

Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas

Luciana Ramos Lira*
María Teresa Saltijeral*
Miguel Angel Caballero*

Summary

This paper tries to give an overview of violence as a health problem, considering the related mortality and morbidity reported at three different levels: international, continental and national. It also emphasizes the association between violence and mental health, because this relation has been poorly studied in our country. Some results are reported in terms of the severe psychological consequences of different types of violence, such as torture, war, violent crimes, child maltreatment and violence against women. Particularly, the relation among violence and posttraumatic symptoms is highlighted.

Some data derived from studies developed in the Social and Epidemiological Research Division of the Mexican Institute of Psychiatry shows the strong association between alcohol and drug abuse and violent behaviors. The psychosocial effects of the crime phenomena in the community are also reported. Some preliminary results of a study on crime victims give an idea of the strong posttraumatic consequences suffered by these persons.

Finally, some research areas are suggested, which emphasize the importance of developing studies with a critical conceptualization of violence.

Resumen

El presente trabajo trata de dar un panorama de la problemática de la violencia como problema de salud, considerando la mortalidad y la morbilidad que produce a nivel internacional, continental y nacional. Asimismo, se hace notar la relación violencia-salud mental que, desafortunadamente, ha sido relativamente poco estudiada en nuestro país. Por lo anterior, se revisan los hallazgos de la bibliografía internacional que están enfocados a describir las secuelas psicológicas tan severas que dejan algunos tipos de violencia, como la tortura, la guerra, los delitos violentos, el maltrato a los niños y a los adolescentes, y la violencia contra la mujer. En particular se resalta la relación que hay entre la violencia y los síntomas postraumáticos.

Posteriormente se revisan algunos resultados derivados de las investigaciones realizadas en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, que indican la estrecha relación que hay entre el consumo excesivo de drogas o alcohol y los hechos violentos, así como de los efectos psicosociales que tiene este fenómeno delictivo en la población. También se incluyen algunos resultados preliminares de un estudio en víctimas de delitos que muestra las severas consecuencias que producen.

Proponemos algunas líneas de investigación que deben desarrollarse en este campo y se hace hincapié en la necesidad de construir una visión crítica e integral del fenómeno de la violencia.

* Investigadores de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F.

Introducción

La violencia es un fenómeno social poco reconocido como problema de salud pública en nuestro país. Esto se debe en gran medida a la falta de datos poblacionales confiables sobre su incidencia y sus consecuencias en la salud. Las categorías de registro sobre la mortalidad y particularmente sobre la morbilidad, son demasiado amplias e inespecíficas para poder dar cuenta del problema. Respecto a la salud mental, el panorama es aún más complicado, pues prácticamente no se han considerado indicadores que muestren la asociación violencia-salud mental, por lo que solamente se puede recurrir a algunos estudios específicos para conocer esta relación.

Primero que nada, vale la pena preguntarse: ¿A qué nos referimos cuando hablamos de violencia? El término es complejo y no hay definiciones acabadas. Aún así, cabe aclarar que no debemos asociar a la violencia exclusivamente con la delincuencia, lo cual es una asociación desafortunadamente muy generalizada. Como menciona de Souza (14), sólo hasta hace poco la violencia dejó de ser objeto exclusivo de reflexión de las ciencias jurídicas y se incorporó sistemáticamente a otras áreas del conocimiento. Según la autora, la violencia es una expresión esencialmente humana que posee un carácter histórico, por lo que es universal y a la vez específica en las diferentes formas de organización social. Minayo (36) agrega que puede considerarse como "una relación desigual de fuerza y poder por medio de la cual se busca el aniquilamiento, el dominio o la muerte de las personas, de su psiquismo, de grupos, instituciones o naciones" (pág. 2).

Algunas definiciones más enfocadas a la salud, como la del Centro Nacional para la Prevención y Control de las Lesiones, en los Estados Unidos, restringen un poco más el área: violencia sería "la amenaza o uso de fuerza física contra uno mismo, o contra un individuo o grupo, que puede resultar o que resulta en lesiones o muerte" (13). Sin embargo, no toda la violencia lleva necesariamente a las lesiones físicas o a la muerte, sino que también abarca otro tipo de daños integrales a la salud y al bienestar físico y emocional.

En este sentido, como menciona Christoffel (13), es necesario considerar categorías más específicas para poder detectar tanto los problemas relevantes como las posibles estrategias de prevención. Entre estas

categorías, por ejemplo, podríamos considerar la: violencia contra los menores, la violencia contra la mujer, la violencia delictiva, la violencia contra los ancianos, la tortura política, la guerra o el suicidio.

El presente trabajo pretende dar una visión de conjunto de la violencia como problema de salud, incluyendo la salud mental y tomando en consideración algunas de las líneas de investigación de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales que han aportado hallazgos relevantes sobre este fenómeno.

De esta manera, aun con las dificultades señaladas respecto a las categorías de morbilidad y mortalidad, a continuación revisaremos algunos datos que pueden informar sobre el problema de la violencia a nivel internacional, regional y nacional.

Panorama mundial

Si bien desde 1950, las condiciones de salud en el mundo han mejorado al aumentar la esperanza de vida y disminuir la mortalidad infantil, las estadísticas de mortalidad en el mundo en desarrollo no son tan satisfactorias como se desearía, particularmente entre la población adulta (64).

Como mencionamos, los problemas de salud se evalúan frecuentemente en términos de mortalidad, pero ese indicador no informa acerca de las pérdidas que ocurren por incapacidad, dolor u otras discapacidades. Para resolver esta dificultad, en un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reportado por el Banco Mundial (64), se midió la carga global de la enfermedad (CGE) al combinar: a) las pérdidas por muerte prematura en 1990 (la diferencia entre la edad al morir y la expectativa de vida a esa edad en la población de baja mortalidad), y b) la pérdida de la salud como resultado de una discapacidad. La CGE se mide en unidades de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD).

Aunque en 1990, las enfermedades transmisibles fueron responsables de la muerte prematura del mayor número de hombres y mujeres, las lesiones causaron el 11.9 % de los AVAD perdidos en el mundo (162,6 millones). Al considerar las tasas de AVAD perdidos por 1,000 habitantes, es notorio que las más altas se encuentran en África, al sur del Sahara, en el Medio Oriente y, en tercer lugar, en América Latina. Al agrupar las regiones en desarrollo, la tasa es de 34.4 por 1,000 habitantes, mientras que agrupando los países europeos que antes eran socialistas y los países con economías establecidas de mercado, la tasa es de 18.09.

Ahora bien, si se consideran solamente las lesiones intencionales (las autoinfligidas, los homicidios, la violencia y la guerra), este rubro abarca el 3.7 % de los AVAD perdidos (50,1 millones). Las tasas más altas por 1,000 habitantes corresponden a las regiones de África al sur del Sahara, al Medio Oriente y a América Latina y el Caribe. En el grupo de las regiones en desarrollo, la tasa es de 10.57, mientras que en los PEAS y en los PEMC es de 5.66 por 1,000 habitantes.

Los AVAD perdidos en el mundo por homicidio y violencia fueron, en los hombres, de 142 millones: 118,3

millones en los países en desarrollo, entre los cuales 30.8 millones corresponden a América Latina y el Caribe, y equivalen al índice más alto.

Las guerras de todo el mundo generan 92,5 millones de AVAD perdidos entre los hombres, destacando el sur del Sahara, en África y los países del Medio Oriente con los índices más altos (50,6 y 33,1 millones, respectivamente). En las mujeres, los AVAD perdidos debido a la guerra representan 49,8 millones en los países en desarrollo, principalmente en China (29,2 millones) y en el Medio Oriente (16,5 millones).

Al considerar las 10 primeras causas de AVAD perdidos en 1944, en los países en desarrollo, entre los grupos de edad de 15 a 44 años, se observa que en las mujeres el suicidio ocupó el sexto lugar (3.2 %), mientras que en los hombres el homicidio y la violencia ocuparon el cuarto lugar (6.1 %), la guerra el quinto (4.2 %), y el suicidio el sexto (4.0 %), causas que no aparecen en otros grupos de edad.

