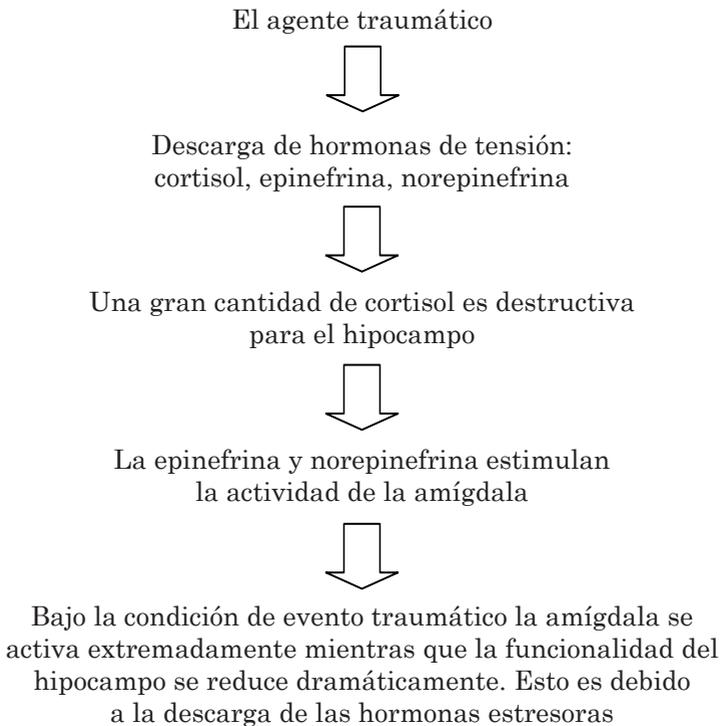
Correo electrónico: info@vivo.org

Página web: <http://www.vivo.org>

Los eventos traumáticos potenciales para niños y adultos:

- Accidente mayor.
- Violación, abuso sexual.
- Desastre natural (huaico, terremoto).
- Guerra / expuesto a combate.
- Ataque / Ser dañado seriamente.
- Amenazado con arma.
- Muerte violenta y súbita.
- Lesión seria / daño que usted causó.
- Viendo cuerpo muerto.
- La pérdida súbita de un apoderado (Figura protectora).

A.2 La reacción del cuerpo a eventos traumáticos



A.3 Trauma y eventos traumáticos

Clasificación de la memoria

La memoria a largo plazo					
Declaratorio (explícito)		No-declaratorio (implícito)			
Episódico	Semántico (Conoc.sobre el mundo)	Procesal	Priorizando (habilidades)	Asociaciones Emocionales	Condiciona- miento clásico
		Músculos			
Hipocampo		Ganglios	Corteza Basales	Amígdala Cerebral	Cerebelo

La memoria autobiográfica dentro de las condiciones normales

Todos nosotros guardamos los siguientes aspectos en nuestra memoria autobiográfica:

- Los eventos generales (por ejemplo, la tarde de un domingo típico en nuestra niñez).
- Los períodos de la vida (por ejemplo, el tiempo que estuvimos en la escuela).
- Los eventos específicos (por ejemplo, nuestro primer paseo en bicicleta).

Normalmente la información sobre los eventos específicos constituye una mezcla de hechos, fríos y emocionales, la información cognoscitiva, sensorial y fisiológica:

Ejemplo:

“Puedo recordar que era un día caluroso de primavera. Cerca a la casa de mis padres, un día de los años 80, cuando aún no iba a la escuela. Tenía una bicicleta azul, que pertenecía al amigo que vivía al lado de nosotros en ese tiempo. Mi padre estaba empujándome y puedo recordar bien el sentimiento que tenía cuando empecé a conducir solo.”

La memoria autobiográfica bajo condiciones de evento traumático

Una vez que un evento traumático ocurre, debido a la intensa activación de la amígdala, toda la información del punto conflictivo se guarda en detalle y con conexiones muy fuertes. Al mismo tiempo, debido a la funcionalidad disminuida del hipocampo la información fría no es bien guardada y, lo más importante, la conexión entre la información caliente y fría falta.

Debe tomarse en cuenta que si uno de los elementos de la red del miedo es activado, automáticamente se activan, también, todos los otros elementos, debido a las fuertes conexiones entre ellos. Al mismo tiempo que no existe información alguna disponible acerca de la memoria fría. Como consecuencia, la persona tiene el sentimiento como si el evento traumático estuviera ocurriendo de nuevo “aquí y ahora”.

Las consecuencias de la memoria-teoría con respecto a un tratamiento exitoso

- 1) Activación de la red de miedo.
- 2) Re-viviendo los eventos traumáticos, el punto más bajo de la exposición.
- 3) El término de la memoria autobiográfica inhibirá la estructura de miedo.

B. PROCEDIMIENTO NET

NET quiere decir la Terapia de Exposición Narrativa. Este método fue desarrollado para ayudar a adultos y niños después de haber sufrido la experiencia de eventos traumáticos. Se llevó a cabo con éxito en Sri Lanka, Uganda, Ruanda, Noruega, Italia y Alemania. Para los niños hay un procedimiento de KIDNET que es similar a la versión adulta, pero trata más con la perspectiva del niño y el campo de desarrollo (por ejemplo, utilizando un trabajo más creativo tal como el dibujo).

NET es un acercamiento para un tratamiento sensible y cultural a corto plazo. Enfoca las dos áreas, terapéutica y los derechos del cliente.

En las herramientas eficaces del NET se utilizan combinaciones de otros diferentes enfoques terapéuticos, tales como la terapia cognoscitiva y del comportamiento, terapia del testimonio y psicoterapia centrada en el cliente.

B.1 Psicoeducación

- La explicación de ciertas reacciones después de los eventos traumáticos y pérdidas son comunes en todas las personas (Normalización).
- La explicación sobre la confidencialidad y el procedimiento terapéutico (ejemplo el número de sesiones).
- La información permitida (tiene que ser firmada por el cliente y el consejero; así como por el apoderado o cuidador del cliente, en el caso que el cliente sea menor de 18 años).

Psico-educación Niño Soldado, Gulu,

Yo entiendo por sus respuestas, que usted ha experimentado incidentes severos y estresantes en su vida y que sufre debido a estos. Cuando una persona padece este tipo de experiencias pueden afectarse su cuerpo y su mente. Por consiguiente, es normal que en personas que, como usted han sufrido violencia, traumas o experiencias tristes en el pasado, se manifiesten ciertos problemas que afecten su vida el día de hoy.

Algunas personas quieren olvidar estos eventos. Pero es difícil olvidarse del dolor. Muchas personas que han sufrido eventos traumáticos guardan sus recuerdos para ellos solos, evitando hablar con otros sobre lo que les ha sucedido. En otros casos, aún cuando quieren hablar, no hay nadie para escucharlos, quizás porque los otros también están sufriendo de la misma manera. Si usted no comparte o habla de sus experiencias, significa que las está guardando para sí mismo. Así, la preocupación puede convertirlo en una persona introvertida y solitaria.

Para algunas personas los pensamientos, las imágenes, los recuerdos de tales eventos vienen a su mente en cualquier momento, persistentemente, aún cuando no quieran que sea así, siendo perturbados en sus actividades diarias. Con frecuencia las víctimas sienten gran necesidad de evitar los lugares donde ocurrieron los hechos traumáticos, a la gente y a cualquier actividad que pueda recordárselos. Como resultado, la persona afecta puede

presentar transpiración, temblores, palpitaciones fuertes, calambres, dolor de cabeza, insomnio, pesadillas y dificultad para concentrarse. También puede tener problemas durante la noche o el día; por ejemplo, no poder hacer sus actividades diarias como quisiera, o notar dificultad de concentración en la escuela o de focalización en actividades que necesita realizar. Asimismo, puede sentirse constantemente cansado o exhausto o presentar variaciones afectivas, tales como sentirse asustado, enfadado o triste. sin razón alguna.

Por consiguiente usted necesitará ayuda para curar la herida causada por los eventos traumáticos ocurridos en su vida pasada.

Nosotros hemos tenido la experiencia que hablar del pasado puede ser de gran ayuda. Invitamos a las personas que tuvieron un pasado de experiencias traumáticas a compartirlas con nosotros. Yo quiero escuchar todas las experiencias de su vida, buenas o malas. Sé que no es fácil para usted. Puede, inclusive, causarle mucho dolor. Pero yo estoy aquí con usted para ayudarle a superar esos sentimientos. Quiero ser su compañero y acompañarlo en todas las experiencias importantes de su vida pasada.

