



"LA VIOLENCIA COMO PROBLEMA MEDICO LEGAL"

Prof. Dr. Guido Berro Rovira

INTRODUCCION

Podemos entender la violencia como la utilización de la fuerza física o la coacción psíquica ejercida por una persona o grupo de personas, en contra de sí mismo, persona o grupo de personas, otros seres vivos, cosas u objetos.

El resultado producido es la destrucción o el daño, de cosas u objetos, y la lesión o muerte, de personas u otros seres vivos, con la consecuente violación de derechos.

La violencia obedece generalmente al propósito de mantener, o modificar, o destruir un cierto orden de cosas, situaciones o valores.

Sin duda entendemos que es propiciada o facilitada cuando existen desigualdades de derechos y oportunidades. Es una conducta que debe ser estudiada en su contexto, pues su intensidad, propagación y forma de expresión, cambia según la época, circunstancias y estructura social. Se destaca como una forma de conducta humana. La forma física es su forma de expresión más evidente, pudiendo generar lesiones, invalidez y muerte.

En general provoca disminución de la calidad de vida, pero es importante destacar que en el concepto de violencia debemos incluir, no sólo el acto de violencia constatado, muchas veces de resultado trágico, sino también las condiciones sociales y circunstancias, tanto de víctimas como de victimarios, que lo hicieron posible. Es decir, el estudio del tema nos obliga a considerar sus causas, los agentes que la desencadenan, sus formas de expresión y sus consecuencias.

De lo anterior se deduce que en un esbozo de clasificación, podríamos distinguir diferentes categorías de violencia en función de su modalidad, forma de expresión, gravedad, grupo(s) afectado(s), arma utilizada y consecuencia predominante.

- Modalidad: violencia política, racial, generacional (juvenil), sexual, familiar, deportiva.

- Forma de expresión: suicidio, homicidio, accidente, secuestro, tortura, desaparición.
- Gravedad: mortal, con secuelas, leve.
- Grupos afectados: jóvenes, niños, mujeres, trabajadores, minorías, grupos étnicos.
- Armas utilizadas: arma de fuego, arma blanca, química, biológica, eléctrica, nuclear.
- Consecuencia predominante: física, psicológica.

La violencia afecta todos los campos de la vida individual y social y también se vincula con diferentes campos del conocimiento y disciplinas.

El área médica es una de las que tiene más estrecha relación con este problema, sin embargo entendemos que, a pesar de la gravedad del tema que nos ocupa, la respuesta desde el área médica ha estado, en la mayoría de los casos, limitada al registro de los hechos violentos que llegan a los distintos centros de salud, atención de las víctimas en las situaciones de urgencia, calificación médico legal de los actos violentos en los lesionados, autopsias en las víctimas fatales, esfuerzos de rehabilitación y atención psiquiátrica.

Si bien esta respuesta es de enorme valor, entendemos que no atiende el problema en toda su magnitud.

Hoy se torna cada vez más necesario asumir, con urgencia, creatividad y adecuados recursos, responsabilidades que permitan revertir los índices de la violencia, con un enfoque hacia la prevención primaria.

Los casos de muerte y lesiones ocurridos como consecuencia de la violencia se suceden cada vez con mayor frecuencia. La mortalidad por hechos de violencia ocupa un lugar preponderante entre las causas de muerte y de especial significancia en cuanto a los años de vida potencial perdida.

Cuando la violencia no provoca muerte, ocasiona trastornos psicológicos y daños físicos que limitan la funcionalidad de la persona, o grupo de personas, con todas sus consecuen-

cias individuales y sociales. Además de la importante demanda que provoca en el área médica, genera altos costos de atención con la consecuente afectación de los recursos disponibles, haciéndose necesaria muchas veces, la asignación de recursos adicionales, o aún, la desviación de aquellos que podrían ser asignados a la prevención.

El hecho de que la violencia se incremente y se extienda tiene consecuencias sobre toda la población, sin embargo resultan especialmente afectadas y amenazadas las personas que viven en condiciones de pobreza y desventaja social, ya sea en el rol de víctimas o victimarios. Asimismo destacamos que son los hombres jóvenes y los niños los afectados con mayor frecuencia, siendo los primeros las principales víctimas y/o agentes de violencia homicida, y los segundos víctimas de abandono, niños de la calle que trabajan o mendigan, sin protección ni atención adecuada, muchas veces objeto de maltrato físico y/o abuso sexual, siendo en definitiva los más indefensos frente a tales condiciones de vida.