Panorama continental

Desafortunadamente, América Latina es una región con graves problemas. Bustelo (5) señala que en la década de los años 80, la pobreza y la indigencia aumentaron en números absolutos y relativos, creciendo tanto en las áreas urbanas como en las rurales. A principios de esta década, continúa el autor, la economía de América Latina conservaba sus tres características básicas: la más alta inflación en el mundo, el mayor endeudamiento externo y la distribución más desigual del ingreso. Esta situación es grave si se toma en cuenta que, con base en estudios como el de Ortiz (citado por Yunes, 65), en Brasil, parece haber una estrecha asociación entre el aumento de la violencia y el rápido proceso económico de concentración de los ingresos en ciertos sectores, donde la convivencia de la abundancia y la miseria agrava aún más esta situación.

En este contexto, no es de sorprender que la violencia haya surgido como un problema que desde los años 80 empezó a generar inquietud en el campo de la salud en el continente americano, en vista de que el perfil de mortalidad en la década pasada indicó que ese problema ocupaba un lugar importante como causa de muerte o enfermedad (36).

En 1986, Yunes (65) comparó los fallecimientos por causas violentas y por enfermedades infecciosas en el grupo de edad de 0 a 24 años, en la población del continente americano, observando que la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas disminuye con la edad, mientras que la tasa de mortalidad por causas violentas aumenta con la edad en prácticamente todos los países analizados.

En 1986, nuestro país ocupó el tercer lugar en defunciones por causas violentas (incluyendo homicidios, suicidios, lesiones y accidentes) con una tasa de 77 por 100,000 habitantes —solamente por debajo de El Salvador y Colombia—. Llama la atención que si bien la mortalidad es siempre mayor entre los hombres que entre las mujeres de todos los países, la relación hombre-mujer, en nuestro país, es de 4.5, y es la más

alta del continente. La proporción de fallecimientos en los menores de 25 años, por causas violentas, es elevada en relación con el total de defunciones por esas mismas causas, de las personas de todas las edades (32.3 %); en México es de 36 %.

Al desglosar las defunciones debidas a los diferentes tipos de violencia, en nuestro país el homicidio en el grupo de 15 a 24 años presentó la tasa más elevada (19.5 muertes por 100,000 habitantes), seguida por la de Brasil y la de los Estados Unidos (65). Si se compara con Canadá —país con una tasa de mortalidad por homicidio muy baja— el riesgo relativo de morir por esta causa es 9.3 veces más alto en México que en Canadá (30).

Panorama nacional

Los indicadores de mortalidad y morbilidad relacionados con la violencia

Históricamente, se han observado cambios drásticos en las causas de muerte de 1940 a la fecha (19). Han aumentado las enfermedades no transmisibles y las lesiones, cuya prevención y tratamiento requieren de cuantiosos recursos; mientras que las enfermedades transmisibles han disminuido aunque siguen implicando una fuerte carga para la salud. En este sentido Frenk y cols. (19) señalaron que México se enfrenta en la actualidad a dos retos: hacer frente a las enfermedades del subdesarrollo como las infecciones, y a los problemas que han surgido de la industrialización y la urbanización, entre ellos, las lesiones. Las enfermedades transmisibles han descendido vertiginosamente, mientras que las no transmisibles van en franco ascenso, al igual que las lesiones. En 1990, las lesiones ocuparon el tercer lugar y los homicidios el décimo como causa de defunción (61).

Ahora bien, si consideramos el indicador de Años de Vida Saludables (AVISA), una quinta parte del peso de la enfermedad se relaciona con lesiones accidentales e intencionales.

En los hombres de 15 a 44 años, las lesiones son la causa del 56 % de los AVAD perdidos. Al desglosar las causas, los primeros lugares les corresponden a los accidentes de motor y a los homicidios. El riesgo de perder un AVISA por accidente automovilístico o agresión física es tres veces más alto que por neumonía, diabetes o infarto al corazón (19). Por lo tanto, la inseguridad vial y la violencia surgen como problemas de salud pública.

Sin embargo, este panorama varía de acuerdo con las regiones y los estados. En la zona rural persisten las enfermedades transmisibles, han aumentado las no transmisibles, y los accidentes y las violencias llegan a 19 %; en la zona urbana las enfermedades no transmisibles son las más frecuentes, mientras que las enfermedades transmisibles, y los accidentes y las violencias prácticamente ocupan el mismo porcentaje (25 %, aproximadamente) (19).

Específicamente, en 1990, los estados de Guerrero, Oaxaca, Michoacán, Morelos, México, Colima y Nayarit presentaron las tasas más altas de mortalidad por

homicidio (de 24.9 a 38.2 por 100,000). Los fallecimientos por lesiones obtuvieron las tasas más elevadas en Colima, Baja California y Chihuahua (de 61.1 a 81.7 por 100,000) (61).

Como se señaló, es muy difícil conocer cuál es la morbilidad relacionada con la violencia de acuerdo con las estadísticas de ingresos a los servicios de salud, pues al hablar de enfermedades no se define claramente cuáles fueron provocadas por violencia intencional. Como señalan Meneses-González y cols. (35) se carece de un sistema de registro que permita dar cuenta de la proporción en la que los accidentes y las lesiones contribuyen al conjunto de los problemas de salud. Desafortunadamente, el subregistro y la imprecisión con la que se indica la causa externa de la lesión impide identificar los factores de riesgo.

En este sentido, un trabajo interesante sobre la mortalidad infantil relacionada con la violencia, es el de Hijar-Medina y cols. (25), quienes hicieron un estudio transversal de 1979 a 1990, con base en los datos de la Secretaría de Salud, en menores de cinco años. Durante ese periodo fallecieron anualmente, en promedio, 4 533 niños de 0 a 4 años de edad por causas accidentales y violentas; de éstos, 2939 fallecieron por homicidio, lo que indica que, en promedio, un niño menor de cinco años es asesinado cada dos días. 39 % de los decesos corresponden a los menores de un año y más de la tercera parte de estos homicidios ocurren antes de que los niños tengan treinta días de nacidos.

Si se consideran las causas específicas y el sexo, se encuentra que las principales causas de homicidio son la violación en las niñas, y el uso de armas de fuego e instrumentos punzocortantes en los niños. La muerte por maltrato presentó el mismo patrón en los niños de uno y otro sexo. La sumersión implica un riesgo mayor en los niños de uno a dos años, y va disminuyendo conforme avanza la edad. El riesgo de morir ahorcado o por otros medios no especificados, es mayor para los niños menores de un año.

Un estudio que aporta más información sobre el tema es el de Hijar-Medina y cols., de 1992 (24), realizado en los servicios de urgencia de los 24 hospitales del Departamento del Distrito Federal, que muestra que las lesiones a las mujeres, provocadas por la violencia, ocurrieron más frecuentemente en el hogar, mientras que las lesiones de los hombres ocurrieron, sobre todo, en la vía pública. Por su parte, Ramírez-Rodríguez y Uribe-Vázquez (46) indican que 57 % de las mujeres de las zonas urbanas, y 44.0 % de las zonas rurales de Jalisco, habían experimentado alguna forma de violencia interpersonal. En una quinta parte de las mujeres del área rural y en una cuarta parte de las del área urbana, el maltrato estuvo relacionado con el estado de alcoholización del agresor. El esposo principalmente, seguido del padre, son los que más las maltratan. Cox y Valdéz Santiago (citados por Heise y cols., (22) indican que 33 % de las mujeres con ingresos bajos y medios, de los barrios periurbanos de la ciudad de México, habían vivido una relación violenta, y 6 % habían sido violadas por su marido.

Otros indicadores de la problemática de la violencia los aporta el sistema de justicia y las organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan sobre la vio-

lencia, y acerca de los cuales daremos algunos datos del Distrito Federal.

