

EL IMPACTO DE LA POBREZA, EL RACISMO Y LA VIOLENCIA POLÍTICA SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS PUEBLOS LATINOAMERICANOS (*)

*Duncan PEDERSEN (**)*

Se hace un análisis de la actual situación geográfica, económica y política de las minorías étnicas del mundo y de América Latina. Los conflictos armados ocasionan destrucción, muerte, desplazamientos internos y externos, desintegración social, pobreza extrema y aumento en la incidencia de enfermedades somáticas y mentales. Se plantea que en América Latina se está dando la tercera transición epidemiológica, donde coexisten las enfermedades infecciosas y degenerativas con problemas psicosociales y mentales y enfermedades derivadas de problemas comportamentales. Se analiza también el impacto de los proyectos de desarrollo, del racismo ambiental y de los «nuevos» estresores sobre las poblaciones indígenas locales. Se destacan los estudios peruanos sobre migrantes y las repercusiones que la violencia política tiene sobre la salud individual y colectiva. Se plantea que la situación de salud de los pueblos y naciones indoamericanas es resultante de la interacción del pasado colonial, de una historia de violencia y aculturación forzada, de la situación de pobreza sostenida y marginación social y del continuo proceso de cambio social. Se concluye que es necesario entender cuáles son los factores de orden político, social y cultural, relevantes en los problemas de salud física y mental y cómo interactúan entre sí; este conocimiento permitiera el desarrollo de estrategias alternativas e intervenciones innovadoras para aliviar el sufrimiento y promover la justicia, equidad, seguridad y la paz.

PALABRAS-CLAVE : *Minorías étnicas - Violencia - Pobreza - Migración - Racismo - Salud Mental*

(*) Nota de advertencia al lector: este trabajo es una versión abreviada de un documento similar presentado por el autor en el último Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, realizado en Cocoyoc, México, del 2 al 6 de Junio de 1997.

(**) Douglas Hospital Research Centre. Department of Psychiatry, McGill University. Montreal, Canadá

IMPACT OF POVERTY, RACISM AND POLITICAL VIOLENCE ON MENTAL HEALTH OF LATIN AMERICAN POPULATION

An analysis of the current geographic, economic and political situation of the ethnic minorities in Latin America and worldwide is carried out. Wars occasion destruction, death, internal and external migration, social disintegration, extreme poverty and increase of the incidence of somatic and mental diseases. It is outlined that Latin America is running into a third epidemiological transition where infectious and degenerative diseases coexist with psychosocial and mental disorders, as well as with diseases originated on behavioral problems. The impact of developmental projects, environmental racism and «new» stressors for local indigenous populations are analyzed. The Peruvian studies on migrant populations and the effects that political violence has on individual and collective health is enhanced. It is outlined that the health situation in Indo-American populations and countries is a result of the interaction of a colonial past, a history of violence and forced acculturation, a situation of extreme and sustained poverty and social margination, as well as the continuous process of social changes. As a conclusion, it is stated that it is necessary to discover the outstanding factors of political, social and cultural order on the physical and mental health problems and their interaction. This knowledge will afford the development of alternative strategies and innovative interventions in order to lighten the suffering and to promote justice, equity, security and peace.

KEY WORDS: *Ethnic minorities - Violence - Poverty - Migration - Racism - Mental Health*

INTRODUCCIÓN

Según un análisis hecho recientemente sobre los cambios en el mapa político del mundo, existen hoy más de 190 países o estados, la mayoría de los cuales han sido creados después de la Segunda Guerra Mundial. Por otro lado, el número de naciones(1) -en su amplia mayoría constituidas por pueblos indígenas y minorías étnicas que preceden la creación de los estados modernos- se han estimado en más de 6,000 2, con un número todavía mayor de lenguas nativas en uso. Por lo general, los estados se resisten a reconocer este hecho y tienden a ignorar o aun rechazar la gran diversidad lingüística, étnica y cultural

existente al interior de los países, lo que con frecuencia se traduce en conflictos y diversas manifestaciones de segregación racial y discriminación social. Por otro lado, la población total de naciones indígenas en el mundo contemporáneo se ha estimado en aproximadamente 600 millones de personas. Este total representa alrededor del 10-15% de la población mundial, los que a su vez reclaman derechos sobre el 25-30% de la superficie de tierra cultivable y de recursos naturales conocidos (Clay, 1994). Esta discrepancia en la ecuación población/recursos ha significado una fuente adicional de conflicto inter-grupal, en particular entre las naciones y los estados, ya que con frecuencia son estos últimos los que controlan el acceso a la tierra y explotan

los recursos para su propio beneficio, dando origen a una desproporcionada concentración de la riqueza y del poder político. La violencia política, el enfrentamiento armado y las guerras entre naciones y estados son una resultante de lo arriba señalado. En la pasada década, más

de las dos terceras partes de los enfrentamientos armados ocurrieron entre un sistema político centralizado (estado) y una o más naciones, mientras que los conflictos entre estados (p. ej. Irán-Iraq) fueron muy pocos.(3) (ver Cuadro N° 1) (Nietschmann, 1987).

CUADRO N° 1.

Conflictos armados entre estados y naciones del mundo en 1987.

Tipo de conflicto	Número	Porcentaje
Estado-Estado	4	.03
Estado-Insurgentes	18	.15
Estado-Nación (1)	86	
Nación-Nación	5	98 (2)
Nación-Insurgentes	7	.82
Total	120	1.00

Fuente: Nietschmann, 1987 (modificado). Citado en: R. Desjarlais, et al .World Mental Health. New York: Oxford Univ. Press, 1995.

(1) Incluye una o más naciones en conflicto con el estado.

(2) Total de conflictos armados que involucran a naciones indígenas y pueblos del denominado «Cuarto Mundo.»

En lo que va de esta segunda mitad de siglo y como resultado directo o indirecto de guerras y conflictos armados se ha estimado que por lo menos 22 millones de personas han muerto o han sido victimadas, unos 20

millones han asumido la condición de refugiados en otros países y más de 150 millones se han visto forzados a huir de su tierra natal o han sido internamente desplazados.

- (1) En este documento se ha preferido utilizar el término de naciones, pueblos indígenas o indio-americanos indistintamente.
- (2) Por ejemplo, en el Brasil solamente existen unas 200 naciones o pueblos indígenas, 130 en la ex-Unión Soviética, y más de 450 en Indonesia.
- (3) Aún en las guerras entre los estados, los pueblos indígenas casi siempre se ven involucrados. Durante la guerra entre Perú y Ecuador, el pueblo indígena Shuar que vive en ambos lados de la frontera en disputa se vió seriamente afectado por el conflicto bélico y el reclutamiento forzado al que fueron sometidos.

De éstos, la mayoría vive en condiciones de extrema pobreza y sufrimiento por el destierro y la desintegración social, lo que probablemente se traduce en una mayor incidencia de enfermedades infecciosas y degenerativas, así como de desórdenes mentales (Murphy, 1955).

Si bien las herramientas estadísticas y epidemiológicas permiten dimensionar la magnitud de la enfermedad y la muerte en estos grupos, el sufrimiento humano no es fácilmente mensurable y por tanto permanece sumergido y con frecuencia al margen de las discusiones de los científicos sociales, los profesionales de salud y los expertos en salud mental.