La agresión contra la mujer constituye un problema destacado en la violencia intrafamiliar, afectando la integridad física y emocional de la mujer, recortando sus derechos y remarcando una asimetría en la relación con la figura masculina.

También los adultos mayores o ancianos y los discapacitados constituyen un grupo frágil frente al abandono, destacándose los abusos físicos, psicológicos y económicos con violación de sus derechos.

Aunque el sector salud tradicionalmente ha intervenido en los aspectos médico legales de la violencia, como ya dijéramos, su papel ha sido escaso en cuanto a los cuidados de prevención y difusión de pautas culturales que apunten a inculcar el respeto a la vida, integridad física y psicosocial de la persona.

Etimología de la violencia

Violencia (del latín *vis*: fuerza), lleva implícita la idea de agresión por parte de la persona que la ejerce.

Explicar su etiología sólo por las características personales de origen biológico o psicológico, implicaría dejar de lado importantes efectos determinados por el proceso de relación e interacción entre las personas y de éstas con su ambiente social.

La razón de la violencia debe ser buscada y encontrada, entonces, en el cruce de factores negativos individuales y provenientes de la sociedad.

La violencia puede nutrirse de muchas fuentes, es multicausal. Marcuse señala que la deshumanización, que se traduce en la necesidad personal del consumo de bienes superfluos, con un trabajo para ganarse la vida cada vez más alienante, genera una frustración que acuña una agresividad constante.

Por otra parte, las condiciones de aglomeración, hacinamiento, desnutrición, desempleo y deterioro de la familia que impone la desigualdad y la pobreza, propician en gran medida el desarrollo de la conducta violenta como medio de resolución de conflictos. El mantenimiento de estas condiciones, implicaría el ejercicio de la violencia.

La pérdida de referentes éticos y culturales puede generar o reforzar culturas de violencia que legitiman el ejercicio de la fuerza como medio de resolución de frustraciones, desavenencias o conflictos.

El mantenimiento de condiciones desiguales con el consecuente debilitamiento de aparatos de justicia y control legal, así como la persistencia de condicionantes sociales, seguramente generan también culturas de violencia.

La violencia se expresa tanto en la vida privada como pública y puede amenazar así, tanto la construcción como la consolidación de regímenes democráticos al propiciar por ejemplo, la intervención de la fuerza en un pretendido control de la misma.

Una característica peculiar de la violencia radica en su capacidad de multiplicarse, generar más violencia y expandir sus fuerzas dinámicas y sus consecuencias.

Desde un punto de vista médico legal, constituye un síndrome complejo que integra diferentes formas de agresión y afecta diferentes grupos sociales.

La permisividad y difusión de la posesión de armas de fuego, el abundante uso y abuso de alcohol y otras sustancias, e incluso la propagación indiscriminada de episodios de violencia en los medios masivos de comunicación, entre otros factores, contribuyen a generar, mantener y/o reforzar comportamientos violentos.

En cuanto a la propagación de hechos de violencia en los medios de comunicación, facilitan el establecimiento de una cultura violenta o estereotipo donde el más valiente, el mejor y más fuerte suele asociarse con el que ejerce mayor violencia y no con el más pacífico, calmo, criterioso, aplomado y justo.

Los elementos que hemos señalado son sólo una muestra de los múltiples factores que se suelen asociar con la violencia, pero suficientes para demostrar su etiología pluricausal.

Si bien se ha considerado a la agresividad como un instinto que se transmite genéticamente y que aparece en todos los individuos de la especie, independientemente de su aprendizaje, se ha distinguido entre esa agresividad instintiva, necesaria para emprender los desafíos de la vida, con el hecho agresivo o violento (patológico) en el cual muchas veces se termina con la destrucción del otro.

La agresividad puede ser consustancial del hombre, pero la agresión o violencia es culturalmente aprendida y socialmente determinada.

Además no termina con la suspensión de sus manifestaciones externas. Las consecuencias y secuelas se prolongan en el tiempo y forman parte de un nuevo proceso que se ramifica y no se detiene, generando víctimas.