Situación delictiva en el Distrito Federal

En el Distrito Federal, el número de delitos cometidos con violencia y sin violencia, denunciados ante la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), considerando solamente los meses de enero de 1991 a 1995, muestra que aumentaron los delitos sin violencia (40-44).

Al considerar los tipos específicos de delitos violentos en los últimos años, se observa que aumentaron los robos con violencia, las lesiones intencionales y el homicidio intencional, mientras que se denunciaron menos delitos sexuales.

Los robos con violencia denunciados en Distrito Federal aumentaron notablemente en 1994, en el rubro de robo al transeúnte (14,011 denuncias en ese año) y al chofer repartidor (10,412) y, sobre todo, de automóviles (12,591). Las lesiones intencionales denunciadas en el Distrito Federal han aumentado particularmente desde 1993, principalmente las debidas a golpes (15,776 denuncias en 1994). Los homicidios intencionales muestran un ascenso de 1991 a 1992, un leve descenso en 1993 y un marcado repunte el año pasado (1,099 denuncias). Una gran cantidad de ellos se cometieron con armas de fuego (615), mostrando una tendencia ascendente en el uso de este tipo de instrumentos. También en 1994 aumentó el uso de armas blancas (240 denuncias) y se mantuvo estable el número de homicidios ejecutados por la fuerza física.

Como se señaló, descendieron las denuncias de delitos sexuales en todos estos años, aunque aumentaron ligeramente de 1993 a 1994 (de 2,208 denuncias a 2,381). El abuso sexual es el único tipo de delito que aumentó de 1993 a 1994 (637 a 733).

En particular llama la atención el número de delitos denunciados que reporta la PGJDF al compararlo con los datos proporcionados por Cazorla (12), Directora del Centro de Terapia de Apoyo de la misma institución, quien indica que de enero a noviembre de 1993 el número de víctimas captadas por las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales y por dicho centro, ascendió a 3,039 (mientras que la PGJDF sólo reportó 2,208). La Delegación Gustavo A. Madero recibió el mayor número de denuncias, seguida por Iztapalapa, Cuauhtémoc, Coyoacán y Venustiano Carranza. El 43.4 % de las denuncias fueron por violación, el 24.4 % por abuso sexual y el 7 % por la tentativa del abuso sexual. El 91 % de las víctimas eran mujeres y el 9 % hombres. El 60 % de las personas agredidas eran menores de 19 años.

Datos de organizaciones no gubernamentales para el Distrito Federal

Los datos reportados en México, para 1993, por un organismo no gubernamental (17), sobre el abuso sexual a menores, señalan que en su mayoría se trata de mujeres que fueron (92 %), atacadas por hombres (97 %). Casi todas las agresiones se cometieron en menores de 1 a 10 años de edad. La relación con el

agresor era de consanguinidad en 62 % de los casos (principalmente hermano, padre-padrastra y tío), en 21 %, el agresor era un conocido no consanguíneo, y en 17 % un desconocido.

El mismo centro indica algunas de las características de las mujeres que acudieron en 1993 a ese centro por maltrato doméstico. El 57 % tenía entre 26 y 40 años y casi la mitad eran asalariadas. En 10 de los 57 casos, su padre también las había agredido sexualmente; en más de la mitad de los casos los agresores maltrataron física o emocionalmente a sus hijos, y en 44 % golpearon a la madre en su presencia. Todas las mujeres reportaron violencia emocional; casi cuatro de cada cinco fueron agredidas físicamente y 47 % sexualmente, además de emocional y físicamente.

En cuanto a los delitos sexuales, se captaron 85 casos de violación en 1993, de los cuales sólo 3 fueron de varones. La mayoría de las sobrevivientes tenían entre 14 y 25 años, y en 41 % de los casos la agresión había sido tumultuaria. Casi dos terceras partes de los violadores eran desconocidos, 27 % eran conocidos (sobre todo amigos y novios) y 8 % eran parientes. La mitad de los agresores utilizó armas.

Violencia y salud mental

Aún ante este panorama desolador, es importante hacer notar que se sabe menos sobre el impacto de la violencia en la salud mental, pues muchas de las medidas reportadas no indican todas las consecuencias de la enfermedad ni de la lesión. Sin embargo, la idea de que la violencia puede dejar secuelas psicológicas ha sido sostenida en varios estudios. Entre las dificultades psicológicas que experimentan las víctimas, se encuentran los síntomas del denominado Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), que también se ha relacionado con otros padecimientos, como la depresión y la dependencia de sustancias.

En cuanto a la posible relación de los padecimientos mentales con la violencia, se han investigado principalmente siete tipos de violencia: la violencia política o la tortura, la violencia criminal, las víctimas de la guerra, las víctimas de los desastres, los veteranos de guerra, los niños y adolescentes que han sido víctimas de la violencia sexual e intrafamiliar y las mujeres que han sido víctimas de la violencia de género. A continuación daremos algunos datos relevantes de cada tipo de violencia, con excepción de los desastres, que no son el objetivo de este trabajo, aun cuando en muchos de ellos (como las explosiones de Bophal y Guadalajara) interviene la falta de responsabilidad de los seres humanos. Como se han hecho muchos estudios sobre este tema, solamente daremos algunos datos que muestran la importancia que tiene estudiar cómo afecta la violencia a la salud mental.

La violencia política o la tortura

Se ha encontrado que las víctimas de la violencia organizada del Estado, que han sido sometidos o no a la tortura, desarrollan una alta frecuencia de diagnósticos de TEPT, depresión y trastornos somatoformes (1,54).

Las víctimas de la guerra

En los niños que emigraron a los Estados Unidos provenientes de Centroamérica, que estuvieron expuestos a la violencia de la guerra, también se encuentra un alto índice de síntomas postraumáticos y de problemas en el funcionamiento cognoscitivo (16). Castillo y Waitzkin (9) indican que los refugiados latinoamericanos que residen en los Estados Unidos, que habían experimentado traumas relacionados con la guerra o la migración, presentaron altos niveles de somatización. Kinzie y cols. (27) también los encontraron en los refugiados de Indochina en los Estados Unidos; muchos de ellos habían estado en campos de concentración y padecían traumas relacionados con la guerra; 70% de ellos padecían también de TEPT.

Los veteranos de guerra

Solomon y cols. (62) indican que una proporción significativa de veteranos israelitas (alrededor del 13 %) aún siguen sufriendo el síndrome completo de TEPT, dos décadas después de la guerra, pero más de la mitad siguen presentando síntomas postraumáticos. Friedman y cols. (20) revisaron los estudios que hay sobre este tema, particularmente los que se relacionan con los veteranos de Vietnam, e indican que en un estudio nacional de los Estados Unidos (*National Vietnam Veterans Readjustment Study*) se encontró una prevalencia de 15 % de TEPT en los varones, y de 8.5 % en las mujeres. Este porcentaje se eleva dramáticamente en los hombres y las mujeres que estuvieron en las zonas del conflicto bélico: 35.8 % en los primeros y 17.5 % en las segundas. El TEPT de por vida se estimó en 30.9 % y 26.9 %, respectivamente. Asimismo, la comorbilidad de este padecimiento es muy alta, principalmente con depresión y con trastornos por el uso de alcohol y drogas.

Las víctimas y los testigos de crímenes violentos

Respecto a los delitos violentos, Pynoos y cols. (45) hicieron un estudio en niños que fueron testigos de una masacre en su propia escuela, en la que murió un alumno, y 14 de sus compañeros recibieron heridas de bala, y encontraron que 38.4 % de los niños que acudían a esa escuela presentaron síntomas severos o moderados de TEPT. Nader y cols. (38) señalaron que todavía 14 meses después, los niños que habían estado más expuestos seguían presentando síntomas crónicos de TEPT. Fisher y Jaccoby (18) encontraron que el personal de autobuses que había sufrido algún asalto con violencia, padecía empeoramiento psiquiátrico y malestar, y el 23 % de ellos había desarrollado un TEPT. Por su parte, Breslau y cols. (4) encontraron en la población juvenil urbana de Detroit una prevalencia de 9.2 % de TEPT, que se elevó a 23.6 % en los muchachos que estuvieron expuestos a acontecimientos traumáticos: accidentes graves, ataques físicos y ver herir gravemente o asesinar a alguien.