Sé que le será de gran ayuda hablar sobre las experiencias tristes y expresar sus sentimientos sobre ellas. Poner los sentimientos tristes y de temor en palabras puede aliviar grandemente la carga que representan.

Hay otra razón importante para hablar sobre dichas experiencias que tanto sufrimiento mental y físico le causan. Si las personas no hablan sobre ellas, éstas nunca podrán ser conocidas por otros seres humanos y por el mundo externo. Pensamos que el pasado no debe olvidarse. De esta manera, un día, usted y sus niños, podrán vivir en paz. Para lograr esto alguien debe narrar a sus hijos sus experiencias en la vida. Yo deseo, por consiguiente, ayudarle a que usted pueda hablar sobre su propio pasado. También tomaré apuntes de sus experiencias para usted que podrá guardar como documento escrito, si así lo deseara.

Le prometo que estaré acompañándolo lo mejor que pueda durante las veces que nos encontremos, y aún después, si usted necesitara de mi ayuda. Quiero que sepa que todo lo que me cuente se mantendrá estrictamente confidencial. No me está permitido hablar a nadie sobre lo que usted me comparte, a menos que sea su deseo. Usted debe prometerme, a cambio, que se cuidará bien y vendrá a encontrarse conmigo cada vez que acordemos tener una sesión. También debe prometerme que si se sintiera mal o enfermo, me lo hará saber lo más pronto posible y que no hará nada que hiera su cuerpo o mente a propósito.

Nosotros sabemos que hablar del pasado toma tiempo. Si desea y acepta contarme su historia nos reuniremos aproximadamente ocho veces. Cada sesión tomará un tiempo de 60 a 90 minutos.

Después de que hayamos terminado el tratamiento, desearía saber cómo sigue. Tendremos una entrevista más, aproximadamente 3 ó 4 meses después que terminemos las 8 reuniones. Y posteriormente, para saber cómo va usted en el largo plazo, tendremos dos entrevistas más en aproximadamente 6 meses y un año.

¿Tiene alguna pregunta?

¿Está listo para participar?

(Firma de la Información permitida)

B.2 Experiencias de la vida - Ejercicios

- Una sogá, como símbolo de la vida.
- Piedras, como símbolos de los malos eventos.
- Flores, como símbolos de los eventos buenos.

Importante:

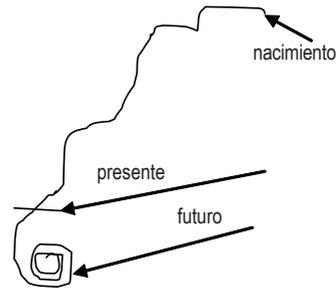
- Marca el principio de la vida.
- Marca la presencia en la sogá.
- Alguna parte de la sogá debe dejarse para el futuro.
- El significado de cada piedra y flor debe nombrarse, pero durante el ejercicio de la experiencia de la vida.
- ¡Nosotros no entramos en los detalles!
- Las preguntas acerca de cada piedra y flor:
 - la edad del niño
 - el evento causó miedo, tristeza, felicidad,...
 - la duración del evento (cinco minutos, una hora,...)

NOTA: Experiencias de la vida- el ejercicio debe ayudarlo (el consejero y el cliente) para conseguir una apreciación global de todas las experiencias importantes en la vida entera del cliente.

Ejemplo para una instrucción

Hoy me gustaría hacer un pequeño ejercicio con usted. Traje una soga, piedras y flores conmigo. Démosle una mirada a la soga.

Esta soga simboliza su vida. Tiene un inicio, que representa el momento cuando usted nació. Mire, aquí estamos hoy (El presente).



Este es su pasado, y ésta es la parte (toda la soga que queda después del punto que marca su presente) que simboliza su futuro.

Ahora démosle una mirada a las piedras y las flores. Traje conmigo piedras y flores en diferentes formas y tamaños. Las piedras simbolizan los eventos malos. Usted podría haber experimentado algunos eventos muy malos y algunos otros que han sido sólo malos, pero no sumamente malos. Así, para los muy malos, usted debe escoger las piedras más grandes y para los malos, las piedras algo menores. Para las flores, esto es bastante similar. Tenemos grandes flores, bonitas, para los eventos extremadamente maravillosos ocurridos en nuestra vida, y flores menores, para los eventos buenos. Me gustaría, ahora, que coloque en la soga piedras y flores de acuerdo a los eventos que sucedieron en su vida. Por favor, comience con su nacimiento y después siga despacio hacia adelante. Le preguntaré acerca de algunos hechos pero no hablaremos sobre ellos en detalle en este momento. Después, cuando hablemos acerca de su vida entera, tendremos más tiempo y hablaremos de todos los eventos en detalle.

¿Entiende el ejercicio?

¿Tiene alguna pregunta?

¿Le gustaría empezar ahora?

NOTA: *Después del ejercicio de las experiencias de la vida, pedir al cliente hacer un dibujo en una hoja de papel acerca de la línea de su vida. Deben escribirse todos los nombres de las piedras y flores en el dibujo con la ayuda del consejero. Este dibujo debe ser guardado por el consejero y será parte del documento escrito que se entregará al cliente al final de su terapia.*

B.3 Narración de toda la historia de la vida

El objetivo es hablar acerca de la vida entera del cliente:

El comienzo de la narración se vincula al momento del nacimiento del cliente y, el final, al día de hoy. Como consejeros nosotros debemos guiar al cliente a través de todo el proceso y explorar todos los eventos importantes de su vida. Por el presente, debemos enfocarnos en los eventos tristes (pérdida del/los padre (s)) como también en eventos traumáticos (violencia doméstica, experiencias de guerra, accidentes, etc.). Durante todo el proceso documentaremos cada detalle, asegurándonos de estar atravesando su vida entera en orden cronológico. No saltamos hacia adelante ni atrás. En la última sesión individual NET el documento escrito será entregado a todos los clientes en una pequeña ceremonia.

Ejemplo para una instrucción

Muchísimas gracias por hacer el ejercicio de la experiencia de la vida. Ahora tenemos una buena apreciación global de lo que ha pasado. Yo guardaré el dibujo conmigo y lo traeré siempre y cuando nos encontremos de nuevo.

Puedo ver a través de su experiencia de la vida que usted ha experimentado algunos eventos buenos, pero también algunos malos. Sé que es difícil hablar acerca de los eventos malos, pero al mismo tiempo reconozco que puede ser muy útil compartir con alguien dichas experiencias y los sentimientos conectados con las experiencias vividas. Quisiera ofrecerle la oportunidad para hablar conmigo acerca de su vida entera. Comenzaremos con su nacimiento –salvo que usted no recuerde nada de su nacimiento –aunque estoy seguro que alguien debe haberle contado algo sobre la época en que nació. Luego avanzaremos despacio hacia adelante. Le haré algunas preguntas e interrumpiré su narración de tiempo en tiempo para cronometrar pues estoy realmente interesada en entender toda su historia. También le preguntaré, de cuando en cuando, cuáles fueron sus sentimientos mientras me contaba su historia y, por supuesto, debe informarme en el caso que no se sienta bien. Mientras me cuente la historia de su vida, yo tomaré notas. Al terminar de hablar acerca de su vida, tendré un documento escrito sobre ella. Este documento

se lo entregaré al final de nuestras reuniones, de tal manera que tenga un pequeño libro sobre su experiencia pasada. Si está de acuerdo también le daré una copia para la gente de VIVO que lo haya entrevistado y que me entrenó para hacer esta consejería con usted. No daré el documento a nadie ni contaré a nadie las cosas que ha compartido usted conmigo. Manejaré toda la información recibida en forma estrictamente confidencial.

¿Cómo se siente ahora?

¿Podemos comenzar?

NOTA: *Empiece con las circunstancias de la vida, cuando la persona nació, por ejemplo:*

- ¿Dónde nació la persona?
- ¿Quién vivía con la persona en ese entonces...?

Ejemplo del comienzo de una narración

“Mi vida era tan fácil. Toda la familia vivíamos en una casa cerca al pueblo de Kalongo. Yo tuve dos hermanos y tres hermanas. Yo nací último. Todos jugábamos juntos. Mi madre me cuidaba muy bien. Ella nos amaba a todos nosotros, nos cuidó muy bien a todos y cosía nuestras ropas si estaban rotas. Ella era una mujer muy buena y nos enseñaba que nosotros nunca debíamos contestar a alguien nos abuse. Mi padre era similar a mi madre. Ellos nunca nos golpeaban. Sólo mi tío nos pegaba. Siempre que mi padre veía esto, él le pegaba a mi tío. Yo era el niño favorito de mi padre. Cada vez que él volvía a la casa, después de la cacería, traía algo para mí. Pájaros u otras cosas. Yo siempre lo esperaba en la carretera para darle la bienvenida. Cuando me veía, se reía. Siempre me dio la mejor parte de la carne. Antes que mi madre se fuera al campo, ella preparaba una pequeña olla de comida para nosotros, para comer hasta que volviera. Ella regresaba a casa con mangos y con leña, yo también le daba la bienvenida en la carretera. Ella se reía y me daba un mango. Me gustaba jugar fútbol y hacer atletismo. En 200 metros era siempre el segundo o tercer lugar. También hacía salto alto y corría con la rueda de una bicicleta...”