Morbilidad por violencia

La violencia, y sus consecuencias, puede ser considerada enfermedad, ya que altera en forma negativa la integridad corporal o el funcionamiento orgánico y/o emocional de la víctima.

La utilización del propio cuerpo por lo que se ha denominado armas naturales del hombre, el exceso de fuerza mediado por otro tipo de armas o instrumentos e incluso medios químicos, mutila, desequilibra el funcionamiento individual, provoca heridas y deja secuelas que limitan o impiden el funcionamiento personal y producen distintos grados de incapacidad, dolor e invalidez.

El síndrome de maltrato al menor o a los adultos mayores, el maltrato conyugal, la violencia sexual y la tortura son algunas de las expresiones típicas de violencia ejercida por medios físicos concretos, pero también se presentan generando alteraciones psicoemocio-

nales muy importantes, individuales y colectivas. Es un ejemplo de ello la descomposición psicoafectiva que sufre una niña violada, sufriendo como consecuencia graves secuelas individuales en el entorno familiar, vecinal y escolar. Otro ejemplo sería la severa alteración padecida por el torturado, con consecuencias no sólo físicas, caracterizadas fundamentalmente por dolores que posiblemente sean menores que las perturbaciones de su estructura psicoemocional, afectiva e intelectual.

Parece evidente que se requiere construir indicadores que logren o posibiliten un adecuado registro de la morbilidad por violencia que, a nuestro juicio, hoy aparece inespecífica y dispersa en diagnósticos médicos que señalan, por ejemplo, al órgano afectado o a la función alterada sin reconocer claramente su origen violento.

Resulta difícil cuantificar la magnitud y complejidad de la violencia y prácticamente la información disponible se limita a estadísticas de muertes, siendo todavía escaso el relevamiento de datos de violencia que no mata, aunque produce daños físicos y psíquicos de mayor o menor gravedad. Es por ello que muchas veces, sobre su magnitud se debe diferenciar entre estimaciones extrapoladas a partir de estudios precisos y otras veces, sólo es posible considerar impresiones sin mayor fundamento científico.

Mortalidad por violencia

Como mortalidad por violencia entendemos todos los eventos que aparecen en la clasificación internacional de enfermedades en el capítulo de causas externas e incluimos así, el homicidio, suicidio, todos los accidentes, las lesiones que provocaron la muerte, ignorándose si fueron infringidas intencionalmente o en forma accidental, así como lesiones sufridas en ocasiones de enfrentamientos armados.

Queremos destacar que consideramos que todo accidente es un acto de violencia, aunque exista gran dificultad -más de orden jurídico legal que médica- para establecer la frontera exacta entre el accidente propiamente dicho, sin culpa, y aquél en el que hay responsabilidad culposa. Esta dificultad, cuya resolución no es competencia del sector médico, complica el análisis del problema al momento de procesar e interpretar la información disponible. Sin duda, muchos de los trabajos o comunicaciones que

se refieren a la violencia, no incluyen accidentes sino solamente aquellos actos violentos intencionales. El conjunto de los accidentes constituye la primer causa de muerte en la población joven -de 1 a 35 años- y, si bien en personas de 35 a 39 años, la muerte por accidente está por debajo de la causada por cáncer, y en mayores de 39, en tercer lugar luego de enfermedades cardiovasculares y cáncer, en lo que refiere a años potenciales de vida perdidos siempre ocupa el primer lugar y debemos considerar este hecho como el indicador más relevante.

Los homicidios son, obviamente, el producto final más elocuente, explícito y cuantificable de la violencia. La mortalidad por homicidios es un indicador importante de la prevalencia de la violencia y se observa un incremento que probablemente, entre otras causas, pueda vincularse a la agudización de desigualdades económico sociales, al fácil acceso a las armas de fuego, al incremento del tráfico y al consumo de sustancias adictivas. Los homicidios ocurren con mayor frecuencia en el sexo masculino y edades entre 15 y 30 años.