Los niños y adolescentes que han sido víctimas de la violencia sexual o intradoméstica

Los efectos psicológicos del abuso sexual y del maltrato en la infancia y la adolescencia, han sido documentados en una gran cantidad de estudios (para conocer las revisiones sobre el tema: cfr. 15 y 32). En particular, se ha encontrado que el abuso sexual está relacionado con los embarazos tempranos, las enfermedades sexualmente transmisibles, el abuso de alcohol y drogas, las parejas múltiples, otras victimizaciones a lo largo de la vida, involucración en relaciones violentas, enfermedades mentales y, en el caso particular del maltrato, mucho se ha hablado de su relación con conductas delictivas y con la transmisión intergeneracional de la violencia, que aunque no ha sido totalmente comprobada sigue siendo motivo de preocupación (63), por lo que es notable la carga de esta problemática para la salud.

La violencia contra la mujer

Las Naciones Unidas consideran como violencia contra la mujer: "todo acto de violencia de género que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada" (22). Heise y cols. (22) señalan que aun cuando la denominada violencia de género —que incluye violación, violencia doméstica, mutilación, prostitución forzada, homicidio y abuso sexual, entre otras formas— es causa significativa de morbimortalidad femenina, no se considera tema de salud pública. Según las estimaciones del Banco Mundial sobre la Carga Global de Enfermedad, en las economías establecidas de mercado, esta victimización es responsable de uno de cada cinco días perdidos de vida saludable por las mujeres en edad reproductiva.

Según un estudio de la ONU (37), la violencia en el hogar es la más difícil de reconocer, pues el secreto, la falta de pruebas y los obstáculos sociales y jurídicos hacen difícil reunir datos exactos. La mayoría de los datos provienen de pequeños estudios que apenas dan una idea de lo que se supone que es un fenómeno mundial. Por esto no se pueden elaborar indicadores precisos sobre la magnitud de la violencia contra la mujer, pero muestran que es una práctica común y que la mujer suele ser la víctima tanto en las regiones desarrolladas como en los países en desarrollo.

La violencia de género tiene fuertes consecuencias en la salud física: el aborto espontáneo, el embarazo no deseado, las enfermedades sexualmente transmisibles, las lesiones y hasta el homicidio y el suicidio (15,22). En cuanto a la salud mental, Heise y cols. (22), con base en datos del Banco Mundial, reportan que el TEPT genera 2.1 millones de AVAD perdidos en las mujeres, un 60 % atribuible a la violencia doméstica y a la violación, mientras que la depresión genera 10.7 millones de AVAD perdidos, 50 % de los cuales son atribuibles a esta violencia. En concordancia con estos datos, Koss (28) encontró que la mayoría de las mujeres que han sido víctimas de la violencia

cia responden inmediatamente con malestar, que si no se resuelve, lleva a desarrollar patrones sintomáticos crónicos y de larga duración que coinciden con el Trastorno de Estrés Postraumático y que afectan a los índices tan elevados de depresión femenina.

Los estudios del Instituto Mexicano de Psiquiatría

La División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales ha abordado en alguna medida esta problemática. Si bien algunos estudios han tratado el tema de la violencia en forma indirecta, otros la han estudiado más específicamente. Por lo anterior, mostraremos a continuación algunos hallazgos derivados de tres agrupamientos de investigaciones que, aun cuando no se han dirigido al estudio de la violencia específicamente, sin embargo aportan datos interesantes, y una última línea dirigida más específicamente a abordar la violencia delictiva y su impacto psicosocial y psicopatológico.

Los estudios en la comunidad y en los servicios de salud

La tabla 1 muestra algunos de los resultados de los estudios sobre el consumo de alcohol en diferentes poblaciones, y las consecuencias que éste ocasiona (3, 31,33,34,56,60). Se observa que el estado de embriaguez se asocia con accidentes e incidentes violentos

que con frecuencia llegan a ocasionar traumatismos. Asimismo, la violencia intrafamiliar también se relaciona con el consumo de alcohol del agresor. En particular, los hombres y los jóvenes se involucran con más frecuencia en actos de violencia relacionados con los estados de embriaguez.

Los estudios sobre las drogas y el alcohol en la población estudiantil

La tabla 2 muestra algunos de los estudios sobre el consumo de drogas o alcohol en la población estudiantil y su relación con las conductas delictivas (2,10, 11,21,26). La mayor parte de la información de estos estudios destaca el hecho de que los usuarios excesivos de drogas han llevado a cabo más actos antisociales, en particular los que consumen solventes y cocaína. Asimismo, que los principales factores de riesgo para la realización de actos antisociales es el ser hombre y el consumir alcohol o drogas.

Los estudios en grupos específicos

En la tabla 3 se observa que los estudios realizados en poblaciones específicas arrojan datos importantes sobre las conductas violentas, como en el caso de los homicidas (23), en el se observan diferencias importantes en el malestar psicológico, comparables con las de los parasuicidas. Los estudios sobre las bandas

TABLA 1
Estudios en comunidad y servicios de salud

<i>Autor/año</i>	<i>Método</i>	<i>Resultados</i>
Mas y cols. (1986) Rosovsky y cols. (1986)	Muestra representativa de paciente en un servicio de urgencias. Muestra captada por medio de una agencia del ministerio público de un hospital de urgencias del DF.	La embriaguez está relacionada más que con problemas crónicos, con problemas sociales, como los actos violentos y los accidentes. Más de la mitad de la muestra estudiada estuvo constituida por jóvenes de 15 a 25 años. El motivo de ingreso se debió a las lesiones ocasionadas por terceros. La mayor parte de estos individuos reportó haber ingerido bebidas alcohólicas.
Mas y cols. (1989)	Se tomó una muestra de 5 bares de la zona sur de la ciudad y se aplicó el cuestionario a 1021 sujetos.	El 11 % de los sujetos reportó haber sufrido incidentes violentos y, de éstos, el 9 % los experimentó en estado de ebriedad. Los hombres sufrieron incidentes violentos bajo los efectos del alcohol con más frecuencia que las mujeres.
Borges y cols. (1991)	Estudio de casos y controles sobre mortalidad infantil. Se entrevistó a 704 familias de Naucalpan, Edo. de México.	La conducta violenta del esposo hacia la esposa se observó en el 8 % de la muestra; contra los vecinos en un 4 % y contra sus hijos en un 3.6 %. La violencia está muy relacionada con el patrón que se sigue en el consumo de bebidas alcohólicas.
Encuesta Nacional de Adicciones: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología-Instituto Mexicano de Psiquiatría; 1990	Autorreporte de accidentes y violencia relacionados con la ingestión de alcohol en la población general.	De los bebedores adultos, el 3.4 % había sufrido un accidente automovilístico, el 3.7 tuvo un accidente de otro tipo y el 8.8 % intervino en una pelea por estar bebiendo.
López y cols. (1991)	Estudio transversal en ocho hospitales de urgencias, en pacientes de más de 15 años.	El 78 % de los pacientes ingresó por traumatismo. 17 % salió positivo en el alcosensor. El 21 % del total de pacientes había consumido alcohol 6 horas antes del suceso.