El desplazamiento forzado es casi siempre el resultado del conflicto y de la violencia política, sea por territorios en disputa, o por movimientos insurgentes, terrorismo u

operativos militares contra-insurgentes, los que crean condiciones en extremo inestables y desfavorables para la supervivencia (Zwi y Ugalde, 1989). Lo que es aún más paradójico, es que en muchos casos la migración forzada y el destierro son el resultado de proyectos de desarrollo económico o de iniciativas bien intencionadas (p. ej. proyectos de colonización, reservorios de agua, usinas hidroeléctricas o proyectos de explotación agropecuaria, minera, petrolera, etc.) que con frecuencia desplazan aquellos grupos desposeídos que no tienen suficiente poder político para negociar, menos aún para oponerse a estos proyectos. En América Latina, las poblaciones desplazadas internamente por conflictos o forzadas a migrar hacia las ciudades u otras regiones o aún hacia otros países como refugiados, alcanzan varios millones y han crecido considerablemente en los últimos años.

LA TRANSICIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA

En el siglo XVI, la emigración de los europeos hacia otros continentes y regiones remotas incluyó el Nuevo Mundo, lo que se tradujo en cambios significativos en el perfil epidemiológico de las poblaciones nativas. Los europeos acarrearon consigo diversas enfermedades epidémicas que introdujeron durante el contacto y la colonización de vastas regiones de las Américas,⁽⁴⁾ lo que condujo a muertes masivas entre las poblaciones indígenas con la consecuente exterminación

de etnias y desaparición de pueblos enteros. Aunque hoy las causas son diversas, la desaparición de las naciones indo-americanas está lejos de disminuir ⁽⁵⁾. No obstante este hecho, algunas de las naciones indígenas sobrevivientes han experimentado una expansión demográfica en las últimas décadas, aunque todavía con altos niveles de mortalidad y morbilidad cuando se comparan con poblaciones no-indígenas. De acuerdo con proyecciones actuales, la población indo-

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

(5) Se ha estimado que en lo que va de este siglo, en el Brasil solamente, desaparece en promedio una nación indígena por cada año calendario.

americana comprende más de 400 naciones y grupos étnicos, los que hacen un total de 43 millones de personas (a) (ver nota al final del texto) y representan en su conjunto aproximadamente un 6 por ciento de la población total de las Américas. Por cierto que esta proporción es muchas veces mayor en algunos de los países latinoamericanos, como es el caso de Ecuador, Perú, Bolivia, Guatemala y México.

En el Nuevo Mundo, **la primera gran transición epidemiológica** ocurrió hace unos 10,000 años, con el advenimiento y desarrollo de la producción agrícola primaria, cuando las poblaciones nativas cambiaron su modo de supervivencia de cazadores-recolectores a horticultores, con la subsecuente domesticación de plantas y animales (Armelagos, 1990). El advenimiento de la era Neolítica y de una nueva tecnología de explotación agrícola, aunque incipiente, representaron cambios significativos en los patrones de asentamiento y en los estilos de vida, modificando radicalmente las relaciones del hombre con el medio ambiente y creando una nueva ecología de la enfermedad (Pedersen, 1996). La transición epidemiológica resultante se tradujo en la aparición de enfermedades infecciosas y parasitarias y además en nuevos riesgos que surgieron: cambios en los patrones de alimentación, acumulación de excretas y basura con la subsecuente contaminación de las fuentes de agua y alimentos, un mayor contacto con animales domésticos y una mayor concentración poblacional. No obstante, es importante destacar que la aparición de enfermedades infecciosas en localidades de mayor densidad poblacional no son necesariamente producto del simple hacinamiento físico o cambios físico-ambientales, sino que son resultante de otros procesos sociales más complejos, como ser cambios en la posición social dentro del grupo o más

importante todavía, por pérdida de la cohesión social en una sociedad estratificada por clases y con una desigual distribución del poder y de la riqueza.

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

Pero más allá de la llegada de nuevos microorganismos, la nueva transición epidemiológica se debió por sobre todo, a la introducción de una nueva biota: plantas, hierbas, pasturas y ganadería, indujeron cambios profundos en la ecología local y consecuentemente en los patrones de enfermedad. El tráfico de microbios e intercambio de enfermedades entre el Viejo Mundo y las regiones neo-colonizadas fue claramente asimétrico y unilateral, como lo fueron en su medida el intercambio de gentes, plantas y animales (b) (Crosby, 1986). Las poblaciones indo-americanas tenían su propio repertorio de agentes patógenos y enfermedades endémicas locales (i. e. pian o Mal de Pinto, tripanosomiasis o enfermedad de Chagas, enfermedad de Carrión, hepatitis, encefalitis, tracoma, leishmaniasis, parasitosis, etc.), pero ninguna experiencia previa con microorganismos patógenos traídos del Viejo Mundo, tales como el virus de la viruela, el sarampión, la difteria, la fiebre tifoidea, la influenza y la malaria. El tráfico de microbios y enfermedades fue asimétrico puesto que los europeos no fueron afectados por las enfermedades importadas del Nuevo Mundo, con la posible excepción de la sífilis, mientras que las poblaciones indígenas en las regiones

neo-colonizadas fueron virtualmente diezma-
das por los gérmenes y enfermedades traídas
del Viejo Mundo.

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

Sin embargo, lo que aquí debe quedar clara-
mente establecido, es que el simple adveni-
miento de gérmenes patógenos del Viejo
Mundo en las regiones colonizadas, no es
suficiente para explicar la alta morbilidad y
mortalidad masiva experimentada entre las
poblaciones nativas. No se puede ignorar la
importancia del contexto de profundos
cambios ambientales y la gran dislocación de
los sistemas sociales y políticos existentes
—incluyendo la intensificación de la pobreza
extrema, el régimen de esclavitud, la violenta
aculturación con la imposición de una
nueva religión y sistema impositivo, las
encomiendas y desplazamientos forzados, el

desarraigo, los conflictos y las guerras
resultantes— los que constituyen factores
críticos determinantes para poder explicar
mejor la alta mortalidad, y en muchos casos
la exterminación de las poblaciones indo-
americanas después de la llegada de los
europeos.

Si consideramos la dinámica de los cambios
acontecidos en el perfil epidemiológico de
las poblaciones latinoamericanas en las
últimas décadas de este siglo, éstos se carac-
terizan por: primero, la aparición de
nuevas enfermedades (p. ej. SIDA, fiebre
hemorrágica boliviana o «Machupo»); segun-
do, la reaparición de antiguas endemias
(p. ej. malaria, cólera, tuberculosis, dengue);
tercero, la eclosión epidémica de problemas
psico-sociales (p. ej. alcoholismo y abuso de
sustancias, suicidios y auto-agresión, abuso
infantil y violencia doméstica); desórdenes
mentales y enfermedades neuro-psiquiátricas
(depresión, esquizofrenia, demencia); a los
que se suman en cuarto lugar otros
problemas y enfermedades derivadas del
comportamiento humano, tales como
comportamientos de riesgo, hábito de fumar,
pobre higiene personal y doméstica, deserción
del tratamiento, etc. y que resultan en muertes
prematuras, sea por accidentes de tránsito, ho-
micidios o enfermedades infecciosas (p. ej.
tuberculosis, diarrea), incluyendo las enfer-
medades de transmisión sexual. En casi todas
las sociedades latinoamericanas contemporá-
neas, se encuentran a la vez distintas enfer-
medades agudas y crónicas, patologías
infecciosas y condiciones no-infecciosas, pro-
blemas psico-sociales y otros relacionados
con el comportamiento, en una suerte de co-
existencia paralela a los grandes cambios
sociales y económicos en marcha, por lo
que se podría presumir que estamos
transitando hacia una tercera gran transición
epidemiológica. Sin embargo, esta nueva
etapa no resulta de una simple extrapolación

de las tendencias del pasado, ni representa la trayectoria natural de la salud y enfermedad en paralelo con el nivel de desarrollo económico alcanzado. En efecto, un país de bajos ingresos, no necesariamente muestra hoy un perfil de morbilidad y mortalidad equivalente al que un país desarrollado tenía hace un siglo atrás (Possas y Marques, 1994).