La violencia contra sí mismo, el suicidio, está demandando cada vez mayor atención ya que es una forma de violencia que presenta una tasa muy elevada en nuestro país, con ligero incremento en lo global -12.7 en 1996 a 14.1 en 1997- y la aparición de casos en jóvenes de edad cada vez más temprana. Parece evidente que estos actos no dependen solamente de elementos individuales de la personalidad del suicida y se reclama una comprensión que incluya posibles procesos de crisis personales resultantes de agentes externos sociales. También en este tipo de violencia, el sexo masculino es el más afectado, en cuanto a suicidios consumados, aunque existen estudios que señalan una ligera atenuación de esta diferencia y destacan la predominancia del sexo femenino en los intentos de suicidio. De cualquier forma, las diferencias entre sexo femenino y masculino, para el suicidio consumado, son menos marcadas que para el homicidio y otras formas de violencia. Es muy preocupante que el suicidio ya tenga presencia entre las causas de muerte en el grupo de 5 a 14 años, fenómeno que no se observaba en nuestro país. Las altas tasas de suicidio en adultos mayores plantean también cuestionamientos de tipo social que son complementarios a los aspectos psicofísicos.

Según datos oficiales del año 1996, del Dpto. de Estadística del MSP, entre las principales

causas de muerte en fallecidos, clasificados por edades, la violencia se encuentra entre los 5 primeros lugares según detallamos a continuación.

Principales causas de muerte en fallecidos de:

> 1 a 4 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|--|-----------------------------|
| 1. Accidentes y efectos adversos | 18.7 |
| 2. Anomalías congénitas | 12.2 |
| 3. Infecciones respiratorias y neumonías | 9.8 |
| 4. Enfermedades infecciosas y parasitarias | 7.5 |
| 5. Tumores malignos | 4.2 |

> 5 a 9 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|--|-----------------------------|
| 1. Accidentes y efectos adversos | 8.7 |
| 2. Tumores malignos | 3.4 |
| 3. Enfermedades infecciosas y parasitarias | 2.3 |
| 4. Enfermedades del aparato circulatorio | 1.9 |
| 5. Anomalías congénitas | 1.9 |

> 10 a 14 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|--|-----------------------------|
| 1. Accidentes y efectos adversos | 14.2 |
| 2. Tumores malignos | 3.8 |
| 3. Anomalías congénitas | 3.1 |
| 4. Suicidios y lesiones autoinfligidas | 1.9 |
| 5. Enfermedades del aparato circulatorio | 1.5 |

> 15 a 19 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|---|-----------------------------|
| 1. Accidentes y efectos adversos | 41.3 |
| 2. Suicidios y lesiones autoinfligidas | 9.9 |
| 3. Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona | 6.5 |
| 4. Tumores malignos | 4.6 |
| 5. Enfermedades del aparato circulatorio | 3.1 |

> 20 a 24 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|---|-----------------------------|
| 1. Accidentes y efectos adversos | 53.2 |
| 2. Suicidios y lesiones autoinfligidas | 12.7 |
| 3. Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona | 9.4 |
| 4. Tumores malignos | 8.6 |
| 5. SIDA | 3.7 |
| 6. Enfermedades del aparato circulatorio | 3.3 |

> 25 a 29 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|---|-----------------------------|
| 1. Accidentes y efectos adversos | 38.2 |
| 2. Tumores malignos | 15.2 |
| 3. Suicidios y lesiones autoinfligidas | 13.3 |
| 4. SIDA | 11.0 |
| 5. Enfermedades del aparato circulatorio | 6.9 |
| 6. Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona | 5.1 |

> 30 a 34 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|---|-----------------------------|
| 1. Accidentes y efectos adversos | 33.6 |
| 2. Suicidios y lesiones autoinfligidas | 21.6 |
| 3. Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona | 14.3 |
| 4. Tumores malignos | 11.5 |
| 5. SIDA | 10.6 |
| 6. Enfermedades del aparato circulatorio | 6.4 |

> 35 a 39 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|---|-----------------------------|
| 1. Tumores malignos | 37.0 |
| 2. Accidentes y efectos adversos | 35.1 |
| 3. Enfermedades del aparato circulatorio | 28.4 |
| 4. Suicidios y lesiones autoinfligidas | 12.3 |
| 5. SIDA | 8.5 |
| 6. Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona | 5.7 |