Continúe con la narración en el orden cronológico, pero siempre pausadamente. Cuando se acerque a un evento malo en la vida del cliente! éste podría ser una experiencia triste o aterradora. Colóquela cuidadosamente en orden cronológico.

Cómo tratar con los eventos malos durante la narración

I. Reconociendo que usted está acercándose a < una piedra >

- El niño se pone impaciente.
- Intenta acelerar.
- Se pone en hiperalerta... (excitación alta).

II. Reduzca la velocidad e intente conseguir un cuadro claro, directamente sobre la situación antes que surja el punto conflictivo (ejemplo, dos horas antes del evento), para que usted tenga una idea clara del contexto del evento malo.

III. Conecte las memorias caliente y fría

Memoria Fría	Memoria Caliente
Tiempo: ¿Cuándo sucedió el incidente?	Conocimiento: "Yo moriré"
Lugar: ¿Dónde sucedió el incidente?	Emociones: Temor, Ira...
Circunstancias: ¿Qué /Quién estaba allí?	Respuesta del Comportamiento: Grito...
Acontecimiento: ¿Qué pasó?	Respuesta Verbal: "No,no, no..."
Comienzo: ¿Cuáles fueron las circunstancias exactas en las que se inició el incidente?	Respuesta corporal intensa: Palpitaciones, músculos tensos. Percepción Sensorial: Escuchando, viendo, sintiendo, olfateando y gustando.

Ejemplo de la Narración de un Punto Conflictivo:

“Un día, era una tarde de verano, mi hermano miró afuera de la ventana pues mi padre estaba gritándonos. Mi padre quedó furioso por causa de esto y él gritaba alto y más alto. Después, de repente, él agarró a mi hermano. Yo estaba muy temeroso en ese momento porque yo sabía que él podría golpearle. El tiró a mi hermano sobre la cama y se paró en frente de él. Mi hermano estaba tirado sobre la cama. Su mirada era temerosa y tartamudeó “lo siento” todo el tiempo. Yo sentía los latidos de mi corazón muy fuertes y al mismo tiempo me sentía incapaz de moverme más. Yo me sentía completamente congelado. Después mi padre tomó su cinturón y comenzó a balancearlos sobre su cabeza y sonrió burlonamente a mi hermano. En ese momento yo supe lo que pasaría después. Todas las memorias acerca de las situaciones cuando mi padre estaba pegándome y lo que pasó a mi hermano vinieron a mi mente. En ese momento yo me sentía como morir. Estaba seguro que él nos mataría por causa de su rostro furioso que mostraba.

Sus ojos eran tan grandes y él arrugó toda su cara y él nos gritaba y gritaba todo el tiempo.

Entonces obligó a mi hermano a que tomara su camisa. Yo vi a mi hermano que temblaba todo su cuerpo. Quería ayudarlo y al mismo tiempo quería escaparme, pero no podía moverme. Mis piernas estaban paralizadas. Yo estaba parado cerca a la puerta, quizás un metro lejos de mi hermano. Ahora mismo que estoy hablando acerca de esto, mis piernas se sienten paralizadas, pero en mi pecho siento calentura. Entonces mi padre le pegó. Yo escuché el ruido fuerte cuando el cinturón rasgaba la espalda de mi hermano y yo escuché que él gritaba. Yo cerré mis ojos y deseé estar lejos. Yo oí el ruido del cinturón varias veces y oía a mi hermano gritando. Entonces de repente yo no oí más nada. Abrí mis ojos y vi a mi hermano echado sobre la cama. Sus ojos estaban cerrados, estaba echado de barriga. El rostro de mi padre se veía extraño. Yo nunca había visto ese tipo de expresión en su rostro. Se paró al frente de mi hermano quién no se movía más. Después se escapó y yo estaba sólo con mi hermano. Yo sentí un bochorno en todo mi cuerpo y mi corazón estaba latiendo apresuradamente. Mi cabeza estaba caliente. En ese momento yo estaba convencido que él estaba muerto”.

IV. Quedarse en el “punto conflictivo” hasta que el cliente experimente por lo menos una liberación.

Siempre tenga presente el nivel de miedo del cliente:

Extremadamente importante: Nunca se detenga en la plenitud del miedo! Usted tiene que quedarse en el “punto conflictivo” hasta que el cliente experimente algún alivio. Siempre pregunte cómo se está sintiendo el cliente en la situación de consejería. Mientras que haya un latido fuerte del corazón u otras señales de miedo, no puede detener la narración, más bien continúe con las preguntas sobre situaciones similares.

V. Refuerce la Realidad

Siga comparando constantemente “entonces” y “ahora”

Ejemplo:

Pregunte: ¿Cómo se sentía en esa situación? ¿cómo se siente ahora mismo? (la emoción)

Pregunte: ¿Cómo reaccionó su cuerpo en esa situación? ¿Siente eso también ahora?

Pregunte: Lo he visto temblar ahora mismo, mientras me contaba estas terribles experiencias. ¿Le temblaban también las piernas en esa situación?

Pregunte: ¿Qué pensó en esa situación? ¿Qué piensa Ud. ahora? (pensamiento/conocimiento)

Esté atento para prevenir

a) Evitar: Nunca se detenga durante el punto crítico – ¡No importa lo que suceda!

b) Escenas retrospectivas: En caso que ocurra una escena retrospectiva, reoriente a su cliente. Pídale que mire alrededor del cuarto. Pídale que nombre el color de su camisa, pídale presionar su mano.

VI. Comportamiento verbalizado / Emociones / reacciones del cuerpo

Verbalice lo que está viendo en el comportamiento o la expresión del rostro del cliente.

Por ejemplo, si usted ve que el cliente tiene lágrimas en sus ojos, se pone inquieto, comienza a llorar, etc. diga: “yo puedo ver las lágrimas en sus ojos, ¿te sientes triste en este momento?” o “yo lo veo ponerse nervioso”, ¿hay ahora un sentimiento de miedo en su cuerpo?”

VII. En caso necesario, use herramientas creativas para la exploración

Por ejemplo: Dibujando la situación.

NOTA: *El dibujo es sólo una herramienta para colocar en escrito lo que el cliente ha experimentado. Así que intente tener la narración de toda la historia preguntando y documentando al cliente lo que está dibujando. No permita al cliente dibujar sólo. Su objetivo es colocar en palabras la experiencia traumática vivida.*

VIII. Alcance un punto seguro al final

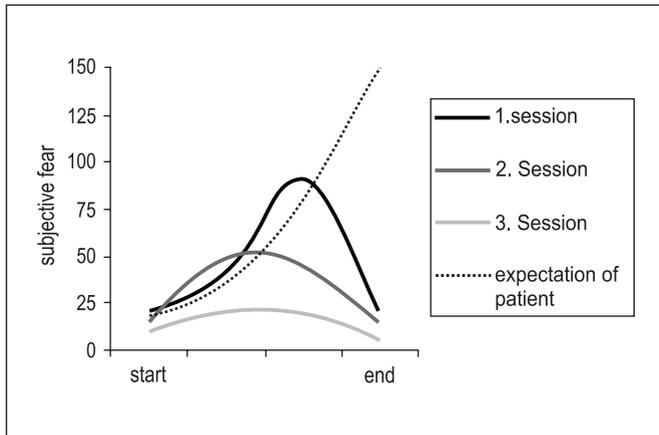
Alcance un punto seguro en la historia del pasado al final de cada sesión. No detenga la sesión de consejería- cuando no hay todavía ningún punto seguro alcanzado en la historia y el cliente todavía está experimentando miedo y presenta reacciones corporales.

Ejemplo

“... Yo fui a mi hermano, quién todavía estaba echado sobre su cama. Yo toqué su rostro suavemente y oré a Dios, que él estuviera todavía vivo. Yo estaba temblando y me sentía tan débil. Tenía la sensación que podía desmayarme en cualquier momento. Entonces, muy lentamente, reconocí que estaba abriendo sus ojos otra vez. Al primer momento, no podía creerlo. Sentí que la energía volvía a mi cuerpo. Cuando él vio dentro de mis ojos sentí que podría estar bien otra vez. Le ayudé a sentarse en la cama. Tenía dolor y sus ojos mostraban tristeza. Comenzamos a hablar. Le pregunté si estaba bien. Su voz era muy débil pero el intentaba consolarme y decía que podría estar bien otra vez.”