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

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

POBREZA, IMPOTENCIA Y DESINTEGRACIÓN SOCIAL COMO DETERMINANTES DE LOS NIVELES DE SALUD

En primer lugar, la relación entre pobreza y salud no es algo nuevo y ha sido analizada desde diferentes perspectivas a lo largo del último siglo. Desde fines del siglo XIX las relaciones entre pobreza y mortalidad infantil quedaron claramente establecidas. Durante la recesión de los años 30s, se dieron por sentados los vínculos epidemiológicos entre la prevalencia elevada de enfermedades como la tuberculosis, con las condiciones de pobreza, vivienda insalubre y el desempleo. Hoy, pocos se atreven a desconocer las diferencias entre niveles de salud entre países de bajos ingresos y países ricos. No obstante, cuando se analizan los determinantes de salud en grupos específicos dentro de una población —como es el caso de las naciones o pueblos indígenas— la interpretación epidemiológica convencional que se hace sobre las relaciones entre etnicidad, pobreza y salud resulta por lo general en una sobresimplificación, con frecuencia engañosa, por la que se afirma que los indígenas son pobres y los pobres son menos saludables y

se enferman y mueren con mayor frecuencia, porque son —por una u otra razón— privados de las condiciones materiales indispensables para preservar y mantener un buen estado de salud (p. ej. una nutrición balanceada, agua potable y vivienda adecuada, un medio ambiente limpio, acceso a educación y servicios de salud, etc.).

Hoy existe suficiente evidencia en la literatura científica más o menos reciente para poder comprobar que el «modelo materialista» de salud-enfermedad es no sólo una sobresimplificación, sino que resulta insuficiente para poder explicar las diferencias en el nivel de salud entre los distintos subgrupos y clases sociales de una población determinada (Wilkinson, 1996).(c)

En síntesis, las relaciones entre pobreza y salud son más complejas de lo que se pensaba originalmente y hoy debemos plantearnos nuevas preguntas sobre esta relación. ¿Qué es lo que puede explicar mejor las diferencias

encontradas en el nivel de salud entre clases sociales y entre los distintos subgrupos (p. ej. indígenas) de una población determinada? ¿Es simplemente la «pobreza» o la marginalidad o la deprivación material? ¿o existe algo más? ¿Qué otros factores entran en juego, como por ejemplo, la selección genética, el nivel inmunitario, el trauma o el grado de exposición al estrés o la contaminación del ambiente? ¿Cuál es el rol que juegan los factores psico-sociales: status y grado de cohesión social, densidad y calidad de la red y estructuras de soporte? (Wilkinson, 1996; Evans et al, 1994) ¿Cómo se relaciona la pobreza con el estado de salud individual y colectivo? ¿Qué enlaces tiene la pobreza con la enfermedad mental? ¿Cuáles son los modelos o paradigmas disponibles para analizar los determinantes de salud y enfermedad mental a nivel individual y colectivo en la América Latina?

En segundo lugar, la desesperanza o la impotencia es en parte creada y sostenida por un discurso de degradación social. El proceso de colonización, seguido por la aparición de las repúblicas y el estado-nación y más recientemente, la globalización en escala planetaria, han contribuido sin lugar a dudas a la degradación y desintegración social de los pueblos indígenas, a la par de generar y sostener la pobreza entre éstos. Hoy, la gran mayoría de los indígenas latinoamericanos, invariablemente ocupan los escalones más bajos en la estructura jerár-

quica de las sociedades nacionales respectivas (Pedersen, 1993; Desjarlais et al, 1995).

El discurso oficial de degradación es universal en forma y contenido y su propósito es devaluar, deshumanizar y estigmatizar a los grupos subordinados (p. ej. pueblos indígenas) como seres biológica y culturalmente inferiores, con frecuencia refiriéndose a éstos como «salvajes» o «primitivos». La estigmatización justifica la necesidad de intervención por parte del sector oficial y la asimilación forzada a la sociedad nacional. Existen numerosos ejemplos en la historia reciente de América Latina, en los cuales la identidad cultural de sus miembros ha sido descrita como un producto de hibridación étnica o un «crisol de razas.» Varios políticos y escritores se han referido a su propio país como una sociedad mestiza, vale decir una sociedad en la que prevalece la mezcla de sangre indígena con sangre española o portuguesa, en una suerte de homogeneización étnica que llevaría a la desaparición de las razas «puras» (es frecuente escuchar la afirmación entre nosotros: «aquí ya no quedan indios, ni blancos puros, sino que todos tenemos un poco de los dos»). Esta posición discrimina en contra de los pueblos indígenas, relegándolos a la casi invisible categoría de minoría étnica (6), la cual estaría inexorablemente destinada a la desaparición o a la asimilación a la sociedad mestiza dominante. Por

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

otro lado, las sociedades latinoamericanas de hoy no se construyen a partir de culturas monolíticas, ni de linajes raciales «puros» o «mestizos», sino a través de un proceso de contacto e intercambio cultural algo más complejo, que Bibeau (1997) describe como creolisación (7) y que ha contribuido en forma significativa a la aparición de sociedades multiculturales de facto en América Latina y en otras regiones del mundo contemporáneo.

Las teorías de aculturación y modernización que en las últimas décadas han servido para analizar los cambios y transformaciones de la sociedad provocados por el contacto con diferentes culturas, hoy necesitan ser reemplazadas por nuevas tesis, que se adhieran «menos a las nociones de transformación interna y adaptación y más a las ideas de intercambio e interpenetración.» (Bibeau, 1997). Según éste autor, los elementos claves en el análisis de las sociedades multiculturales son los de contacto e intercambio, en los que continuamente ocurren procesos de resistencia y atracción, fusión y fragmentación, contradicción, simbiosis y heterogeneidad, totalización y parcelación. El nuevo territorio que Bibeau nos invita a explorar gira en torno de la creciente creolisación del mundo, la complejidad cultural y la emergencia de sociedades pluralistas. El emblema de la sociedad contemporánea es el migrante que se enfrenta en su cotidianidad con fragmentos de múltiples modelos referenciales, no necesariamente estables, ni coherentes, pero a partir

de los cuales se construye su experiencia. De manera semejante a lo que ocurre en el encuentro entre dos a más lenguas, la experiencia (y los significados) se construye a partir del contacto entre dos o más culturas, lo que supone que las fronteras de la cultura lejos de ser rígidas e inexpugnables, son flexibles y permeables, por lo que permiten un intercambio dinámico y de doble sentido. Esto ya ha sido descrito de una u otra forma bajo distintas metáforas: como «bricolage» (tapiz de tela compuesta a partir de retazos viejos) por Claude Levi-Strauss; o como «cambalache» en el famoso tango argentino de E.S. Discépolo; o finalmente por lo que en América Latina algunos llaman una «cultura chicha»: llena de contradicciones inesperadas, anomalías y superposiciones, espacios vacíos, ambigüedades y valores híbridos (como se escucha con frecuencia en el cancionero popular latinoamericano).(d)

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

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

En el caso latinoamericano, ¿Cuáles son las rutas o enlaces biológicos, si acaso existen, entre la pobreza, la impotencia, la desintegración social y sus resultantes? Cómo es que ésta maraña de causas y enlaces determinan el nivel de enfermedad y muerte en una población determinada? En realidad, no hace mucho que algunos investigadores en salud y en ciencias sociales se han comenzado a formular estas preguntas para las que no existen sino algunas hipótesis de trabajo que permiten explicar estas relaciones complejas. Todavía más importante, los datos aportados por la investigación en este campo revelan inconsistencias entre los determinantes y riesgos de salud con la enferme-

dad y sus consecuencias (baste como ejemplo, la pobre capacidad predictiva que tienen los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Evans et al, 1994). Cuando se confronta la red compleja de interrelaciones entre pobreza, impotencia, racismo, violencia y desintegración social, que a modo de una telaraña se van imbricando unas con otras, y se intentan explicar sus vínculos con las resultantes biológicas y psico-sociales en una población específica, el modelo epidemiológico convencional no tiene un poder explicativo suficiente y con frecuencia se cae en el reduccionismo, la sobresimplificación o el sesgo en la interpretación de los resultados.