> 40 a 44 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|--|-----------------------------|
| 1. Tumores malignos | 70.4 |
| 2. Enfermedades del aparato circulatorio | 54.3 |
| 3. Accidentes y efectos adversos | 43.3 |
| 4. Suicidios y lesiones autoinfligidas | 20.4 |
| 5. SIDA | 8.3 |

> 45 a 49 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|--|-----------------------------|
| 1. Tumores malignos | 131.4 |
| 2. Enfermedades del aparato circulatorio | 96.5 |
| 3. Accidentes y efectos adversos | 49.4 |
| 4. Enfermedades infecciosas y parasitarias | 11.0 |
| 5. Diabetes Mellitus | 8.1 |

> 50 a 54 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|---|-----------------------------|
| 1. Tumores malignos | 244.2 |
| 2. Enf. del aparato circulatorio | 192.4 |
| 3. Accidentes y efectos adversos | 55.1 |
| 4. Suicidios y lesiones autoinfligidas | 23.4 |
| 5. Cirrosis y otras enf. del hígado | 20.2 |
| 6. Infecciones respiratorias agudas y neumonías | 12.0 |
| 7. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 11.4 |

> 55 a 59 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|--|-----------------------------|
| 1. Tumores malignos | 364.3 |
| 2. Enf. del aparato circulatorio | 278.3 |
| 3. Accidentes y efectos adversos | 61.6 |
| 4. Cirrosis y otras enf. del hígado | 32.5 |
| 5. Suicidios y lesiones autoinfligidas | 23.0 |
| Diabetes Mellitus | 25.1 |

| | |
|--------------------------------------|------|
| 7. Enf. pulmonar obstructiva crónica | 25.1 |
|--------------------------------------|------|

> 60 a 64 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Tumores malignos | 558.7 |
| 2. Enf. del aparato circulatorio | 517.7 |
| 3. Accidentes y efectos adversos | 63.8 |
| 4. Diabetes Mellitus | 39.6 |
| 5. Enf. pulmonar obstructiva crónica | 39.6 |
| 6. Cirrosis y otras enf. del hígado | 35.4 |

> 65 a 69 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Enf. del aparato circulatorio | 822.0 |
| 2. Tumores malignos | 461.5 |
| 3. Accidentes y efectos adversos | 91.4 |
| 4. Enf. pulmonar obstructiva crónica | 80.4 |
| 5. Diabetes Mellitus | 59.7 |

> 70 a 74 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Enf. del aparato circulatorio | 1344.6 |
| 2. Tumores malignos | 656.2 |
| 3. Enf. pulmonar obstructiva crónica | 161.7 |
| 4. Diabetes Mellitus | 103.1 |
| 5. Accidentes y efectos adversos | 99.3 |

> 75 a 79 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|---|------------------------------------|
| 1. Enf. del aparato circulatorio | 2259.6 |
| 2. Tumores malignos | 792.6 |
| 3. Enf. pulmonar obstructiva crónica | 213.7 |
| 4. Diabetes Mellitus | 152.7 |
| 5. Trastornos mentales | 138.1 |
| 6. Infecciones respiratorias agudas y neumonías | 130.1 |
| 7. Accidentes y efectos adversos | 102.2 |

> 80 a 84 años

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|---|------------------------------------|
| 1. Enf. del aparato circulatorio | 4000.2 |
| 2. Tumores malignos | 928.8 |
| 3. Enf. pulmonar obstructiva crónica | 406.6 |
| 4. Trastornos mentales | 412.6 |
| 5. Infecciones respiratorias agudas y neumonías | 279.0 |
| 6. Diabetes Mellitus | 193.3 |
| 7. Accidentes y efectos adversos | 165.4 |

> 85 años y más

| Todas las causas | Tasa por 100.000 habitantes |
|---|------------------------------------|
| 1. Enf. del aparato circulatorio | 7955.6 |
| 2. Tumores malignos | 980.3 |
| 3. Trastornos mentales | 793.2 |
| 4. Infecciones respiratorias agudas y neumonías | 608.7 |

| | |
|----------------------------------|-------|
| 5. Accidentes y efectos adversos | 345.2 |
| 6. Diabetes Mellitus | 263.5 |

Principios generales hacia la prevención

Todos estos aspectos anteriormente referidos dan una idea mínima de la magnitud general del problema de la violencia, de la gravedad que alcanza y de la necesidad de emprender acciones que traten de revertirla.