IX. El peor error que usted puede cometer. Nunca se detenga en la plenitud del miedo

Nunca se detenga a esta altura! ¡Éste es el punto más temprano que usted puede detenerse!



Nunca permita la anulación: Si usted empieza a hablar sobre un evento malo usted tiene que hablar sobre el evento en forma completa. No se detenga si su cliente quiere detenerse en el medio de la historia. Explíquelo por qué es importante continuar. Si usted detiene y permite la anulación ¡aumenta el miedo de su cliente! Esto significa que usted daña a su cliente.

Al final de cada sesión: no mezcle el cierre con la exposición. Usted tiene que decidir si usted quiere hablar sobre otro evento de vida crítico o no antes de que usted comience a hablar acerca de ello. Cuando usted comienza tiene que hablar de todo el evento. Durante la exposición, la excitación y las emociones de su cliente están aumentando. Durante el cierre, la excitación disminuye y usted puede ayudarlo a tranquilizarse.

Resumen: Cómo tratar con eventos traumáticos y eventos malos.

1. Reconozca que usted está acercándose a < la piedra >
2. Disminuya la velocidad.
3. Intente conectar la memoria caliente y fría (como una película).
4. Quédese en el punto crítico durante algún tiempo (la habituación).
5. Refuerce la realidad. Compare de vez en cuando.
6. Ponga en palabras las emociones / las reacciones corporales / el comportamiento / los pensamientos.
7. Considere las herramientas creativas.
8. Alcance un lugar seguro en el fin.
9. No mezcle el cierre y la exposición.

X. Cómo escribir la narración

- La narración sobre la vida entera.
- Todos los eventos en el orden cronológico.
- Use la primera persona (“yo nací en....”).

- El tiempo pasado.
- Use el idioma usado por el cliente.

XI. Las Reglas básicas en el NET

- Cree un espacio de seguridad dentro del contacto cliente/terapeuta.
- Asegúrese que el cliente está en el mando y por encima de la situación.
- Asegure la previsibilidad de sus acciones, sus próximos pasos, el comportamiento.
- Respete la integridad física de su cliente.
- Acepte a su cliente, su emoción y expresión, sus acciones pasadas sin juzgar.
- Sea congruente, finalmente usted transmitirá a su cliente lo que realmente sienta.
- Sea un oyente empático: ponga en palabras sus sentimientos, las sensaciones del cuerpo, los pensamientos, el contacto visual, preste toda su atención.
- Dé declaraciones de apreciación positiva, si necesita (“usted está haciéndolo muy bien”).
- Asegure total confidencialidad.

REFERENCIA

1. Schauer M, Neuner F, Elbert T. La Terapia de la Exposición Narrativa (NET). Una intervención a corto plazo para los desórdenes nerviosos traumáticos después de la guerra, terror o tortura. Seattle: El Hogrefe & Huber; 2005.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y VIOLENCIA

MIRIAN TERESA SOLÍS ROJAS

Sobre la base de la definición y clasificación de la violencia de la OMS, se considera que los más afectados por la violencia son las mujeres y sus agresores son sus parejas, ellas son afectadas por violencia física, sexual, psíquica y por privaciones. Este tipo de violencia es la denominada Violencia basada en género. Es una forma de discriminación que seriamente inhibe la capacidad de las mujeres para disfrutar de sus derechos y libertades sobre la base de la igualdad con el varón. Afecta por lo menos a la tercera parte de las mujeres en el mundo ^(5,8).

La violencia contra la mujer tiene las siguientes manifestaciones:

- Violencia física.
- Violencia psicológica o emocional.
- Violencia por abandono o negligencia.
- Violencia sexual.
- Hostigamiento sexual.
- Abuso sexual.
- Violación.

Podemos relacionar la violencia contra la mujer por ciclos de vida:

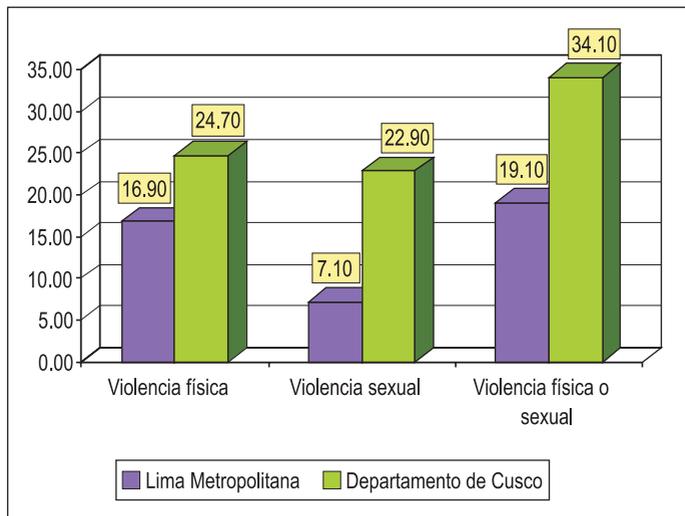
- **Prenatal:** violencia durante el embarazo.
- **Infancia:** infanticidio, abuso físico, sexual y psicológico.
- **Niñez:** maltrato infantil, abuso físico, sexual y psicológico, incesto, prostitución infantil y pornografía.
- **Adolescencia:** violencia durante la etapa de enamoramiento, sexo forzado por razones económicas, incesto, suicidio.
- **Adulthood:** abuso sexual en el sitio de trabajo, violaciones, acoso sexual, prostitución, pornografía forzada, violencia conyugal.
- **Vejez:** suicidio forzado u homicidio.

El Ministerio del Interior en el año 2008, en el primer semestre, registró 46,557 denuncias por violencia familiar, en las que el 88.8% (41,362 casos) de las víctimas son mujeres. Es decir, cada hora 10 mujeres son víctimas de violencia familiar. Igualmente, se registraron 624 denuncias de violencia familiar en las cuales el agresor pertenece a las Fuerzas Armadas. En el 65.5 % (30,516) de los casos el agresor se encontraba en estado ecuaníme ⁽¹⁰⁾.

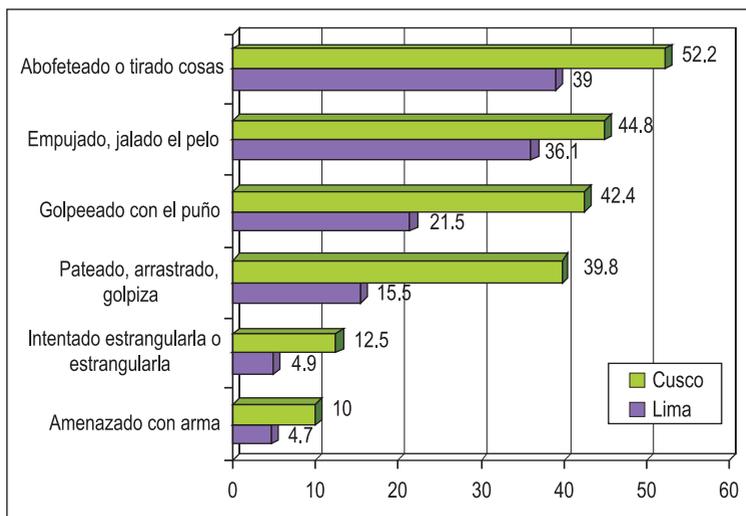
Hasta septiembre de 2008 se registraron 12,161 casos de violencia física en el Centro de Emergencia Mujer. En el 98.6 % el agresor es algún familiar de la víctima (conviviente, esposo, padre, padrastro, madrastra, abuelo, suegro, etc.). Se recibieron 14,120 denuncias por violencia psicológica, es decir, en el Perú, cada hora, 3 mujeres son víctimas de violencia psicológica. Los departamentos que registran mayor cantidad de denuncias por violencia contra la mujer son: Lima, Arequipa, la Libertad y Cusco ⁽¹⁰⁾.

En violencia sexual, el Ministerio del Interior atendió durante el primer semestre del 2008: 3891 denuncias por casos de violación sexual. El 91.6% (3,563) de las víctimas son mujeres. Según estos datos, cada día, 20 mujeres son víctimas de violencia sexual. Las jóvenes, entre los 14 y 17, años son las principales afectadas por violencia sexual (45.4% de los casos). En el 58.2 % de los casos de violación sexual se empleó la violencia física ⁽¹⁰⁾.