LOS PROYECTOS DE DESARROLLO, EL RACISMO AMBIENTAL Y LOS «NUEVOS» ESTRESORES

Existen abundantes referencias sobre la historia de las iniciativas de desarrollo en los países pobres y las repercusiones que generalmente tienen las intervenciones y proyectos de desarrollo etno-céntrico sobre el individuo, el medio ambiente y la calidad de vida de los pueblos. En los años recientes, algunos autores han señalado las relaciones existentes entre el deterioro ambiental y las violaciones de derechos humanos, en lo que se ha dado a llamar proceso de «victimización selectiva» o «racismo ambiental» (Macas, 1994; Bullard, 1993; Johnston, 1994; Clay, 1994). Si se parte de la premisa de que los proyectos de desarrollo traen con frecuencia tanto repercusiones positivas como negativas sobre el ambiente y calidad de vida de las poblaciones locales, se puede reconocer que los beneficios y perjuicios no se distribuyen entre todos por igual. Las ganancias tienden a beneficiar a las elites, mientras que el impacto negativo afecta algunos más que otros —en su mayoría a los marginados del poder— con fre-

cuencia privando a éstos del ejercicio de sus derechos fundamentales, ya sea limitando el acceso a recursos críticos para la supervivencia o bien generando condiciones ambientales desfavorables, generalmente creadas por el mismo proyecto de desarrollo. La discriminación o las limitaciones impuestas al ejercicio de los derechos ciudadanos, se justifican generalmente en nombre del «desarrollo nacional», la necesidad de «pago de la deuda externa» o a veces apelando a cuestiones de seguridad interna o de unidad nacional, según el discurso oficial de los representantes del gobierno de turno. Por lo general, los sectores más afectados por el racismo ambiental y la victimización son precisamente los pueblos indígenas, a quienes se les acusa de retrógrados por resistirse a la modernización y al desarrollo.

Estudios de campo entre grupos indígenas de la región amazónica de Venezuela (Seijas y Arvelo-Jiménez, 1978), Perú (Berlin y Berlin,

1978) y región oriental del Ecuador (Pedersen y Baruffati, 1983), demuestran que mientras la diversidad y complejidad ecológica se mantienen, las poblaciones locales no se ven afectadas, mostrando buenos niveles de nutrición y salud, con bajos niveles de morbilidad y mortalidad. Cuando se introducen proyectos de desarrollo y se aceleran los procesos de cambio y creolisación, los patrones de asentamiento se modifican pasando de poblaciones dispersas a concentradas, con la consecutiva degradación del ambiente físico inmediato, dislocación de la producción local de alimentos, a más de cambios profundos en los sistemas sociales y políticos y en las estrategias de sobrevivencia. En estas poblaciones la situación de salud y las condiciones de higiene se deterioran rápidamente, con la contaminación del suelo y fuentes de agua, desaparición de las fuentes de proteína animal y de otros nutrientes básicos, lo que se expresa en mayores tasas de infestación parasitaria por la vía fecal-oral y en la eclosión de epidemias de pequeña escala de enfermedades

infecciosas o de transmisión aérea, traídas por colonos e inmigrantes de otras regiones (Pedersen y Coloma, 1984).

Colonos, mineros y petroleros, militares, traficantes de coca y servidores del sector público, están constantemente generando nuevas fuentes de estrés y conflicto con las poblaciones nativas locales. En la vertiente oriental de los Andes —en las regiones de selva baja— los representantes de compañías privadas y agencias de gobierno involucrados en la explotación de recursos naturales (madera, oro, petróleo, etc.), las sucesivas olas de colonos, los misioneros, las operaciones clandestinas de explotación de coca y los traficantes de drogas, a los que se agregan la presencia de contingentes militares por conflictos de frontera, represión de actividades terroristas o control de cultivos clandestinos y el tráfico de drogas, todos representan una constelación de «nuevos» estresores ambientales y sociales con riesgos elevados para la salud de las poblaciones indígenas locales.

EL IMPACTO PSICO-SOCIAL DE LA MIGRACIÓN FORZADA, EL CONFLICTO Y LA VIOLENCIA POLÍTICA.

Como ha sido señalado, hay muchos ejemplos de situaciones de violencia política y violaciones de derechos humanos entre los pueblos y naciones latinoamericanas. Las ejecuciones sumarias de Miskitos en Nicaragua, las muertes y desapariciones de Quechuas en la región de la sierra central y sur-altiplánica del Perú, la masacre de Yanomamis en la frontera entre Venezuela y Brasil por disputas con mineros ilegales, la tortura y la muerte de indígenas Mayas en Guatemala, y la ejecución sistemática de líderes indígenas de la amazonía brasileña por asesinos a sueldo, permiten com-

probar que la violencia política no es un hecho aislado sino que está en franco aumento en todos los ámbitos, como ha sido denunciado por observadores independientes y agencias especializadas (Amnesty International, 1988).

Por otra parte, un número de creciente de la población civil se cuenta entre las víctimas de las guerras y de la violencia política. En escenarios de guerra de otras latitudes, como la ex-Yugoslavia y Somalia, 9 de cada 10 muertos o heridos fueron civiles. De estos, un número importante y creciente de niños

son cada año víctimas silenciosas de las violaciones y abusos de derechos humanos, de la violencia política y de las guerras (para una revisión amplia del tema ver Cairns, 1996). Los estudios efectuados en niños expuestos a experiencias de violencia extrema (víctimas de bombardeos aéreos o campos minados; testigos del fusilamiento, muerte o violación de sus padres; tortura o muerte violenta de familiares y pares en acciones bélicas) en Angola, Camboya, Palestina, Bosnia y Herzegovina, han reportado en forma consistente la presencia en estos niños de un amplio rango de síntomas compatibles con el denominado síndrome de estrés posttraumático y que consiste en la evocación recurrente del episodio traumático, terrores durante el sueño, supresión de pensamientos o sentimientos asociados con el trauma y síntomas persistentes de alerta, hipervigilancia, insomnio, y otros síntomas relacionados con experiencias de violencia.

Si bien éste no es el sitio para hacer una revisión completa del campo de estudios sobre trauma y estrés, puede ser útil revisar el origen de algunos conceptos. Luego de la inclusión relativamente reciente del síndrome de estrés posttraumático (del inglés Post-Traumatic Stress Disorder o PTSD) como una categoría diagnóstica en el DSM («Diagnostic and Statistical Manual», de la Asociación Psiquiátrica Americana), el campo de estudios sobre violencia política y trauma se ha expandido considerablemente. No obstante, se debe señalar que los principales aportes teóricos se desarrollaron hacia fines del siglo pasado y en la primera mitad de este siglo — ver por ejemplo, los trabajos clásicos de los pioneros: J. Erichsen (1866), P. Janet (1889) y S. Freud (1920), seguidos más tarde por I. Pavlov (1927), H. Selye (1936) y W. Cannon (1939) — los que se enfocaron principalmente en las experiencias individuales del trauma desde una perspectiva clínica y experimental. Con

el paso de los años los investigadores se vieron influenciados por acontecimientos históricos que representaron situaciones traumáticas masivas (las trincheras de la Primera Guerra Mundial, el genocidio perpetrado por los Nazis en la Segunda Guerra, los sobrevivientes de Hiroshima, los veteranos de Vietnam y de la guerra con Corea) en donde se utilizaron distintas aproximaciones conceptuales, en el intento de construir un nuevo marco de referencia.