La violencia como temática debería estar integrada en la actividad educativa. Es de destacar que en nuestra especialidad -medicina legal- la hemos incorporado en los planes de estudio, aunque consideramos que debería estar presente en los planes de estudio a lo largo de toda la carrera de medicina.

La complejidad de la violencia no debe ser pretexto para permanecer pasivos frente al problema. No debe ser admitida como una fatalidad más, con la que nos es necesario convivir, sino que debe entenderse como una realidad social actual, casi omnipresente, pero de cualquier forma transformable o al menos controlable.

Si bien trasciende a cada sector considerado aisladamente, el de la salud debe participar en el cometido de reversión a través de: denuncias e investigaciones de maltrato a niños y otras formas de violencia familiar, trabajos de investigación con participación interdisciplinaria, elaboración de planes y planteos de programas educacionales.

La salud resulta de la conjugación de factores de protección y promoción, prevención de enfermedades, atención y por último rehabilitación. Se debe avanzar hacia el desarrollo de la salud con planes de promoción y prevención, opciones de vida saludable, ofrecimiento de servicios de tratamiento adecuados para restaurar la salud comprometida, así como también la rehabilitación. El desarrollo de todo plan de salud depende de la definición de sus objetivos y el logro de los mismos persiguiendo la reducción de enfermedades, lesiones y muertes y mejorando la calidad de vida.

La promoción en salud implica una acción social que permita dotar al medio de la capacidad para custodiaria e incrementarla. Es un proceso cuya

cuya orientación está destinada a incidir sobre aquellos factores que se oponen al bienestar general. En definitiva, como lo expresara la OMS, salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino la presencia de un bienestar psicofísico y social.

Se puede plantear que este concepto de salud se pierde cuando se está inserto en un contexto de violencia. La promoción en salud implica también educación orientada a la "no violencia".

La prevención designa estrategias concretas dirigidas a reducir los riesgos previamente identificados así como a fortalecer condiciones que disminuyan la probabilidad de su ocurrencia. Entonces, la prevención refiere tanto a evitar el desarrollo de factores desencadenantes de violencia como a prevenir su ocurrencia.

Hasta el presente, en el área médica, se ha tratado casi siempre de la atención a la víctima y su rehabilitación. Entendemos que ha llegado el momento de poner el énfasis en las etapas de promoción y prevención, única forma de disminuir el impacto de la violencia en la sociedad. Por mejor instrumentado que esté el tratamiento y rehabilitación de las víctimas, seguirán existiendo víctimas en forma creciente si no apuntamos a formas de promoción y prevención.

El carácter polifacético y el origen multicausal de la violencia demanda un enfoque multisectorial e interdisciplinario que logre integrar conocimientos e instituciones vinculadas con la promoción de la "no violencia". Esta gestión conjunta puede resultar en cambios, tanto sociales como de actitudes individuales. A nuestro entender son principios generales de un plan para encarar la violencia:

- Integración, dado que su origen es multicausal, es necesaria la participación de los distintos sectores comprometidos;
- Igualdad, en la perspectiva de una disminución de la vulnerabilidad de determinadas personas o sectores, se entiende importante la igualdad de derechos y oportunidades;
- Compromiso, para que el plan tenga éxito, máxime por la importancia del tema, se debe lograr la incorporación al mismo de todos los sectores de la sociedad;
- Participación, lograr la intervención de la población en el análisis de las situaciones,

proposición y ejecución de acciones;

- Educación, fortalecer valores, actitudes, formas no violentas de resolver situaciones conflictivas; informar sobre los factores de riesgo, indicadores de comportamientos agresivos y manifestaciones de violencia;
- Resiliencia, reorientar nuestra atención hacia la actitud de algunas personas de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades.

¿Porqué reorientar nuestra atención hacia la resiliencia?

La resiliencia no es una solución mágica sino más bien una fuente de inspiración y un nuevo aprendizaje que debe servirnos como estímulo a la reflexión.

Podemos definirla como la capacidad de ciertas personas para hacer las cosas bien, pese a las circunstancias adversas. Implica capacidad de resistencia frente a la dificultad y facultad de construir positivamente.