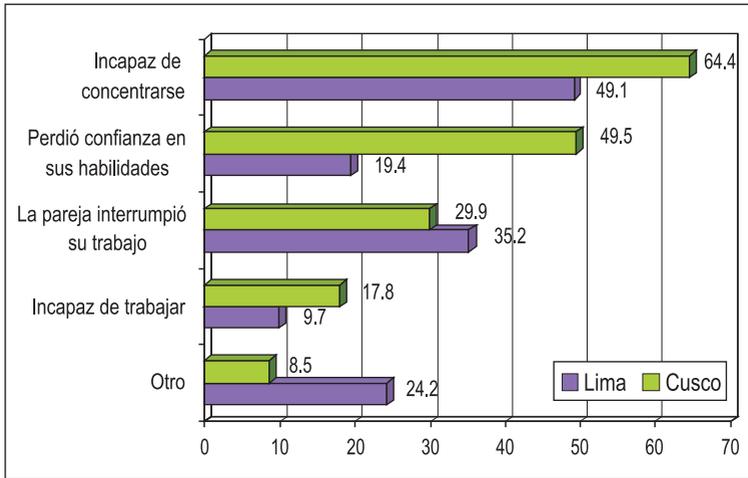
Lima 39.8% (1,418 casos), Arequipa 7.7% (274 casos) y Callao 4.8% (172 casos) son los departamentos del Perú donde se registran mayor cantidad de denuncias por violencia sexual a mujeres ⁽¹⁰⁾.



Prevalencia de la violencia contra la mujer. Últimos 12 meses.
Fuente: Estudio Multicéntrico, 2005. OPS.



Formas de violencia física contra las mujeres. Alguna vez en la vida.
Fuente: Estudio Multicéntrico, 2005. OPS. (Las cifras son porcentajes).



Impacto de la violencia física en la actividad laboral. Mujeres que declararon que ésta interfirió en sus actividades de generación de ingresos.
Fuente: Estudio Multicéntrico, 2005. OPS. (Las cifras son porcentajes).

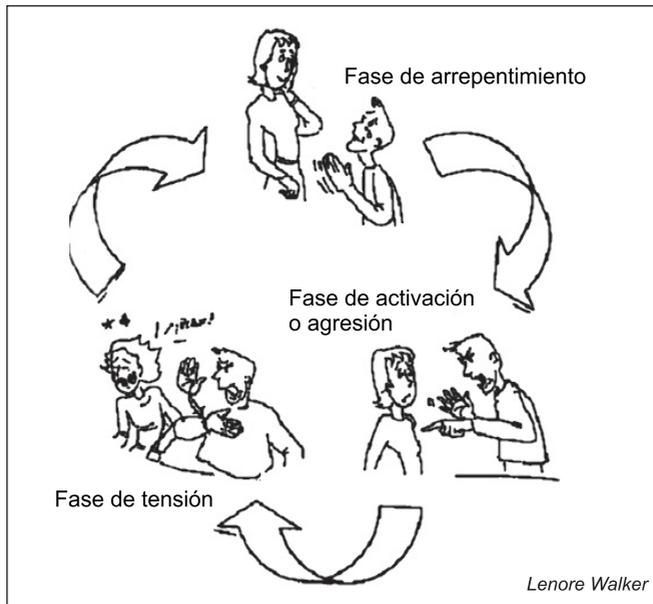


Figura 1. Ciclo de la violencia.

Etiología de la Violencia

En la actualidad no se conoce una causa única o algunas causas únicas relacionadas a la violencia. Ningún factor, por sí solo, explica o puede explicar por qué algunos individuos o colectivos actúan con violencia o por qué ésta tiene mayor prevalencia en algunas sociedades ^(6,8).

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA

Se define a la Atención Integral de la violencia, como un conjunto de acciones en los aspectos de Promoción, Recuperación y Rehabilitación de la Salud de la persona víctima de violencia. Siguiendo el modelo Ecológico, podemos plantear las siguientes estrategias:

Estrategias a nivel individual:

- Fomentar los comportamientos saludables en los niños y jóvenes. Los padres son unos buenos iniciadores en estos temas y los colegios se convierten en un escenario propicio para fomentar estos comportamientos.
- Modificar los comportamientos en los individuos que ya se han hecho violentos, a través de programas especialmente dirigidos a los violentadores y de consejerías y charlas.

Estrategias relacionales:

Buscan influir en los tipos de relaciones que las víctimas y los perpetradores de actos violentos mantienen con las personas con las que interactúan más habitualmente.

- Programas dirigidos a los padres en pautas de crianza y métodos a desarrollar el autocontrol.
- Programas de tutoría: que actúe como guía y modelo. Estos programas son de mucha ayuda en los colegios y universidades; a través de los mismos, los docentes suelen encontrar dificultades que se les presenta a los alumnos y así poderles ayudar.

- Programas de terapia familiar: La familia es una víctima de la violencia que es necesario tomarla en cuenta, requieren de un soporte emocional que les permita afrontar la situación, curar sus heridas y apoyar a la víctima de la violencia.
- Programa de visita domiciliaria: es un gran soporte en cualquier programa que desea lograr sostenibilidad en sus terapias. Permite conocer la familia del paciente y poderlos ayudar con mas facilidad.

Estrategias de base comunitaria:

Buscan sensibilizar a la población sobre el problema de la violencia, promover las acciones comunitarias y ofrecer a las víctimas atención y apoyo. Entre ellas tenemos:

- Campañas públicas en los medios de comunicación social.
- Seguridad en las calles.
- Deportes, teatro, arte y música.
- Mejorar la capacidad diagnóstica de los profesionales de la salud.
- Intervenciones locales coordinadas.

Estrategias basadas en la sociedad:

Se centran en factores culturales, sociales y económicos relacionados con la violencia. Modificaciones de la legislación, las políticas y el entorno social y cultural.

- Medidas legislativas y judiciales.
- Tratados internacionales.
- Modificación de normas sociales: discriminación racial y étnica.
- Programas de desarme de los países.

ESCENARIOS DE INTERVENCIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA VIOLENCIA ^(1,2,3,4,9)

Los escenarios son lugares estratégicos para plantear programas sostenibles de lucha contra la violencia, cuanto mas empoderemos a la mujer en saber resolver este tipo de problemas mejores resultados obtendremos.

Familia: A lo largo de la vida, la familia puede desarrollar una serie de acciones conducentes a mejorar el trato entre sus miembros.

- Pautas de crianza.
- Cultura de paz y buen trato.
- Fomento de tolerancia.
- Rescatar el rol de la familia.
- Eliminación de todas las formas de violencia doméstica.
- Programas de estimulación prenatal.

En los colegios: Los colegios se convierten en verdaderos espacios para desarrollar comportamientos saludables. En ellos se pueden desarrollar buenas estrategias:

- Cultura de paz y buen trato.
- Alianzas con otras instituciones para reforzar el sistema educativo.
- Desarrollo de capacidades técnicas en los trabajadores de salud para que puedan implementar programas de promoción de la salud en las instituciones educativas.

En la comunidad: este escenario es un espacio de diálogo, concertación y construcción de diferentes iniciativas relacionadas a disminuir la violencia.

- Sensibilización a los líderes y tomadores de decisiones locales en la importancia de fomentar la salud mental, el buen trato y la cultura de paz.
- Acciones de información, educación y comunicación.
- Vigilancia ciudadana y comunitaria.
- Detección y referencia de las personas víctimas de violencia.
- Sensibilización sobre los derechos de las niños y niñas, adolescentes, adultos, adultos mayores.
- Involucramiento de las autoridades locales en las diferentes actividades.

Centros Laborales: es un escenario en donde se desarrollan programas y actividades para mejorar el clima organizacional.

- Promoción y fortalecimiento de una cultura de buen trato entre los trabajadores.
- Eliminación de las manifestaciones de violencia y hostigamiento sexual al interior de los centros laborales.
- Vincular a los trabajadores y empleadores con otros escenarios de intervención de la promoción de la salud.

ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD RELACIONADAS A LA VIOLENCIA ^(2, 3, 4)

Nivel Regional:

- Promoción de espacios de diálogo e intercambio de información a fin de fortalecer alianzas estratégicas.
- Red de información sistematizada, relacionada a violencia e incluyendo los diferentes sectores.
- Ejecución de campañas multisectoriales a fin de sensibilizar a la comunidad.
- Fortalecimiento de las competencias técnicas del personal en acciones de promoción de la salud.

- Firma de convenios para un trabajo conjunto.
- Formulación de políticas específicas.