Mientras que hoy existen varios estudios que se concentran en el impacto de corto plazo de la guerra y el trauma, las consecuencias a mediano y más largo plazo han recibido menos atención. Uno de los primeros estudios hechos sobre veteranos de la Primera Guerra Mundial (Kardiner y Spiegel, 1941), concluyó que las consecuencias de largo plazo del trauma de guerra si bien pueden ser discontinuas, con frecuencia son persistentes y de larga duración. Estudios iniciados en la Segunda Guerra Mundial, han reportado la persistencia de síntomas de trauma por estrés (pensamientos intrusivos, irritabilidad, sueños anormales, comportamiento agresivo, etc.) hasta 20 años después de la experiencia traumática (Archibald y Tuddenham, 1965). No obstante, algunos autores señalan que éstas reacciones persistentes frente al trauma deberían considerarse como respuestas normales frente a la experiencia traumática y no necesariamente como una patología susceptible de diagnóstico y tratamiento médico (Young, 1995; Kleinman, 1995).

En el modelo médico de trauma, los síntomas que configuran hoy el llamado PTSD, se presentan como una respuesta psicopatológica universal frente al trauma. Aunque puede haber una cierta similitud en los síntomas y manifestaciones de PTSD en diferentes grupos expuestos al trauma, es obvio que la cultura y la posición social juegan un papel

importante en la percepción y expresión de los síntomas por lo que se levantan muchos interrogantes sobre la existencia de este síndrome como una entidad nosológica de validez universal o intercultural (Young, 1980; Mollica et al, 1992). Hoy parece haber consenso entre algunos investigadores que el PTSD aparece como una nueva categoría nosológica generada a partir de la experiencia sufrida por veteranos de la guerra de Vietnam, y que por lo tanto no puede aplicarse como un diagnóstico universal válido en experiencias traumáticas sufridas por individuos provenientes de otras culturas (Young, 1993; 1995). El modelo médico de trauma presenta una visión distorsionada del fenómeno, limitando su atención a las «víctimas» e interpretando sus síntomas y reacciones como problemas anormales o psicopatológicos. En general, las víctimas reaccionan frente al trauma de acuerdo al significado que esto representa para ellas y no todas las reacciones deben considerarse como necesariamente patológicas o anormales. En realidad, se puede argumentar que muchas de las reacciones frente al trauma son manifestaciones «normales» y representan una respuesta saludable, a partir de las cuales se construyen los mecanismos de defensa y de reparación necesarios. Sin lugar a dudas, esto tiene repercusiones en la agenda de investigación sobre trauma, en donde el foco de análisis se debería desplazar de las «víctimas» a los «sobrevivientes» y en donde la incógnita por resolver no es cómo ni porqué ciertos individuos son afectados por el trauma, sino porqué la mayoría de las personas expuestas no se ven afectadas (Summerfield, 1995), es decir, superan la experiencia traumática y se recuperan sin presentar síntomas, ni morbilidad residual.

En síntesis, las teorías y conceptos sobre el PTSD se han basado principalmente en abordajes clínicos y experimentales, con un

uso limitado del método epidemiológico y etnográfico. Sería importante superar esta tendencia, adoptando un abordaje más integral, utilizando métodos derivados de la epidemiología y de las ciencias sociales, con un doble enfoque, cuantitativo y cualitativo. Se debe ir más allá de las respuestas individuales inmediatas frente al trauma, para centrar la atención en el impacto de mediano y más largo plazo del trauma y estrés sostenido, a nivel colectivo. Este abordaje debiera conectar la dimensión del contexto social más amplio arriba descrito, con los procesos microsociales de menor escala. En este sentido, se deben además hacer algunas distinciones conceptuales con respecto a la naturaleza y tipo de trauma y «estresores», como también precisar mejor lo que se entiende por respuestas biológicas y psicosociales: mecanismos neuro-endocrinos de defensa, respuestas culturales, estilos de afrontamiento, resiliencia y estrategias de sobrevivencia.

La guerra civil en El Salvador, en la que se registraron unas 70,000 muertes y desapariciones y un número tres veces mayor de víctimas o personas heridas, se tradujo en el desplazamiento interno y migración forzada de miles de salvadoreños quienes huyeron de la violencia y buscaron refugio político en países vecinos (incluido el Canadá). Un estudio efectuado en 250 personas durante la etapa más álgida del conflicto, en las afueras de San Salvador, reportó que la mera presencia de tropas armadas indujo entre la población civil, miedo y terror incontrolable (87 % de los encuestados), temblor generalizado y otras manifestaciones somáticas de inseguridad y miedo (64 %) (ACISAM, 1988). Martín-Baró (1989), al analizar el trauma psico-social como resultado de la violencia y guerra civil en El Salvador, se refiere al mismo conjunto de síntomas reportados entre los campesinos (ancianos,

mujeres y niños) salvadoreños al enfrentarse con operativos militares en sus poblados. Según este autor (8), el trauma psico-social representa la deshumanización de las relaciones sociales. En primer lugar, los enemigos son repudiados, cosificados y vistos como objetos descartables, sin valor alguno. En segundo lugar, el conflicto social adopta formas y expresiones de verdadera alienación psicótica, como fue observado entre adolescentes y jóvenes expuestos a operativos bélicos, violencia y situaciones traumáticas. Finalmente, la militarización de la vida cotidiana conduce inexorablemente a la militarización de la mente, por lo que la gente piensa, siente la necesidad y finalmente adopta soluciones radicales, transformándose en seguidores ciegos de la «ley del más fuerte», lo que a su vez perpetúa la violencia estructural (Martín-Baró, 1989).

Menos obvios — pero igualmente letales — son los efectos de conflictos no-convencionales o de las denominadas «guerras de baja intensidad» (9), particularmente en los casos de Guatemala y el Perú. Los efectos de este tipo de conflictos en la salud de las poblaciones locales son no sólo directos, sino también indirectos, por el debilitamiento o ruptura de las redes sociales de soporte, la destrucción de cosechas y ganado, o — como en el caso de Nicaragua — la desactivación de servicios de salud y eliminación de trabajadores de atención primaria en operativos militares organizados por fuerzas represivas (Summerfield y Toser, 1991).

En muchas de las comunidades centroamericanas o de los países andinos, el conflicto y la violencia generadas por la persecución y matanza de indígenas o campesinos a manos de colonos invasores, narcos, terroristas o militares, han tenido efectos psico-sociales devastador a nivel del individuo, los pueblos y las economías rurales. El impacto se manifiesta no sólo en el número de muertos, heridos o desaparecidos sino además en una multitud de manifestaciones, síntomas y síndromes post-traumáticos entre los sobrevivientes, y en el éxodo selectivo de población en edades productivas hacia las ciudades y otras regiones de refugio. Por varias décadas, hombres y mujeres indígenas se vieron desplazados o forzados a migrar hacia las ciudades satélites y barrios de emergencia, creando lo que hoy constituyen los cinturones de pobreza de las grandes ciudades: barriadas, favelas, guasmos o pueblos jóvenes. En estos asentamientos, la vivienda precaria, la desocupación y la contaminación ambiental, la violencia doméstica e inseguridad en la calle y la ausencia de servicios mínimos, son las características dominantes, que con frecuencia se transforman a su vez en fuentes de estrés agregado. Por otro lado, también se pueden esperar en estos mismos grupos diversas formas de resistencia y resiliencia frente a la enfermedad, así como de múltiples estrategias de sobrevivencia para superar las condiciones estresantes y atenuar el impacto negativo.