TABLA 2
Estudios sobre drogas y alcohol en población estudiantil

<i>Autor/año</i>	<i>Método</i>	<i>Resultados</i>
Castro (1986)	Muestra representativa de estudiantes del colegio de Bachilleres en la zona metropolitana.	Los grandes consumidores de drogas cometen más actos delictivos que el resto de los usuarios.
Castro y cols. (1988)	Estudiantes del Colegio de Bachilleres del D.F. Muestreo bietápico estratificado por turno.	Se observa que las conductas más frecuentes entre los usuarios excesivos de drogas son la participación en riñas, dañar las cosas ajenas, golpear o herir a alguien, tomar un auto sin permiso del dueño, etc.
Galván y cols. (1994)	Estudiantes de enseñanza media en el D.F. extraídos de la Encuesta Nacional de 1991.	Los estudiantes que usan drogas intervienen en más actos antisociales, particularmente los usuarios de cocaína.
Juárez y cols. (1994)	Estudiantes de secundaria y bachillerato del D.F. extraídos de la Encuesta Nacional de 1991.	Los principales factores de riesgo para cometer actos antisociales son ser hombre y consumir alcohol y drogas.
Berenzon y cols. (1994)	Estudiantes de enseñanza media en el D.F. extraídos de la Encuesta Nacional de 1991.	Hay una relación directa entre el uso de solventes y los actos antisociales. Los hombres son los principales consumidores.

juveniles (29,59) las caracterizan como grupos que realizan actos delictivos y tienen comportamientos violentos relacionados con el consumo de drogas, y que, a su vez, sus miembros son también víctimas frecuentes de la violencia policiaca. Los estudios de Casco y cols. (6-8) destacan la importancia de la historia familiar —en particular de la violencia doméstica y la falta de afecto— y de las experiencias de abuso sexual en las mujeres, como factores de riesgo para desarrollar un consumo patológico de alcohol. Asimismo, indican que esas relaciones violentas las repiten cuando son adultos. Romero y cols. (55) hacen notar la relación que hay entre el consumo de drogas, principalmente de solventes, y la ejecución de actos violentos, así como las situaciones de abuso que también sufren los usuarios por parte de las autoridades. Finalmente, Natera y cols. (39) indican que las familias de los usuarios de drogas o alcohol también son víctimas frecuentes de la violencia.

Los estudios sobre violencia delictiva

Se han llevado a cabo tres investigaciones relacionadas con el tema. Las dos primeras (tablas 4 y 5) se dedicaron, principalmente, a caracterizar el fenómeno delictivo convencional en el Distrito Federal, y sus efectos psicosociales, principalmente en términos del miedo a ser víctima de algún delito, la inseguridad y el impacto en el estilo de vida, entre otros (47-52,57,58).

Asimismo, en una de ellas (tabla 4) se exploraron cualitativamente las percepciones sobre la violencia de las personas de diferente nivel socioeconómico (49), encontrando visiones totalmente distintas de la problemática, particularmente en cuanto a las formas de violencia que más preocupación generan y las atribuciones de causalidad. Esto permite resaltar la necesidad de considerar las variables socioeconómicas y cul-

turales al efectuar investigaciones en esta área, pues éstas son determinantes para las representaciones, actitudes y creencias que supuestamente son diferentes.

En términos del miedo a la victimización, en ambos estudios se encontró que las mujeres presentan puntajes significativamente más altos que los hombres; éstas también presentan mucho más inseguridad y utilizan estrategias de enfrentamiento al delito muy limitantes para su estilo de vida. Hay diferentes factores que afectan diferencialmente al miedo, pero el género es el más importante al relacionarlo con las variables de personalidad, las cognoscitivas y con la forma en que se percibe la labor que desarrollan las instancias encargadas de la seguridad, como la policía.

La situación delictiva es preocupante, pues muchas personas han sido victimizadas, con violencia y sin ella, particularmente en la vía pública, observándose que en muchos casos se usan las armas blancas y de fuego como forma de amenaza.

En cuanto al tercer estudio de corte cualitativo con víctimas de delitos (tabla 6) efectuado en parte con la colaboración inter-institucional del Centro para la Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE) y planteado principalmente para profundizar en los efectos psicológicos y psicopatológicos que pueden llevar a desarrollar cuadros tales como el Trastorno de Estrés Postraumático (53), vale la pena hacer notar lo siguiente: los resultados preliminares muestran que, si bien algunas victimizaciones son por naturaleza más impactantes que otras, como la violación, las manifestaciones delictivas como los asaltos en la vía pública y el robo en casa habitación, todas pueden generar profundos efectos psicológicos y conductuales que no siempre son fáciles de resolver. Al respecto, parece ser muy importante el sentido y la atribución que se le da al suceso delictivo, y las redes de apoyo para desarrollar una trayectoria resolutoria o no del hecho. Asi-

TABLA 3
Estudios en grupos específicos

<i>Autor/año</i>	<i>Método</i>	<i>Resultados</i>
Heman (1989)	Estudio de casos en muestras de parasuicidas y homicidas.	Los homicidas son generalmente hombres casados con nivel de educación básica. Comparativamente con los parasuicidas, los homicidas tienen niveles más bajos de ansiedad y depresión.
Santamaría y cols. (1989)	Estudio de tipo naturalístico por observación participante en un grupo de jóvenes banda.	La banda se caracteriza por cometer actos delictivos. Muchos de sus miembros roban para conseguir dinero. Es constante el intercambio de agresiones con la policía. La banda representa un vehículo de apoyo, pero también entre ellos se intercambian agresiones.
Casco (1990)	Estudio de casos retrospectivo de tipo exploratorio en hombres y mujeres alcohólicos del CAAF	Tanto en los hombres como en las mujeres influyó mucho el alcoholismo de la familia de origen, la violencia familiar y la privación afectiva para iniciar el consumo de alcohol. Particularmente en las mujeres, las experiencias de la infancia se asocian con mayores repercusiones sociales y condiciones patológicas en cuanto a mantener relaciones con hombres alcohólicos y violentos.
Lara y cols. (1990)	Estudio etnográfico de una banda que reside en una zona marginada de la ciudad de México, y de sus familias.	El análisis cualitativo de la dinámica del grupo destaca un comportamiento más violento probablemente aunado al uso de drogas, en particular inhalables y marihuana. Su comportamiento violento se observa en su participación en riñas y robos. La familia del chico banda es inestable en la relación de pareja y con los hijos.
Casco (1992)	Historia de vida de doce mujeres alcohólicas que reciben atención en un centro de tratamiento.	Intervienen varios factores para que estas mujeres hayan desarrollado un alcoholismo crónico; destacan los factores patológicos de los padres así como los aspectos interaccionales y socioculturales del sistema familiar. Además del abuso sexual se presentan otros tipos de abusos, como el hostigamiento físico o verbal, la explotación infantil y la negligencia.
Casco y cols. (1993)	Estudio retrospectivo de casos, de tipo exploratorio. Se entrevistó a 12 mujeres con diagnóstico de alcoholismo en el CAAF.	Las variables más importantes para el desarrollo del alcoholismo fueron: los antecedentes de alcoholismo en la familia de origen, las condiciones de violencia y la privación afectiva durante la infancia.
Romero y cols. (1994)	Estudio etnográfico sobre drogas con informantes clave y un grupo focal de usuarios en el D.F.	Los análisis cualitativos muestran que algunas drogas tienen efectos que provocan actos violentos, como es el caso de los solventes. Asimismo, la combinación de diferentes drogas con el alcohol también se asocia con estos actos. No todos los actos violentos se cometieron durante la intoxicación aguda, sino que ocurrieron durante la etapa de ansiedad al aparecer el síndrome de abstinencia. Los usuarios de drogas se quejan de los abusos de las autoridades encargadas de controlar el narcotráfico.
Natera y cols. (1994)	Estudio en usuarios de alcohol y/o drogas y sus familias, con entrevistas semiestructuradas.	La familia soporta por periodos prolongados los actos de violencia física o psicológica. La familia también es víctima de la violencia cuando el usuario de drogas decide suspenderlas por su propia voluntad. La violencia se manifiesta también fuera del hogar, por ejemplo, en el trabajo, en la calle y con la policía.

mismo, son notables las frecuentes quejas sobre el sistema de justicia y la impunidad con la que siguen actuando los delincuentes. Actualmente se están analizando las entrevistas y terminando de recopilar otras, por lo que aún queda mucho trabajo analítico por hacer. Vale la pena hacer notar lo difícil que ha sido llevarlas a cabo por el impacto que ha generado este estudio en los mismos investigadores.