Nivel Local:

- Promoción de estilos de vida saludables.
- Gestión multisectorial identificando instituciones locales.
- Elaboración de un directorio para la coordinación intrasectorial e interinstitucional.
- Sensibilización a instituciones locales para que puedan asumir compromisos en la promoción y atención de las personas afectadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. Consejo Nacional de Salud, Comité Nacional de Promoción de la Salud. 2005.
2. Ministerio de Salud. Derechos Humanos y Derechos a la Salud. Construyendo ciudadanía en salud. Cuadernos de Promoción de la Salud N° 16. Lima: OPS; 2005.
3. Nutbeam N. Glosario de Promoción de la Salud. Traducción al español. 1986.
4. Organización Panamericana de la Salud, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre promoción de la salud. Ottawa, Canadá; 1986.
5. Ministerio de Salud. Lineamiento para la acción en Salud Mental. Lima; 2004.
6. OMS-OPS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. 2002.
7. Organización Panamericana de la Salud, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre promoción de la salud. Ottawa, Canadá; 1986.
8. OMS. Promoción de la Salud Mental. Conceptos, Emergencia Evidente, Práctica. Informe compendiado. Ginebra, Suiza; 2004.
9. Glosario de términos en Promoción de la Salud. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
10. OPS. Estudio Multicéntrico Violencia contra las mujeres, Lima y Cusco. 2005.

*PRESENTACIÓN DEL DR. DUNCAN PEDERSEN
COMO ACADÉMICO CORRESPONDIENTE POR
EL A.N. ALBERTO PERALES CABRERA,
EN SESIÓN EXTRAORDINARIA REALIZADA
EL JUEVES 02 DE ABRIL DE 2009*



Señor Presidente,
Señores Académicos,
Dr. Duncan Pedersen,
Distinguidos invitados,
Señoras y Señores.

A pesar de que en los tiempos actuales los avances científicos y tecnológicos han acelerado su desarrollo y exploran la realidad desde planos tan diversos, aún no he encontrado estudio alguno que explique si la vocación por la investigación deriva de los genes o de las conductas aprendidas del investigador.

Algunos dicen que la explicación está más allá de la comprensión humana, en una extraña fuerza conductora que denominan destino.

Joan Corominas nos informa que este vocablo es una derivación acuñada en el S. XVI, de la voz **destinar**, del latín **destinare**, que propiamente significa en primera acepción: “*fijar, sujetar*”; y, en segunda, “*apuntar, (hacia)*”.

Recordemos, además, que desde el *fatum* que predecía el oráculo, el destino expresaba la noción religiosa de una fuerza sobrenatural que predeterminaba los acontecimientos en la vida de las personas. Según la mitología griega, la suerte de las personas e incluso de los dioses, dependía de las deidades del *destino*. A estas diosas los griegos las llamaban *moiras* mientras que los romanos las denominaban *parcas*.

En torno a estas reflexiones desearía trazar el perfil de Duncan Pedersen, eminente científico argentino-canadiense, en el campo de las ciencias médico-sociales, que hoy presentamos como Académico Correspondiente a nuestra centenaria institución, sin dejar de preguntarme interiormente, qué *moira* o qué *parca* ilumina su brillante destino de investigador.

¿INFLUENCIA GENÉTICA O AMBIENTAL?

Volviendo a la pregunta original, debo señalar que Duncan Pedersen tiene influencia investigadora, tanto genética cuanto ambiental. Es hijo de un notable investigador noruego en el campo de la arqueología, Asbjörn Pedersen, descendiente del explorador noruego Roald Amundsen y amigo personal de Thor Heyerdahl (1914-2002) (aquel célebre personaje que en 1947 lanzara la expedición *Kon-Tiki*, la cual, partiendo desde el Callao llegó a las islas de la Polinesia). Recordemos que el nombre de *Kon-Tiki* fue propuesto bajo la tesis de ser una denominación antigua de Viracocha -el dios solar de los incas- y que la balsa utilizada en tal expedición actualmente se encuentra en el Museo *Kon-Tiki* de la ciudad de Oslo, en Noruega.

Permítaseme esbozar brevemente la personalidad del padre de nuestro propuesto Académico Correspondiente para sustentar la hipótesis de influencia genética en sus pasiones y vocación investigativa.

El arqueólogo Pedersen, quien se enamorara del Perú, fue un investigador destacado en arte rupestre latinoamericano. Hizo importantes descubrimientos y relevamientos en nuestro país, incluyendo varios trabajos en arte rupestre, como los realizados en los farallones de Udimá, en Cajamarca,

Dichos testimonios rupestres, conocidos como “El Calvario”, se ubican no muy distantes del poblado de Poro Poro, jurisdicción del caserío de Udimá en el distrito de Catache, provincia de Santa Cruz, en el Departamento de Cajamarca. Los antiguos pobladores que ascendían al lugar entendían que éste estaba poseído por los espíritus de sus antepasados, quienes se encargaban de su protección y sustento así como de desencadenar las fuerzas de la naturaleza en beneficio de la población de dichos valles.

Es muy posible que con observaciones astrológicas, del movimiento de las estrellas y de las fases de los astros, los antiguos peruanos hubieran podido determinar los momentos clave del ciclo agrícola: el sembrío, la germinación, la irrigación y la cosecha. Y que para lograr el beneficio de los dioses o aplacar su ira en tiempo de sequía, por

ejemplo, los pobladores llevaban a cabo sacrificios humanos, como el que relata el sacerdote Hernández Príncipe, en 1601:

"...decía la muchacha acaben ya conmigo que para fiestas [sic] bastan las que en el Cuzco me hicieron; llevaronla a un alto cerro, remate de las tierras del Inca, y hecho el depósito (la fosa) la bajaron a él y emparedaron viva". Por su ubicación estratégica y alta visibilidad, estos lugares se convertían después en lugares sacros y objetivos de peregrinación.

Los aportes de Asbjörn Pedersen, se exhiben como parte de la muestra permanente (que lleva su nombre) en el Museo de la Nación de nuestra capital.

Así, después de conocer quién y qué amaba su padre, me vuelvo a preguntar si el especial cariño que el Dr. Duncan Pedersen muestra por nuestro país, demostrado en múltiples facetas y en su trabajo de investigación, tendrá influencia genética o ambiental o es tan sólo influencia del destino.

EL DOCTOR DUNCAN PEDERSEN

Es médico de profesión, graduado en la Universidad de Buenos Aires, pero con reválida de su título en la Facultad de Medicina de San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de nuestro país. Posteriormente, sigue estudios de postgrado en la especialidad de epidemiología en la Universidad de Buenos Aires; de Antropología Médica, en la Universidad de Montreal, Canadá; y en Salud Internacional, en la Universidad George Washington de E.U. para, finalmente, obtener su Maestría en Salud Pública (MPH) en la Escuela de Higiene y Salud Pública de Johns Hopkins de Baltimore, EE.UU. Ha desarrollado investigaciones en epidemiología social, antropología médica y salud colectiva en poblaciones urbano-marginales y rurales del área andina en Bolivia, Ecuador y Perú (en la Amazonía del Alto Napo) y en el nordeste del Brasil (Bahia).

En el área docente ha sido profesor visitante en varias universidades de América Latina y el Canadá. Desde 1992 es conferencista del Departamento de Medicina Social, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, habiendo sido nombrado,

en 1998, Profesor Asociado del Departamento de Psiquiatría, de la universidad de McGill (Montreal, Canadá).

En Enero del 2005, recibió una distinción como Profesor Honorario de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en reconocimiento a sus aportes en el área de la salud mental en el Perú.

En su trabajo de investigación, el Dr. Pedersen se caracteriza por su tesón y versatilidad metodológica. Suele combinar, de acuerdo a las necesidades del problema en estudio, métodos clínicos, epidemiológicos y etnográficos, con arte y erudición. De este modo, es capaz de indagar desde varios ángulos los complejos conflictos de la salud colectiva y la medicina social y escudriñar con responsabilidad y ética profesional: tanto problemas actuales de salud reproductiva como prácticas médicas tradicionales para poder analizarlos comparativamente con los actuales sistemas médicos. A ello se suman diversos aportes en el área de salud mental y la etno-psiquiatría, en los que ha enfocado problemas de urgente actualidad, tales como el impacto de la pobreza y de la violencia política sobre la salud, las experiencias de trauma y sufrimiento colectivo y las estrategias de sobrevivencia y reparación social en comunidades alto-andinas del Perú.

El Dr. Pedersen es un prolífico escritor, habiendo publicado más de 70 artículos científicos sobre estos temas y 17 capítulos en libros publicados en español e inglés.