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

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

En América Latina son pocos los estudios que se han hecho sobre poblaciones desplazadas de refugiados o pueblos expuestos a la violencia política. En Nicaragua se hizo un estudio en una comunidad rural sobre el trauma mental provocado por las guerras de baja intensidad (Summerfield y Toser, 1991). En el Perú, un país agobiado en las últimas décadas por la pobreza extrema y la violencia estructural, la migración campo-ciudad y los niveles de ansiedad y disturbios psicológicos resultantes entre los migrantes han sido tratados por C. A. Seguin (1951, 1956); H. Rotondo (1963; 1978); y más recientemente por F.M. Gaviria y colaboradores (1986) y C. Rodríguez Rabanal (1995), entre otros.

Seguin (1956) hizo un estudio comparativo entre migrantes de la sierra peruana recién llegados a ciudad de Lima con aquellos residentes nacidos o ya establecidos en la ciudad por un largo período. Los recién llegados — en su mayoría quechua hablantes — reportaron una constelación de síntomas (dolor de cabeza, palpitaciones, debilidad, etc.) tras del arribo, que fueron descritos bajo el rótulo de **Síndrome Psicosomático de Desadaptación** (Seguin, 1951). Según este autor, las diferencias no se limitaron a los niveles psicológicos o psicosomáticos, sino incluyeron además una serie de ajustes fisiológicos y respuestas psico-sociales adaptativas frente a las nuevas condiciones de vida impuestas por el contexto urbano de destino. Por su parte, Rotondo y colaboradores (1963; 1978) publicaron los resultados de una encuesta de salud (utilizando el Cornell Medical Index y el DSM, versión I (1952) de la Asociación Psiquiátrica Americana) realizada en una barriada marginal de Lima con una alta proporción de migrantes Quichuas de la sierra, que reportaron síntomas depresivos y ansiedad (hipocondría, sentimientos de desajuste social, miedo y desconfianza, bajo nivel de aspiraciones, etc.). Se encontraron

además altas tasas de abuso de alcohol entre hombres y comportamientos antisociales entre los jóvenes.

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

Además de los autores ya mencionados, varios otros centraron su atención sobre la migración campo-ciudad, el proceso de urbanización acelerado y su impacto a nivel individual o psico-social más amplio (ver entre otros, Cotler, 1959; Caravedo et al, 1963; Delgado, 1968; Millones, 1975; Matos Mar, 1984; Altamirano, 1984).

Finalmente, una serie de estudios sobre la violencia estructural en el Perú, han sido publicados por la APEP (Asociación Peruana de Estudios e Investigación para la Paz), en la última década por F.E. MacGregor y

colaboradores (1989; 1990), y otros autores (J. Ossio; A. Giesecke y M. Giesecke, C. Rodríguez Rabanal). Desde fines de la década de 1980 hasta hoy, una nueva ola de estudios sociales sobre Sendero Luminoso y la violencia política de aquellos años se viene publicando (Chavez de Paz, 1989; DESCO, 1989; Gorriti, 1990; Degregori, 1990; Obando, 1991; Starn, 1991; Strong, 1992; Palmer, 1992; Kirk, 1993; Coral, 1994; Coronel, 1996; Degregori et al, 1996). A pesar del indudable aporte de estos autores al análisis de la violencia política en el Perú, las repercusiones sobre la salud individual y colectiva y las secuelas psico-sociales del trauma permanecen en su mayor parte ausentes de las discusiones.

En una reciente revisión de la literatura mundial, limitada en forma exclusiva a los síndromes de estrés postraumático (PTSD) en distintas poblaciones expuestas a desastres naturales, violencias y guerras, se puso en evidencia que del total de 135 estudios epidemiológicos sobre PTSD publicados

entre 1980 y 1993, la gran mayoría se hicieron sobre muestras de refugiados o migrantes en países ricos (principalmente EE.UU, Canadá y Europa), mientras que solamente 8 estudios (6%) sobre PTSD fueron hechos en países de bajos ingresos. De éstos, sólo tres investigaciones se hicieron en América Latina sobre víctimas de desastres naturales: el terremoto de México y la erupción del volcán Armero, en Colombia (de Girolamo et al, 1996). Los pocos estudios sobre PTSD que han sido reportados en América Central (Nicaragua, Guatemala, El Salvador) y el cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay), se han centrado principalmente en los efectos individuales de la tortura o de la violencia de estado, durante la «guerra sucia» de la década de los años '70s. No obstante, se desconoce la magnitud y distribución del impacto de mediano y largo plazo de la violencia política sobre las poblaciones locales y las estrategias sociales de reparación y sobrevivencia frente a la violencia no han sido reconocidas y menos aún exploradas de manera sistemática.

DE LO MACRO-ESTRUCTURAL A LO MICRO-SOCIAL Y SUB-INDIVIDUAL

Como ha sido visto en las secciones precedentes, la situación de salud de los pueblos y naciones indo-americanas es resultante de la interacción recíproca del pasado colonial, de una historia de violencia y aculturación forzada, de la situación de pobreza sostenida y marginación social y del continuo proceso de cambio global. Por otro lado, en el contexto de ajuste estructural, la emergencia y

consolidación de una economía de libre mercado, lejos de preservar la integridad ambiental, ha conducido a la degradación de los ecosistemas locales, aumentando por un lado la brecha entre pobres y ricos, y debilitando por otro, los sistemas sociales de apoyo y cohesión social (10). Se agregan a éstos elementos, la presencia amenazadora de estresores múltiples, incluyendo el conflicto político y la

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

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

A pesar del crecimiento en el número de conflictos, guerras e incidentes violentos reportados en el mundo y en la América Latina en particular, muy poca atención se ha prestado al impacto de largo plazo y a las consecuencias psico-sociales de las varias formas de violencia estructural en los individuos, comunidades y grupos étnicos específicos (Zwi y Ugalde, 1991). Al mismo tiempo, solo hay un conocimiento rudimentario del discurso popular sobre la salud y enfermedad mental, los estados emocionales frente a la enfermedad y la muerte (duelo, sufrimiento afectivo, depresión, etc.) y las manifestaciones asociadas con el sufrimiento y estrés entre los pueblos indo-americanos. Tampoco se conocen los comportamientos de búsqueda de la salud y las estrategias de manejo de la enfermedad mental. No obstante, aunque la información es escasa, se puede inferir de la revisión de fuentes secundarias que la prevalencia de enfermedad mental entre la población indo-americana — desórdenes del desarrollo (retardo mental); depresión y estados de ansiedad, incluidos los síndromes de filiación cultural, como nervios (en mujeres en su mayor parte), otros asocia-

dos con estados emocionales como cólera o pena (11); y otros problemas relacionados con la migración forzada y el stress, tales como suicidio, muerte accidental y comportamientos violentos asociados con el abuso de alcohol — es varias veces más elevada que en la población general (Pedersen, 1993; Desjarlais et al, 1995).

De la revisión de la literatura disponible, las interrelaciones entre la violencia política y las guerras con la situación de salud de los pueblos indo-americanos dista mucho de ser entendida. Existen resultados dispersos, marcos de análisis incompletos y en general una falta de hipótesis sobre aspectos básicos de cómo los pueblos perciben la experiencia y son afectados por la degradación ambiental y por la violencia política. Por fin, la evaluación del impacto de la violencia política y de las condiciones de stress prolongado en la salud física y mental de los pueblos indo-americanos y el desarrollo de estrategias para su control adquieren una alta prioridad en la agenda global de investigaciones sobre salud y desarrollo.