Perspectivas

A pesar de que es difícil explicar las causas de la violencia ya que parece comprender una gran cantidad de factores, es urgente que las disciplinas preocupadas por la salud mental dirijan su atención al estudio de los dos elementos que intervienen en el fenómeno violento: los agresores y las víctimas. En cuanto a los

TABLA 4
Estudio sobre violencia y victimización

Autor/año	Objetivo	Tipo de estudio	Sujetos	Instrumento	Resultados principales
Ramos (1990) Ramos y Andrade (1991) Ramos y Andrade (1993)	a) Determinar las variables con mayor poder predictivo en relación con el miedo a la victimización.	Estudio de campo transversal en dos comunidades de diferente nivel socioeconómico.	181 personas seleccionadas por muestreo no probabilístico. 46 % de hombres y 54 % de mujeres.	Entrevista estructurada aplicada en hogares. AREAS: • Demográficas • Delitos sufridos en el último año • Miedo a la victimización • Riesgo percibido de victimización • Gravedad percibida • Percepción del control de la violencia y de la delincuencia • Consecuencias en la vida cotidiana • Desconfianza.	<ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres presentan significativamente más miedo a ser victimizadas que los hombres. • Un 9 % de los entrevistados había sufrido robo con violencia y 12.7 % robo sin violencia. Un 6 % reportó robos de casa en ausencia de los dueños, y 3 % estando alguien en ella. • Los hombres habían sufriendo significativamente más delitos violentos. • Según la regresión múltiple, las personas con más miedo a ser víctimas de delitos violentos eran las mujeres, las personas fatalistas y con menos control interno y los individuos que se percibían en mayor riesgo de ser víctima de actos violentos.
Ramos (1992)	b) Conocer las experiencias y los puntos de vista sobre la violencia de las personas que viven en dos colonias de diferente nivel socioeconómico.	Estudio cualitativo con la técnica de grupos de enfoque en las dos colonias seleccionadas.	Se hicieron nueve grupos en la colonia de nivel bajo y cuatro en la de nivel alto.	Guía temática AREAS: • Problemas de violencia en la colonia • Ejecutores de la violencia • Víctimas de la violencia • Situaciones propiciadoras de la violencia • Atribuciones de causalidad de la violencia • Alternativas de prevención.	<ul style="list-style-type: none"> • Las percepciones de la problemática de la violencia son distintas en las diferentes colonias. • En la colonia de nivel bajo se considera que las bandas, la drogadicción y el daño en propiedad ajena son los problemas principales, considerándose que sus causas responden principalmente a haber tenido hogares desintegrados. • En la de nivel medio alto, los robos de vehículos y de casa son la preocupación principal, considerándose que la pobreza y el uso de drogas son sus causas principales.

TABLA 5
Estudios sobre violencia y victimización

Autor/año	Objetivo	Tipo de estudio	Sujetos	Instrumento	Resultados principales
Ramos (1991) Ramos (1994) Saltijeral, Ramos y Saldivar (1994) Saldivar, Ramos y Saltijeral (1994)	a) Conocer la experiencia directa de victimización deictiva en los habitantes del D.F. b) Determinar las variables predictivas del miedo a la victimización, incluyendo otros factores no considerados en el estudio anterior.	Encuesta en hogares con base en un muestreo no probabilístico por cuotas según el estrato poblacional (colonia de nivel medio bajo vs colonia de nivel medio alto), género y tres grupos de edad (14-25 años, 26-35 y 36-65)	600 personas, 300 de cada estrato, 279 hombres y 321 mujeres.	Cuestionario aplicado en entrevista. AREAS: • Demográficas • Servicios públicos en la colonia • Deterioro percibido • Red comunitaria • Exposición a medios masivos de comunicación • Desconfianza en la policía • Victimización deictivas sufridas • Victimización indirecta • Estilo de vida • Miedo a la victimización • Inseguridad percibida • Riesgo percibido de victimización • Percepción del control • Estrategias de enfrentamiento frente al delito • Ansiedad rasgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Dos terceras partes de los entrevistados habían sido víctimas de algún delito, principalmente en vía pública y con violencia. • Más de la mitad había sido víctima de algún delito el año anterior, sobre todo de tipo violento. • Los delitos más frecuentes fueron el robo en la vía pública, las lesiones, el robo de vehículos y de partes de los vehículos y robo de casa habitación. • Los hombres —en particular jóvenes— han sido más victimizados que las mujeres, sobre todo en los rubros de robos en vía pública y lesiones. • Se reportan altos índices de violencia en la ejecución de delitos, particularmente en los robos en la vía pública y en el transporte público, así como en el robo a los negocios; frecuentemente se utilizan armas blancas y de fuego. • Un 3 % de las mujeres entrevistadas habían sido violadas. • Las mujeres presentan significativamente más miedo a la victimización y más inseguridad que los hombres, y despliegan más estrategias evitativas ante el riesgo de sufrir un delito en la vía pública (no salir solas de noche, no pasar por lugares, etc.) • En un modelo de regresión múltiple, las variables género, desconfianza en la policía y ansiedad rasgo, son factores explicativos del miedo.

TABLA 6
Estudio sobre violencia y victimización

Autor/año	Objetivo	Tipo de estudio	Sujetos	Instrumento	Resultados principales
Ramos, Saltijeral y Caballero (1994).	Comprender el proceso por el que atraen las personas que son víctimas de diferentes delitos, en particular la construcción subjetiva del delito sufrido y si su significado puede asociarse con reacciones posttraumáticas, principalmente con síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático.	Estudio cualitativo con una muestra seleccionada de casos.	<ul style="list-style-type: none"> • 20 víctimas de asalto en la vía pública • 20 víctimas de robo a casa habitación • 20 víctimas de violación (esta muestra está aún en proceso de captación). 	<p>Entrevista grabada realizada al mes y a los seis meses de haber sido víctima del delito, con base en una guía temática.</p> <p>AREAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demográficas • Cómo era antes su vida • Victimizaciones anteriores • Narración del suceso delictivo • Apoyo institucional, social y familiar • Reacciones posttraumáticas. 	<p>Resultados principales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta la fecha hemos observado que las víctimas de violación presentan en todos los casos (seis) un diagnóstico de Trastorno de Estrés Posttraumático, según el DSM III-R. • Sin embargo, en las mujeres asaltadas con violencia también se presenta una gran cantidad de síntomas posttraumáticos. • Es importante señalar que en todos los casos, aún en el robo de casa, se presenta algún tipo de síntoma posttraumático que se manifiesta en forma diferente en los hombres y en las mujeres. Por ejemplo, en los primeros es muy común, el coraje y el deseo de venganza, mientras que en las segundas es frecuente el miedo y el temor a que se repita el suceso. • Asimismo, parece ser esencial el grado de amenaza a la vida, la forma de actuar de los agresores y las atribuciones que se hacen del delito, para generar un mayor impacto. • Es notable el alto grado de violencia verbal con el que se llevan a cabo los asaltos, y las violaciones, así como el uso frecuente de armas de fuego. • El sistema de justicia, incluyendo a los Ministerios Públicos, secretarías y policías, es percibido muy negativamente por la mayoría de los informantes, y es claro que las autoridades no actúan, por lo que los delincuentes quedan impunes. • En varios casos, particularmente en las violaciones, el suceso desencadena un proceso de post-victimización y cambios drásticos en la vida.

primeros, se requiere planear estudios que busquen tanto conocer el patrón socio-demográfico común a los diferentes tipos de agresores como las particularidades psicológicas y psicopatológicas asociadas, es decir, es importante hacer desde estudios de corte epidemiológico hasta los más específicos de tipo clínico. Si bien puede ser difícil evitar ciertas formas de violencia en las que intervienen elementos socioeconómicos y políticos, hay la posibilidad de entender los factores de riesgo para la comisión de ciertos actos, y por otro lado, habría la posibilidad de incidir en una verdadera rehabilitación de aquellos que cometen actos violentos.