En el aspecto editorial, desde 1998, es Senior Editor de la prestigiosa revista internacional *Social Science & Medicine* que publica 24 números por año. Más recientemente ha sido nombrado Director Científico Asociado del Centro de Investigación del Hospital Douglas, sede docente de la Universidad de McGill, y Director Científico del Centro Colaborador de Investigación y Entrenamiento en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.

SU VINCULACIÓN CON EL PERÚ

Se remonta al año 1965, cuando inicia su trabajo como médico general en comunidades campesinas de bajos ingresos en la costa norte del Perú, para, posteriormente, ejercer la Dirección del hospital de la Hacienda Pomalca, en Chiclayo.

Esta ubicación geográfica y la impronta investigativa que guarda de su padre estimulan sus intereses por la antropología y la arqueología de campo que lo llevan a trabajar, por aquel entonces, con el Centro de Estudios Arqueológicos de Lambayeque. Por esa misma época, 1967, el Dr. Pedersen publica sus dos primeros trabajos científicos en las Actas del Congreso de Arqueología y Arte Rupestre, en la ciudad de Huánuco: el primero sobre un geoglifo titulado “*El mosaico ciclópeo del valle de Zaña*”; y el segundo, sobre trabajos de prospección en los yacimientos líticos pre-cerámicos en la Pampa de los Fósiles, en San Pedro de Lloc, en La Libertad. Nuevamente me pregunto, *¿nature or nurture?* ¿genética o ambiente?

Por esos años, también, se suma su interés por las prácticas médicas tradicionales en el pueblo de Salas, Lambayeque, famoso en el ambiente nacional norteño por la participación de gran parte de su población en terapéuticas de curanderos, hueseros y de magia negra.

Sus primeras observaciones y trabajos de campo en esta zona las realiza sobre el efecto del curanderismo en adictos al alcohol en la costa norte del Perú. Aquí trabaja en colaboración con Mario Chiappe Costa, destacado psiquiatra peruano e investigador del Instituto de Psiquiatria Social de San Marcos, que fundara el recordado profesor y miembro de nuestra Academia, Carlos Alberto Seguin.

Desde entonces y por algo más de 20 años, durante las décadas del 70 y 80, el Dr. Pedersen se mantiene en estrecho contacto con destacados investigadores, médicos y psiquiatras peruanos con quienes lleva adelante distintas iniciativas de investigación y estudios colaborativos en una variedad de temas, en diferentes regiones del Perú.

1. Con Carlos Vidal Layseca y Enrique Fernández (UPCH), en “Salud comunitaria en el distrito de Independencia” (investigaciones que luego replica en el Ecuador, Brasil, y los EE.UU).
2. Con Mario Chiappe Costa (Hospital Obrero de Lima), en “Medicina tradicional en la costa norte del Perú”.
3. Con Juan Wicht, en “Salud y población”.

4. Con Lucy Jefferson, en “Reproducción humana”.
5. Con René Cervantes Saavedra, en “Salud materna”.
6. Con Antonio Meza Cuadra, en “Salud infantil y pediatría social”.
7. Con Mary Fukumoto y Carl Kendall (Instituto de Investigaciones Nutricionales), en “Antropología médica y salud infantil”.
8. Con Kenny Tejada (UPCH e Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”) en “Salud mental y desarrollo humano”, en Puno y otras regiones del Perú.
9. Con Alberto Perales y Agustín Montoya de la Cadena, en “Salud mental comunitaria en Monsefú y Lima (cono norte)”, como parte de la red INECOM con sede central en Montreal, Canadá.
10. Con Jaime Calmet (CAAAP), en parasitosis en la región oriental de los andes.
11. Con Alejandro Llanos (UPCH), en salud mental y desarrollo humano.
12. Con Guido Mazzotti (INSM-“Honorio Delgado – Hideyo Noguchi), en el Forum Internacional de “Salud Mental, estigma y enfermedad mental”.
13. Con Jeffrey Gamarra (UNSCH) y Mariela Planas (UPCH), en “Violencia política en la región alto-andina de Ayacucho”.
14. Con Marina Piazza (UPCH) en alcoholismo, y con ella, María Mendoza y Darsy Calderón (MinEdu) en “Atención primaria de salud en comunidades de la sierra peruana”.
15. Con Inés Bustamante (UPCH) en “Trauma y salud mental global”.

En la actualidad, el Dr. Pedersen lidera el proyecto internacional de investigación multicéntrica de “Trauma y Salud Global”, que integran más de 45 investigadores de Guatemala, Nepal, Sri Lanka, los territorios palestinos (Gaza) y el Perú. En nuestro país, este proyecto se hace en colaboración con la Facultad de Salud Pública y Administración de la UPCH con los investigadores nacionales Victor Cuba, Pablo Best e Inés Bustamante.

* * *

Señor Presidente, de acuerdo a las normas que estipula la Carta Magna de la Academia Nacional de Medicina y de su Reglamento, he cumplido con alto agrado, el honroso encargo de nuestra Junta Directiva de presentar ante esta digna audiencia al Dr. Duncan Pedersen para ser incorporado como Miembro Correspondiente de nuestra centenaria institución. No me cabe la menor duda que la acertada decisión de nuestro cuerpo directivo ha sido sabia y justa, pues los méritos del Dr. Pedersen aseguran una contribución valiosa y del máximo nivel científico al logro de nuestros objetivos institucionales.

Muchas gracias.

Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina y el Dr. Duncan Pedersen luego de la Ceremonia de Incorporación como Académico Correspondiente del Dr. Pedersen.



De izquierda a derecha: Drs. Alberto Perales, Jorge Berríos, Fausto Garmendia, Duncan Pedersen, Melitón Arce (Presidente de la ANM), Humberto Guerra, Eduardo Pretell y Luis Pinillos.

Equipo del Programa de Trauma y Salud Global de la Universidad de Mc Gill, Canadá.



De izquierda a derecha: Drs. Duncan Pedersen, Inés Bustamante, Allan Young, Alberto Perales (ANM) y Michel Tousignant.

LISTA DE ASISTENTES



**CURSO INTERNACIONAL
VIOLENCIA Y SU IMPACTO EN LA SALUD**

LISTA DE ASISTENTES

N	NOMBRE	CARGO
01	ACUÑA MAYHUA, NIEVES BELU JAZMIN	PSICOLOGA
02	ALVAREZ MACHUCA, MILITZA	PSICOLOGA
03	ARCOS PAREDES, MILAGRITOS GLADYS	PSICOLOGA
04	ARAGON TERRONES, PAOLA ANGELICA	CMP 0038441
05	ARIAS ROJAS, KETTY	ESTUDIANTE
06	ARAKAKI SHIROKA, BEATRIZ	ENFERMERA
07	AVILA DE LA CRUZ, PILAR	ABOGADA
08	BALLON SALCEDO, ALONSO DANIEL	ESTUDIANTE
09	BADILLO PASACHE, ROSARIO MARGOT	TRAB. SOCIAL
10	BARRANTES CRUZ, NELLY MARIA	CMP 1830
11	BERROCAL GIRALDEZ, ROLANDO URBANO	TEC. MEDICO
12	BURSTEIN ALVA, ZUÑO	ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
13	BRAVO ROJAS, MARIA LUISA	ESTUDIANTE
14	BRAVO ALVA, FRANCISCO JAVIER	CMP 12875
15	CAMPOS IZQUIERDO, YESSICA	TRAB SOCIAL
16	CALLE MENDOZA, SUSSI J.	PSICOLOGA
17	CARDENAS ROSAS, MARCO IVAN	MEDICO
18	CARRASCO SOTERO, ROSA ALBINA	TEC. ENFERMERIA
19	CONDORI MENDOZA, CARMEN AMELIA	PSICOLOGA
20	CONDOR ALARCON, NORRY	ANTROPOLOGA
21	CRISTOBAL PONCE, IRERNE FIDELA	ESTUDIANTE
22	CUBA VEGA, EDITH	SECRETARIA
23	DELGADO AGUILAR, SEGUNDO	ESTUDIANTE
24	DEL AGUILA HIDALGO ANA MARIA	PSICOLOGA
25	DELPINO ARTADI, LADIS	ACADEMICA
26	ESQUIVEL CARRAN MIRIAM EDELMIRA	PSICOLOGA
27	FELIX QUILLAMA, PERCY	COM. SOCIAL
28	FERNAN ZEGARRA, MIRANDA, LUISA EUGENIA	ABOGADA
29	FERNAN ZEGARRA, LUIS	ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
30	FERNANDEZ CHAUCA, ENRIQUE ANGEL	PSICOLOGO