Pero no solo se necesita entender mejor cuáles son los factores en el orden político, social y cultural que son significativos o relevantes frente a los distintos problemas de salud física y mental, sino cómo interactúan entre sí y qué enlaces o conexiones existen entre las dimensiones macroestructurales, los procesos micro-sociales y el nivel sub-individual, así como su impacto sobre el individuo, el grupo y la sociedad más amplia. A nivel sub-individual, las respuestas a nivel celular de los

(11) Existen varios autores que han hecho estudios sobre los síndromes de filiación cultural en poblaciones latinoamericanas. Para una descripción más detallada sobre nervios, iras o cólera, pena, tontera, mal ojo, dolor de cabeza, espanto y mal aire entre los Quichuas del Ecuador ver, entre otros, Pedersen et al, 1982.

insultos o noxas ambientales parecen estar controladas en su mayor parte por la interacción recíproca de varios sistemas, incluidos los sistemas inmunitario, endocrino y nervioso. Aunque hay un creciente cuerpo de literatura científica en el que se comienzan a aclarar algunas de las relaciones entre causas y efectos, la comprensión de las interrelaciones entre los varios sistemas y la ocurrencia de enfermedades específicas (p. ej. ciertos tipos de cáncer, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Alzheimer, etc.) es todavía fragmentaria. No obstante, se puede asumir que existen una serie de eslabones o una cadena continua que va desde el comportamiento celular y molecular hasta el nivel poblacional y que regresa cerrando el circuito. El ambiente físico y social, pasado y presente de cada individuo, constituye un elemento clave en esta cadena (Evans et al, 1994). En concordancia con estos autores, si bien nadie todavía puede pretender entender por completo estas interacciones entre lo «macro» y lo «micro», la evidencia disponible hace que nadie tampoco pueda negar su existencia.

Finalmente, una cuestión relevante para investigar en el futuro consiste en explorar la producción histórica y social de la enfermedad mental. Como ha sido sugerido, la investigación en este campo no debería limitarse al análisis de la distribución social o espacial de la enfermedad mental, sino además mostrar cómo las estructuras políticas y económicas son parte tangible de la experiencia misma de enfermedad, tanto y cuanto como la biología o las experiencias del entorno familiar de los primeros años forman parte indisoluble de la misma (Good, 1992). En América Latina, como en otras partes del mundo, la imposición simultánea de medidas de austeridad y ajuste estructural, las sanciones económicas, la reducción drástica de la ayuda externa y la carrera armamentista,

lejos de mejorar, van a empeorar las condiciones de vida y de pobreza en muchos de los países, por lo que se puede esperar un aumento de la violencia política y de los abusos de derechos humanos, del desplazamiento forzado y de los refugiados, lo que acarrea graves consecuencias para todos. La descomposición de las economías locales, la migración forzada de la población en edad de trabajar, la degradación ambiental y la caída de la producción local de alimentos, crean condiciones en extremo desfavorables para los grupos remanentes (mujeres, niños y ancianos) y hacen poco viables o insostenibles los esfuerzos de desarrollo económico y social.

En los albores del próximo siglo, resulta imperativo desarrollar instrumentos e indicadores para monitorear y evaluar más de cerca el impacto de estas condiciones impuestas por el contexto de violencia política sobre la salud individual y colectiva de los pueblos latinoamericanos. Si queremos preservar la diversidad biológica y cultural en el mundo y administrar mejor los recursos actuales para las generaciones futuras, debemos aprender a trabajar en la interface entre naciones y estados, para asegurar la coexistencia pacífica de sociedades multi-étnicas y pluriculturales. Una de las cuestiones que se debe dilucidar es si la violencia extrema y las acciones derivadas, como la guerra y el terrorismo, son respuestas políticas inevitables frente al conflicto subyacente, o si existen otras formas alternativas para construir un nuevo orden social y político, basado en una relación más pacífica entre las naciones y los estados, en la construcción de una sociedad genuinamente democrática —no necesariamente utópica— sino más compasiva y más humana: la «buena sociedad» (Galbraith, 1996).

Un mejor entendimiento de las interacciones

recíprocas entre la pobreza, el racismo, la violencia política y las guerras, incluyendo el ajuste estructural y las sanciones económicas, sobre la salud física y mental de los pueblos, es una condición fundamental para el desarrollo de estrategias alternativas e intervenciones innovadoras para aliviar el sufrimiento, reducir el daño, promover el cuidado y la recuperación de experiencias traumáticas y fortalecer el capital social individual y colectivo existente, contribuyendo a la democratización y reconstrucción de la sociedad civil. Hay que revalorizar e incrementar la capacidad de las comunidades locales en evaluar y apoyar la recuperación y rehabilitación de las víctimas y de los sobrevivientes sobre una base menos empírica e improvisada. Las intervenciones

de base comunitaria deberían involucrar la sociedad como un todo, incluyendo los investigadores, los educadores y los medios de comunicación para promover la adopción de valores universales en el nuevo orden político: tolerancia, solidaridad, reconciliación, resolución pacífica de conflictos, justicia y equidad, seguridad y paz. Los científicos sociales, los profesionales de salud y los expertos en salud mental, no pueden seguir ignorando esta realidad latinoamericana y deben comprometerse en el estudio, documentación, análisis y en el proceso de innovación y búsqueda de soluciones para la reducción de todas las formas de violencia y del sufrimiento colectivo.

REFERENCIAS

- 1) ACISAM (Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental) «Presencia del Ejército en el refugio de San José Calle Real: una vivencia amedrentadora.» Revista Avance, 1988, p. 8.
- 2) ALTAMIRANO T. Presencia andina en Lima metropolitana: un estudio sobre migrantes y clubes de provincianos. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. 1984
- 3) AMNESTY INTERNATIONAL Brazil Briefing. AI (USA). New York, N.Y.: AI Index: AMR 19/17/88. 1988
- 4) ARCHIBALD HC, TUDDENHAM RD. «Persistent stress reaction after combat: a twenty year follow- up.» Archives of General Psychiatry, 1965 ; 12: 475-481
- 5) ARMELAGOS GJ. «Health and Disease in Prehistoric Populations in Transition.» En: A.C. Swedlund and G.J. Armelagos (Eds.) Disease in Populations in Transition: Anthropological and Epidemiological Perspectives. New York: Bergin and Garvey. 1990
- 6) BERLIN B, BERLIN EA. «Etnobiología, Subsistencia y Nutrición en una Sociedad de la Selva Tropical: Los Aguaruna (Jívaro)». En: A. Chirif (ed.) Salud y Nutrición en Sociedades Nativas , pp 13-47. Lima: Centro de Investigación y Promoción Amazónica. 1978
- 7) BIBEAU G. «Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda.» Transcultural Psychiatric Research Review, 1997, 34 (1): 9-41.
- 8) BLACK D, MORRIS JN, SMITH C, TOWNSEND P, WHITEHEAD M. Inequalities in Health: The Black Report. The Health Divide. London: Penguin. 1998
- 9) BULLARD RD. «Anatomy of Environmental Racism and the Environmental Justice Movement.» En: Robert D. Bullard (Ed.) Confronting Environmental Racism: Voices from the Grassroots. Boston: South End Press. 1993
- 10) CAIRNS, E. Children and Political Violence. Cambridge, MA: Blackwell Publishers Inc. 1996
- 11) CANNON WB. (1939) The wisdom of the body. New York: Norton.
- 12) CARAVEDO B, ROTONDO H, MARIÁTEGUI J. Estudios de Psiquiatría Social en el Perú. Lima: Ediciones del Sol S.A. 1963
- 13) CHAVEZ DE PAZ D. Juventud y terrorismo. Características sociales de los condenados por terrorismo y otros delitos. Lima: Instituto de Estudios Peruanos. 1989
- 14) CORAL I. Desplazamiento por violencia política en el Perú. Lima: IEP/CEPRODEP. 1994
- 15) CORONEL J. «Violencia política y respuestas campesinas en Huanta» En: C.I. Degregori (Ed.) Las rondas campesinas y la derrota de Sendero Luminoso. Lima: IEP/Universidad San Cristóbal de Huamanga, 29-116. 1996
- 16) CLAY JW. Resource Wars: Nation and State Conflicts of the Twentieth Century. En: B.R. Johnston (Ed.) Who pays the price?: the sociocultural context of environmental crisis. Washington, D.C.: Island Press. 1994
- 17) COTLER J. Los cambios en la propiedad, la comunidad y la familia en San Lorenzo de Quínti. Lima: Instituto de Etnología y Arqueología, Universidad Mayor de San Marcos. 1959