Respecto a las víctimas, podemos destacar dos niveles de abordaje para estudiarlas: los efectos de la violencia en grandes sectores de la población, que no necesariamente es victimizada directamente, y los efectos de este fenómeno en quienes han sufrido en carne propia algún hecho violento, pues como observamos en la revisión, las secuelas son graves, pueden durar mucho tiempo y deteriorar la calidad de vida de estas personas. Es esencial, además, conocer las actitudes y creencias de los que sustentan a la violencia como forma de relación, para poder ir atacando las raíces del problema; se requiere tener una visión crítica de los fenómenos violentos y considerar a los individuos y grupos dentro del contexto socioeconómico y cultural más amplio, pues la violencia se hace específica en espacios y tiempos históricos.

Como se señaló, un problema de salud emergente es aquél que con el paso del tiempo aumenta de magnitud y, en consecuencia, supera a otros que ocupaban los primeros sitios dentro de las causas de muerte o discapacidad. Este es el caso de la violencia, que con diferentes facetas han aparecido en nuestro país, como delincuencia, violencia intrafamiliar, sexual y política, y, desafortunadamente, hasta en la guerra, por lo que se convierte en un vasto campo de exploración para estudiarlo e intervenir en él.

Para concluir y no quedarnos solamente en cifras, terminamos con un pequeño testimonio recopilado en el estudio de Ramos, Saltijeral y Caballero (53), que nos permite mostrar el impacto devastador de una violación y todo el proceso de victimización posterior que, muchas veces, se desencadena. El testimonio

pertenece a una mujer de 24 años, casada y con hijos pequeños, que sufrió esta agresión en la calle, cerca de su casa:

"Después de lo que pasó, acudí al padre porque... pues yo me sentía mal y él me explicó que yo no tenía la culpa, que no lo había propiciado, que estuviera tranquila. Si, porque toda la gente tiene idea de que si hubo ataque... te dicen: '¿no te defendiste... no esto?'. Por eso no quiero que se entere la familia de mi esposo porque de por sí no me quieren y dirían 'entonces tú tuviste otras intenciones porque yo me hubiera defendido, yo le hubiera pegado, yo hubiera...'

El día de la violación fui a un hospital. Yo me sentía muy mal, el médico me dijo que me fuera a trabajar, pero yo no podía ir a trabajar, me sentía mal, sobre todo muy nerviosa. No me dieron la incapacidad y yo tenía ganas de vomitar... y tenía... un dolor de cabeza fuertísimo. Y ya después me pasaron con el Ministerio Público ... levantaron el acta con el secretario y ya allí me pasaron a las oficinas que son de los judiciales. Allí me empezaron a entrevistar no sé cuántas veces, me lo estuvieron preguntando, les estuve contestando.

Después me dio risa porque... hay un pizarrón grande donde dice: 'denuncia las violaciones, no seas cómplice de ellas', muchas cosas que no las llevan a cabo. Y ahora que ya estoy más tranquila y todo, veo que no es cierto... que en realidad nada de eso es verdad. De allí fuimos a la casa que yo decía de donde habían salido los que me atacaron. Lo que me cuenta mi esposo es que... en algún momento le pidieron dinero que para que 'no, pues como vamos a ir, si aquí el señor no quiere dar ni para la gasolina'.

Los policías me dijeron que después se le iba a dar trámite a mi denuncia, que 'vamos a seguir investigando'. Yo sé que eso no es cierto... que las acusaciones ahí se quedan, le dan carpetazo y ya. Pero yo creo que... bueno, yo ya no lo he visto pero siento miedo de pasar cerca de mi casa. Hasta me corté el pelo... o sea... me hice infinidad de cosas porque yo ya no quería que me reconocieran porque yo he visto esa cara. Pero... no quiero exponerme a que él me vaya a reconocer a mí. Si me preguntan exactamente como es, no sé, lo vi tanto rato de frente que... se me fue su imagen, no sé porqué..."

REFERENCIAS

1. BASOGLU M, PARKER M, OZMEN E, TASDEMIR O, SAHIN D: Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. *JAMA*, 272(5):357-363, 1994.
2. BERENZON S, LOPEZ E, MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, JUAREZ F, CARREÑO S, GALVAN J, ROJAS E: Uso de inhalables entre estudiantes y conductas relacionadas al consumo: actos antisociales. *La Psicología Social en México*, V:351-358, 1994.
3. BORGES G, NATERA G, GARRIDO F, CARDENAS V, IBARRA J, PELCASTRE B: El consumo de bebidas alcohólicas y la conducta violenta en Naucalpan de Juárez, Estado de México. *Anales*. VI Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 143-152, 1991.
4. BRESLAU N, DAVIS GC, ANDRESKI P, PETERSON E: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48:216-222, 1991.
5. BUSTELO ES: (1991) La producción del estado de malestar. Ajuste y política social en América Latina. *Salud Pública de México*, 33(3):215-226, 1991.
6. CASCO M: Historia de abuso y alcoholismo en un grupo de mujeres. *La psicología Social en México*, IV:167-171, 1992.
7. CASCO M, NATERA G: Comparación de las características psicosociales entre un grupo de mujeres y hombres alcohólicos. *La Psicología Social en México*, III:195-199, 1990.
8. CASCO M, NATERA G: El alcoholismo en la mujer: la explicación que ellas mismas dan. *Salud Mental*, 16(1):24-29, 1993.