31	GAMARRA CARRILLO, JEFREY ANTONIO	ANTROPOLOGO
32	GARCIA HIDALGO, LUZ	ESTUDIANTE
33	GALVAN TORRES, HILDA	OBSTETRA
34	GARRO ABURTO, LUZMILA LOURDES	DOCENTE
35	GARMENDIA LORENA, FAUSTO	ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
36	HUAMAN BALBIN, LUCIA	CMP 23784
37	HERNANDEZ CAJO, ANGELO TERESA	ABOGADA
38	JARAMILLO PARRIA, ADELA AZUCENA	EST. MED. NATUR
39	JESUS POMA, VILMA ROSSANA	PSICOLOGA
40	KENDALL FOLMER ROMMY CAROLE	CMP 320035
41	KOBASHIGAWA OLARTE, ANDRES	CMP 52159
42	KOBASHIGAWA KOBASHIGAWA, ANDRES	CMP 9935
43	LAM FIGUEROA, NELLY MARITZA	CMP 10789
44	LEMA LAMA, GRACIELA VIRGINIA	TEC. SISTEMAS
45	LLORET ALI, JUANA LUISA	PSICOLOGO
46	LUNA INCIO, ELBA SUSANA	ESTUDIANTE
47	LUCICH RIVERA, ESTHER AMELIA	PSICOLOGA
48	LLERENA PONCE, JUAN VIRGINIA	CMP 18039
49	MAHR ZACARIAS BLANCA ESTELA	PSICOLOGA
50	MANTUFAR MADUEÑO, VILMA MAYRA	CMP 51243
51	MACHER OSTOLAZA, ENRIQUE	CMP 7471
52	MERINO VILLAIZAN ESTHER V. GLORIA	ASIS. SOCIAL
53	MONTOYA ARAUJO, SIMON FRANCISCO A.	MEDICO
54	MONTES ÑAUPA, YESENIA	ESTUDIANTE
55	MONTOYA ALVAREZ, HENRY ELMER	MEDICO
56	MORALES SOTO, RAUL	ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
57	NAQUIRA VELARDE, CESAR	ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
58	NEYRA RAMIREZ, JOSE	ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
59	ORTIZ PEREZ ROSA AMELIA	PSICOLOGA
60	PADILLA CORDOVA, ROSA I.	CMP 26661
61	PANDO BERROCAL, ALICIA KARINA	ENFERMERA
62	PALACIOS AYBAR, MANUEL GIANCARLO	CMP 43752
63	PACORA PORTELLA, PERCY	CMP 19728
64	PERALES CABRERA, ALBERTO	ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

65	PIAZZA. ROBERTS, ALFRDEDO	ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
66	PINILLOS ASHTON, LUIS	CMP 6460
67	PINTO VILA, FRANCISCO OMAR	CMP 43636
68	PIZARRO BOLOÑAS, ROSARIO	ADM DE SALUD
69	QUISPE MENDOZA, MARISOL GABRIELA	PSICOLOGA
70	QUISPE ALOSILLA, YOLANDA	OBTETRIZ
71	QUISPE ZUÑIGA, JOSE MANUEL	CMP 26060
72	RAMOS NEYRA, FELIPE V.	CMP 21711
73	RAZURI SUMALAVIA, GLADYS LUCILA	TRAB. SOCIAL
74	ROJAS ALVAREZ, LILIA DORIS	AMA DE CASA
75	REYES CRUZ, REGINA JULIA	PSICOLOGA
76	ROSAS CARDENAS, MARCELA	CMP 4569
77	RIOS VELA, ROSA ELIZABERT	ESTUDIANTE
78	ROJAS BARRIENTOS, MARÍA CLARISA	TEC. ENFERMERA
79	RIVERA SALAZAR, CLEMENTINA	ENFERMERA
80	ROBINET HUAMAN, SARA DE MILAGROS	PSICOLOGA
81	RIVERA ARAUJO, GLORIA	ESTUDIANTE
82	ROJAS MIRANDA, EDELMIRA	ENFERMERA
83	RIVERA IPARRAGUIRRE, CECILIA EUGENIA	LIC. PSICOLOGIA
84	SALCEDO DEL CASTILLO, DORIS ELENA	PSICOLOGA
85	SALAS BARRON, ROSA ELENA	CMP 4408
86	SALAZAR GUARNIZ , BETTY CLARISA	ASIST. SOCIAL
87	SARMIENTO RISSI, PATRICIA VERONICA	ABOGADA
88	SEMINARIO ERAZO, JORCELYN	ESTUDIANTE
89	SIMONI QUIROGA, ERIKA	SOCIOLOGA
90	SOTOMAYOR ROGUERRO, DIEGO ALONSO	PSICOLOGO
91	SUBIRIA CARRILLO, RICARDO	ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
92	SEVILLANO MORALES, SILVIA PILAR	CMP 5669
93	SAFRA RODRIGUEZ, ROSA	TRAB. SOCIAL
94	SACSA DELGADO DENISE	OBSTETRIZ
95	TOLEDO CASTILLO, MILAGROS PILAR	CMP 23648
96	TOMAIRO GARCIA, ROSA MATILDE	EDUCADORA
97	VALLE BALAREZO, VICTOR R.	CMP 9440
98	VERANO ZELADA, JOSE EDUARDO	ESTUDIANTE
99	VASQUEZ SUYO, MARIA ISABEL	CMP 30019
100	VEGA FARRO, MARTHA	ENFERMERA
101	VERA FLORES, FERMIN	CMP 11383
102	VALERA CHAVEZ, JOSE JUAN	CMP 23050

103	VALVERDE HIGALDO, KAROL	ESTUDIANTE
104	VILCHEZ GALVEZ, MARTHA LILIANA	PSICOLOGA
105	VARGAS D ÒNIAM, CARMEN ELIZABETH	ESTUDIANTE
106	VALLEJOS SOLOGUREN, CARLOS	ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
107	ZAHARIA BASSAN, MAYER	ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
108	ZAVALA BERROCAL, GLADYS MARTHA	ESTUDIANTE

PONTIFICIA UNIVERSIDA CATOLICA DEL PERU

N	NOMBRE	CATEGORIA
01	ARGUMENDO, DORIS	MAGISTER
02	VELASQUEZ, TESANIA	MAGISTER
03	PEZO, CESAR	MAGISTES

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

N	NOMBRE	CATEGORIA
01	BUSTAMANTE CHAVEZ, INES VERONICA	PSICOLOGA
02	CALDERON ROJAS, DARSY	PSICOLOGA
03	CUEVA VERGARA, GLORIA LUZ	CMP 21499
04	FIESTA SALDARRIAGA, FABIAN	CMP 44030
05	GUSHIKEN MIYAGUI, ROBERTO ALFONSO	CMP 24022
06	MATOS RETAMOZO, LUIS JULIO	CMP 11018
07	MENDEZA VILCA, MARIA DE LOS ANGELES	ENFERMERA
08	PIAZZA FERRAND, MARINA JULIA	EPIDEMIOLOGA
09	RIVERA HOLGUIN, MIRYAN REBECA	PSICOLOGA

HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

N	NOMBRE	CATEGORIA
01	ARIAS ALBINO, AMELIA	CMP
02	GELDRES VILLAFUERTER, NELIDA AMPARO	PSICOLOGA
03	GIRON VARGAS, MARIA LUISA	PSICOLOGA
04	KUROIMA BERMEJO, GABRIELA	CMP 27764
05	SERPA REYES, ELISA SOLEDAD	ENFERMERA

**BECAS UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

N	NOMBRE	CATEGORIA
01	HERNANDEZ MURO, ALEXANDRA	ESTUDIANTE, UPCH
02	MEDICA REYES, YESICA	ESTUDIANTE, UPCH
03	REJTMAN FLORES, LORENA	ESTUDIANTE, UPCH
04	RODRIGUEZ HUAYANEY, FRANCESCA	ESTUDIANTE, UPCH
05	VALDERRAMA PYE, GABRIELA	ESTUDIANTE, UPCH

BECAS UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

N	NOMBRE	CATEGORIA
01	LAZO RAMOS, ANA MARIA NACELI	ESTUDIANTE, UNFV
02	MARTINEZ PERALTA, MELISSA M.	ESTUDIANTE, UNFV
03	RAMIREZ SALAZAR, CONSU	ESTUDIANTE, UNFV
04	RODRIGUEZ TUCTO, XANDRA YANINA	ESTUDIANTE, UNFV
05	VASQUEZ PEREZ, HELDY EVELYN	ESTUDIANTE, UNFV
06	VELAS POLANCO, FULTON FRANK	ESTUDIANTE, UNFV
07	VILLAFUERTE PUMARAYME, SUSAN M.	ESTUDIANTE, UNFV