Al enfrentarnos al tema de la violencia, es común ocuparnos de las víctimas y de los hechos violentos. ¿Porqué no detenernos y aprender de las personas que se desenvuelven adecuadamente en circunstancias adversas? ¿Porqué algunas personas están sanas pese a las circunstancias desfavorables en que se encuentran? ¿Porqué algunos individuos de los grupos de riesgo no responden con violencia ni desarrollan problemas de conducta a pesar de estar expuestos? ¿Qué enseñanzas podemos extraer de estas personas resilientes para prevenir e intervenir sobre otras menos afortunadas?

La capacidad denominada resiliencia, se da en una sana interacción entre la persona y sus circunstancias. Este no es un concepto absoluto y temporalmente estable, sino que es imprescindible fomentarlo en su contexto cultural específico y extenderlo al mayor número de personas posible.

El hecho de que existan diferencias de conducta individual o grupal, que existan diferentes respuestas de la persona o grupo de personas a condicionantes adversos, lejos de justificar situaciones de violencia, debe constituir un estímulo en la búsqueda de soluciones reales.

Debemos preguntarnos cuáles son las diferencias determinantes, en la conducta de unos y otros, que permitieron a algunos sobrellevar la situación adversa de forma equilibrada y constructiva y a otros de forma violenta y destructiva.

Desde el punto de vista de la acción, la resiliencia comprende 2 elementos:

- a aptitud de resistir a la destrucción, es decir preservar la integridad en circunstancias difíciles, y
- la actitud de reaccionar positivamente a pesar de las dificultades.

El concepto de resiliencia abarca el reconocimiento de la existencia de problemas, pero presenta un optimismo realista. Abarca, asimismo, una interacción creativa entre los recursos personales y los recursos sociales. Implica la aceptación de las circunstancias desfavorables y la actitud positiva como respuesta.

La resiliencia no reemplaza la política social. Una y otra deben perfeccionarse, tanto como sea posible, en forma independiente, como dos medios en busca de un mismo fin, sirviendo inclusive como estímulo, el desarrollo o perfeccionamiento de cada una de ellas para con la otra.

Desde una óptica de la resiliencia, encontramos una concepción en la que no podemos imputar toda la responsabilidad a la sociedad ni al individuo. Se trata de responsabilidad compartida, donde nadie debe llevar toda la carga, sino que a todos incumbe parte de ese peso.

Este concepto va en contra del deseo de perfección, que en el mejor de los casos conduce a la desilusión, en el peor al escapismo y a las drogas. La resiliencia abre las puertas hacia las mejoras posibles, ya que acepta las reales limitaciones del entorno. Asimismo nos sugiere un replanteamiento de la salud como *"la capacidad de resolver problemas o hallar vías constructivas de vivir con problemas irresolubles"*, capacidad que crece en interacción entre la persona y sus circunstancias.

Queda mucha labor por delante, una labor que por esencia se proyecta a largo plazo, sobre todo la orientada a la prevención, sin descuidar intervenciones de emergencia especializadas e inmediatas.

BIBLIOGRAFIA

- Depto. de Estadística. Dir. General de la Salud. MSP. Tasas de Mortalidad, 1997.
- BICE, La infancia en el mundo. Vol. 5, N° 3, 1994.
- VANISTENDAEL, Stefan - "Como crecer superando los percances. Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo". BICE, Ginebra, 1996.
- OPS, Boletín Epidemiológico. "La violencia como problema de salud pública". Vol. 11, N° 2, 1990.
- OPS, Las Condiciones de Salud en Las Américas. Publicación Científica. Vol. 1, N° 549, 1994.

Comentario:

Dr. Luis Eduardo Morás.

Por varios motivos el trabajo presentado por el Dr. Guido Berro es un planteo sumamente interesante de la problemática de la agresividad y la violencia. En primer término, resulta un abordaje compresivo del fenómeno en sus múltiples facetas al no delimitar el objeto de estudio exclusivamente a las tradicionales prácticas médico-legales.

El esfuerzo teórico pro alcanzar una definición de los términos resulta valioso en la medida en que, dada su complejidad, la problemática encierra una tensión evidente: definiciones simplistas que no dan cuenta de esta complejidad o bien definiciones que por su grado de abstracción resultan no operativas.