9. CASTILLO R, WAITZKIN H: Experiencias traumáticas y somatización en refugiados latinoamericanos que viven en los EE UU. *Salud y Cambio, Revista Chilena de Medicina Social*, 12:18-26, 1993.
10. CASTRO ME: Delincuencia y uso de drogas en una muestra de estudiantes de enseñanza media-superior. *La Psicología Social en México*, 1:228-233, 1986.
11. CASTRO ME, ROJAS ME, DE LA SERNA J: Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los colegios de bachilleres. *Salud Mental*, 11(1):35-47, 1988.
12. CAZORLA-GONZALEZ, G: Conductas sexuales delictivas: violación, abuso sexual, hostigamiento sexual, incesto, lenocinio y estupro. En: *Antología de la Sexualidad Humana*. Porrúa CONAPO. México, (III):277-314, 1994.
13. CHRISTOFFEL KK. Editorial: Reducing violence How do we proceed? *American Journal of Public Health*, 84(4): 539-541, 1994.
14. DE SOUZA ER: Violencia velada o revelada: estudio epidemiológico da mortalidade por causas externas en Duque de Caxias. Rio de Janeiro. *Cuademo de Saúde Pública*, 9(1):48-64, 1993.
15. DENNERSTEIN L, ASTBURY J, MORSE C: *Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health*. World Health Organization. Ginebra, 1993.
16. DIEHL, VA, ZEA, MC, ESPINO, CM: Exposure to war violence, separation from parents, post-traumatic stress and cognitive functioning in hispanic children. *Revista Interamericana de Psicología*, 28(1):25-41, 1993.
17. DUARTE P, GONZALEZ G: La Lucha Contra la Violencia de Género en México. *De Nairobi a Beijing*, 1985-1995. Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres, A.C. COVAC. México, 1994.
18. FISHER N, JACOBY R: Psychiatric morbidity in bus crews following violent assault: a follow-up study. *Psychological Medicine*, 22:685-693, 1992.
19. FRENK J, LOZANO R, GONZALEZ-BLOCK MA y cols.: Economía y Salud. *Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México*. Informe Final. Fundación Mexicana para la Salud. A.C. México, 1994.
20. FRIEDMAN M, SCHNURR P, McDONAGH-COYLE A: Post-traumatic stress disorder in the military veteran. En: Tomb DA (Ed.) *The Psychiatric Clinics of North America*. WB. Saunders Company. Philadelphia, 1994.
21. GALVAN J, MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, ROJAS E, BERENZON S, JUAREZ F: Conducta antisocial asociada al uso de cocaína en estudiantes de enseñanza media y media superior del D.F. *Anales*. IX Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 65-72, 1994.
22. HEISE L, PITANGUY J, GERMAIN A: Violencia Contra la Mujer: *la Carga Oculta sobre la Salud*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1994.
23. HEMAN A: Características clínicas y evaluación semántica en sujetos parasuicidas y homicidas. *Psiquiatría*, 2:65-79, 1989.
24. HIJAR MMC, TAPIA YJR, LOZANO AR, CHAVEZ AR: Violencia y lesiones. *Salud Mental*, 15(1):15-23, 1992.
25. HIJAR-MEDINA MC, TAPIA-YAÑEZ JR, RASCON-PACHECO RA: Mortalidad por homicidio en niños. México, 1979-1990. *Salud Pública de México*, 36(5):529-537, 1994.
26. JUAREZ F, BERENZON S, MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, CARREÑO S, LOPEZ E, GALVAN J: Actos antisociales, su relación con algunas variables sociodemográficas el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. *Anales*. IX Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 85-93, 1994.
27. KINZIE JD, BOEHNLEIN, JK, LEUNG PK, MOORE LJ, RILEY C, SMITH D: The prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and its clinical significance among southeast asian refugees. *Am J Psychiatry*, 147(7):913-918, 1990.
28. KOSS MP: The women's mental health research agenda: violence against women. *American Psychologist*, 45:374-380, 1990.
29. LARA A, SANTAMARIA C, STERN S, SOSA R, FIGUEROA L, OBREGON S: Bandas juveniles aspectos psicosociales y familiares. *Anales*. V Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 18-22, 1990.
30. LEVAV I: Bases epidemiológicas de los programas de salud mental sobre conductas violentas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 37(1):15-23, 1991.
31. LOPEZ J, ROSOVSKY H, NARVAEZ A, CASANOVA L, RODRIGUEZ E, GIL A: Estudio epidemiológico sobre las urgencias hospitalarias asociadas al consumo de alcohol. *Psicopatología*, 11(4):149-155, 1991.
32. MARTINEZ-TABOAS A (Editor invitado): Violencia familiar y consecuencias psicosociales. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 4(1). 1991.
33. MAS C, VARELA C, MANRIQUE A, LOPEZ J: Estudio comparativo de sujetos consumidores y no consumidores de alcohol en un hospital de urgencias de México D.F. *La Psicología Social en México*, 1:224-227, 1986.
34. MAS C, VARELA C, MANRIQUE A: Impacto de la Hora Feliz en cinco bares de México D.F. *Salud Mental*, 12(2): 31-34, 1989.
35. MENESES-GONZALEZ F, REA R, RUIZ-MATUS C, HERNANDEZ-AVILA M: Accidentes y lesiones en cuatro hospitales generales del Distrito Federal. *Salud Pública de México*, 35(5):448-455, 1993.
36. MINAYO MCS: Violencia: una agenda para a saúde pública. Trabajo presentado en el 6° Congreso Latinoamericano de Medicina Social y el 8° Congreso Mundial de Medicina Social. Marzo de 1994, Guadalajara, Jalisco.
37. NACIONES UNIDAS. *Situación de la Mujer en el Mundo. Tendencias y Estadísticas*, 1979-1990. Naciones Unidas, Nueva York, 1992.
38. NADER K, PYNOOS R, FAIRBANKS L, FREDERICK C: Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry*, 147(11): 1526-1530, 1990.
39. NATERA G, MORA J, NAVA A, SUAREZ V, TIBURCIO M: Violencia familiar y su relación con la farmacodependencia. *La Psicología Social en México*, V:263-270, 1994.
40. PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL: *Anuario Estadístico* 1991. PGJDF. México.
41. PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL: *Anuario Estadístico* 1992. PGJDF. México.
42. PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL: *Anuario Estadístico* 1993. PGJDF. México.
43. PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL: Datos proporcionados al *Periódico La Jornada*. Enero 9, 1995.
44. PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL: Datos proporcionados al *Periódico La Jornada*. Febrero 22, 1995.
45. PYNOOS RS, FREDERICK C, NADER K, ARROYO W, STE-INBERG A, ETH S, NUNEZ F, FAIRBANKS L: Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry*, 44:1057-1063, 1987.
46. RAMIREZ-RODRIGUEZ JC, URIBE-VAZQUEZ G: Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Pública de México*, 35(2):148-160, 1993.
47. RAMOS LL: Un modelo explicativo del Miedo a la victimización y sus consecuencias en dos comunidades de la Ciudad de México. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM, 1990.
48. RAMOS LL: *Violencia, Victimización y Salud Mental*. Reporte Final del proyecto CONACYT D113-903923, 1991.
49. RAMOS LL: Percepciones de violencia y criminalidad en dos comunidades de la ciudad de México. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(1):59-66, 1992.
50. RAMOS LL: Impacto de la experiencia directa de victimización criminal en el miedo a la victimización. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM, 1994.
51. RAMOS LL, ANDRADE PP: La victimización: miedo, riesgo percibido y gravedad percibida. Construcción y

- validación de escalas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23(2):229-246, 1991.
52. RAMOS LL, ANDRADE PP: Fear of victimization in Mexico. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 3:41-51, 1993.
 53. RAMOS LL, SALTIJERAL MT, CABALLERO MA: Víctimas de violencia: *procesos cognitivos y reacciones psicopatológicas*. Reporte anual del proyecto CONACYT 2073-H9302, 1994.
 54. RAMSAY R, GORST-UNSWORTH C, TURNER S: Psychiatric morbidity in survivors of organised state violence including torture: A retrospective series. *British Journal of Psychiatry*, 162:55-59, 1993.
 55. RÓMERO M, GOTTO IV G, CAMPILLO C: Consumo de drogas y violencia. Resultados de un estudio etnográfico multinacional coordinado por la OMS. *Anales*. IX Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 43-49, 1994.
 56. ROISOVSKY H, LOPEZ J: Violencia y accidentes relacionados con el consumo de alcohol en la población registrada en una agencia investigadora del ministerio público del D.F. *Salud Mental*, 9(3):72-76, 1986.
 57. SALDIVAR HG, RAMOS LL, SALTIJERAL MT: Inseguridad percibida y estilo de vida en mujeres urbanas con actividad y sin actividad fuera del hogar. *La Psicología Social en México*, V: 221-225, 1994.
 58. SALTIJERAL MT, RAMOS LL, SALDIVAR G: Estrés frente al delito: diferencias por género en el miedo al crimen. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 12:75-98, 1994.
 59. SANTAMARIA C, OBREGON S, FIGUEROA L, SOSA R, STERN S: Estudio de una banda juvenil en una comunidad de alto riesgo: resultados de la fase de iniciación de la relación. *Salud Mental*, 12(3): 26-35, 1989.
 60. SECRETARIA DE SALUD: *Encuesta Nacional de Adicciones*. Dirección General de Epidemiología-Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990.
 61. SECRETARIA DE SALUD. *Atlas de la Salud*. SSA, México, 1993.
 62. SOLOMON Z, NERIA Y, OHRY A, WAYSMAN M. GINZBURG K: PTSD among israeli former prisoners of war and soldiers with combat stress reaction: A longitudinal study. *American Journal Psychiatry*, 151(4):554-559, 1994.
 63. WIDOW CS: Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106(1):3-28, 1989.
 64. WORLD BANK. World Development Report 1993. *Investing in Health*. World Bank, Oxford University Press, Washington, 1993.
 65. YUNES J: Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana*, 114(4):302-315, 1993.