En este sentido el trabajo es destacable pro aportar insumos para la reflexión teórica, al tiempo que aportando datos empíricos relevantes y esclarecedores brinda pautas para delinear acciones en la faz preventiva, invocando además la imprescindible necesidad de colaboraciones interdisciplinarias.

El planteo acerca de la violencia como un tema que adquiere características de problema sanitario, tanto individual y colectivo, que se ve favorecido por condiciones de desigualdad social y las múltiples asimetrías que ésta fomenta (tensiones entre posesión - no posesión de bienes materiales, masculino-femenino, mujer-niño, etc) permite visualizar que también se reproducen estas asimetrías cuando es desigual el acceso al aparato de jus-

ticia y la distribución de seguridad ciudadana. En esta dirección considero que el Dr. Guido Berro sugiere una línea de análisis escasamente abordada en el ámbito académico: el deterioro de los patrones de convivencia se acelera cuando una demanda homogéneamente extendida en toda la sociedad como es la seguridad, puede ser satisfecha apenas por aquellos sectores que tiene la capacidad económica de acceder a ella. En otras palabras, el acceso igualitario a mecanismos democráticos de control social y a la administración de justicia, se torna prioritario también para el diseño e instrumentación de una política social relativizando la histórica tensión respecto a la política "criminal".

Otro de los aspectos destacables es que la delimitación efectuada en el trabajo incluye un fenómeno escasamente considerado cuando se aborda el tema: la autoagresión que expresan las tasa de suicidio.

Probablemente una de las características más desconcertantes y menos cuantificable (debido a carencias y/o insuficiencia de indicadores) resulta de la multiplicación de la violencia relacional cotidiana. hasta no hace mucho tiempo atrás podía elaborarse teoría considerando apenas las características de la violencia instrumental, la violencia como un medio para la conquista de determinados fines que en gran medida se expresaba en las estadísticas delictivas.

La presumible extensión de nuevas formas de comportamientos signados por la violencia cotidiana, como bien sugiere este trabajo, se expresa en varios planos: desde una difusa pérdida de la calidad de vida genérica (cuya probable expresión indirecta sean los accidentes ocupando el primer lugar en la mortalidad de 1 a 34 años), hasta el mas evidente indicador de mortalidad directa: en el tramo etario de 15 a 24 años suicidios y homicidios ocupan un relevante 2do. y 3er. lugar como factores causales.

En términos de diseño de políticas específicas para enfrentar el tema, y compartiendo todas las recomendaciones efectuadas por el Dr. Berro, me interesa sugerir dos áreas con mayor énfasis. Parten estas sugerencias de la perspectiva freudiana acerca de una manifestación de la violencia por las carencias en dos mecanismos: coerción e identificación.

De allí que el primer planteo que sugiero es "difundir" mecanismos de justicia y control social democráticos. La reafirmación de la legitimidad de la autoridad , disminuyendo las múltiples incerti-

dumbres que genera el desigual acceso a un control social democrático y a la institucionalidad jurídica, si bien es un problema que afecta a todos los ciudadanos, en particular adolescentes y jóvenes ven ampliadas las "zonas de incertidumbre" que el contacto con el ejercicio arbitrario del poder supone. La "discrecionalidad" de la autoridad, puede significar en ocasiones el descrédito de las instituciones, la pérdida de confianza, amplificando el sentimiento de frustración y consecuentemente un elemento facilitador para la pérdida de los límites y en definitiva la resolución violencia del conflicto.

En segundo lugar, creo que resulta imprescindible intensificar las acciones tendientes a fortalecer los vínculos comunitarios con instancias de diálogo en la comunidad, a nivel familiar y a nivel intrageneracional e intergeneracional.

La ausencia de mecanismos de "identificación" es particularmente notoria en el ámbito juvenil de este fin de siglo. Parece razonable apostar entonces a espacios comunitarios donde la posibilidad de un diálogo se traduzcan en mayor nivel de confianza en los propios individuos (traducido en menor disposición a la frustración y consecuente agresión) como en la propia comunidad (traducido en disposición a resolver los conflictos por la vía del diálogo evitando la confrontación violenta).

El equilibrio entre ambas sugerencias (legitimidad de la coerción y mecanismos de identificación) apuntan a elevar los "costos" del accionar violento por la vía de incrementar los beneficios que las instancias de diálogo ofrecen.