- 18) CROSBY AW. *Ecological Imperialism: The Biological Expansion of Europe, 900-1900*. New York: Cambridge University Press. 1986
- 19) DE GIROLAMO G, MCFARLANE AC. «The Epidemiology of PTSD: A Comprehensive Review of the International Literature.» En: A.J. Marsella; Friedman M.J.; Gerrity, E.T.; Scurfield, R.M. (Eds.) *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research and Clinical Applications*. Washington, D.C.: American Psychological Assoc. 1996
- 20) DEGREGORI CI. *Ayacucho 1969-1979: El surgimiento de Sendero Luminoso*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos. 1990
- 21) DEGREGORI CI, CORONEL J, DEL PINO P, STARN O. *Las rondas campesinas y la derrota de Sendero Luminoso*. Lima: IEP/Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. 1996
- 22) DELGADO C. *Tres planteamientos en torno a problemas de urbanización acelerada en áreas metropolitanas: el caso de Lima*. Lima: Cuadernos Plandemet. 1968
- 23) DESCO *Violencia Política en el Perú: 1980-1988 (Tomo I)* Lima: DESCO. 1989
- 24) DESJARLAIS R, EISENBERG L, GOOD B, KLEINMAN A. *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York: Oxford University Press. 1995
- 25) ERICHSEN J. *On Railway and Other Injuries of the Nervous System*. London: Walton and Maberly. 1866
- 26) EVANS RG, BARER ML, MARMOR TR. (Eds.) *Why are some people healthy and others not? The Determinants of Health of Populations*. New York: Aldine de Gruyter. 1994
- 27) FREUD S. (1920) *Beyond the pleasure principle*. En: *Complete Psychological Works (Standard Edition, vol 18)*. London: Hogarth Press, 1959.
- 28) GALBRAITH JK. *The Good Society: The Humane Agenda*. Boston: Houghton Mifflin Company. 1996
- 29) GAVIRIA FM y colab. «Migration and mental health in Peruvian society: Towards a psychosocial model.» *Social Psychiatry*, 1986, 21, 193-199
- 30) GOOD BJ. *Culture and psychopathology: directions for psychiatric anthropology*. En: T. Schwartz , G.M. White and C.A. Lutz (Eds.) *New Directions in Psychological Anthropology* , pp 181-205. Cambridge: Cambridge University Press. 1992
- 31) GORRITI G. *Sendero: Historia de la guerra milenaria en el Perú*. Lima: Editorial Apoyo. 1990
- 32) JANET P. *L'automatisme psychologique*. Paris: Balliere. 1889
- 33) JOHNSTON BR.(ed.) *Who pays the price?: the sociocultural context of environmental crisis*. Washington, D.C.: Island Press. 1994
- 34) KARDINER A, SPIEGEL H. *War stress and neurotic illness*. London: Hoeber. 1941
- 35) KIRK R. *To Build Anew: An Update on Peru's Internally Displaced People*. Washington, D.C.: U.S. Committee for Refugees. 1993
- 36) KLEINMAN A. *Writing at the margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press. 1995
- 37) MACAS L. «Fueling destruction in the Amazon: an Interview with Luis Macas.» *Multinational Monitor*, 1994, vol 15, no. 4.

- 38) MCGREGOR FE, ROUILLÓN JL, RUBIO M. Siete ensayos sobre la violencia en el Perú. Lima: APEP. 1989
- 39) MCGREGOR FE, RUBIO M, VEGA C. Marco Teórico y Conclusiones de la Investigación sobre Violencia Estructural. Lima, APEP. 1990
- 40) MARMOT MG, KOGEVINAS M, ELSTON MA «Social/Economic Status and Disease.» Annual Review of Public Health, 1987, 8: 111-135
- 41) MARTIN BARO I. «Political Violence and War as Causes of Psychosocial Trauma in El Salvador.» Int. J. Ment. Health, 1989; 18 (1): 3-20.
- 42) MATOS MAR J. (1984) Desborde popular y crisis del estado: el nuevo rostro del Perú en la década de 1980. Perú Problema 21. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1968.
- 43) MILLONES L. La cultura colonial urbana. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. 1975
- 44) MOLLICA RF y colab. «The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a Cross-cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma, and Posttraumatic Stress Disorder in Indochinese Refugees.» The Journal of Nervous and Mental Disease, 1992; 180 (2): 111-116.
- 45) MURPHY HBM. Flight and Resettlement. Switzerland: UNESCO. 1955
- 46) NIETSCHMANN B. «The Third World war» Cultural Survival Quarterly, 1987; 11 (3): 1-16.
- 47) OBANDO E. «Diez años de estrategia antisubversiva: una pequeña historia» Revista Quehacer, 1991; (72):46-53.
- 48) PALMER DS. (Ed.) Shining Path of Peru. London: Hurst. 1992
- 49) PAVLOV IP. Conditioned Reflexes: an account of the physiological activity of the cerebral cortex. London: Oxford Univ. Press. 1927
- 50) PEDERSEN D, BARUFFATI V. «Health and illness among the Napo-Runas.» (Unpublished manuscript). Proceedings of the IX International Conference of Social Science and Medicine. Stirling, Scotland. 1983
- 51) PEDERSEN D, COLOMA C. Perspectivas de Salud, Organización Social y Modelos de Comportamiento: Estudios de caso en la Amazonía, Sierra y Costa del Ecuador. Monograph series PAHODOC PNSO/84-53. Washington, D.C.: Technical Report (IDRB and PAHO/WHO), 198 pp. 1984
- 52) PEDERSEN D. Mental Health amongst the Indigenous Peoples of Latin America. (Working Paper) International Mental Health and Behavioral Health Project, Center for the Study of Culture and Medicine. Department of Social Medicine, Harvard Medical School. Boston, Massachusetts. 1993
- 53) PEDERSEN D. (1996) «Disease Ecology at the Crossroads: Man-made Environments, Human Rights and Perpetual Development Utopias.» Social Science & Medicine, 1996; 43 (5):745-758.
- 54) POSSAS C, MARQUEZ MB. «Health transitions and complex systems: a challenge to prediction.» En: M.E. Wilson, R. Levins and A. Spielman (Eds.) Disease in evolution: Global Changes and Emergences to Infectious Diseases. New York: The New York Academy of Sciences. 1994
- 55) RODRIGUEZ RABANAL, C. La Violencia de las Horas: Un estudio psicoanalítico sobre la violencia en el Perú. Caracas: Editorial Nueva Sociedad. 1995

- 56) ROTONDO H. y colab. «Estudios de Morbilidad Psiquiátrica en la Población Urbana de Mendocita». En: B. Caravedo; H. Rotondo and J. Mariátegui (Eds.) *Estudios de Psiquiatría Social en el Perú*, pp 17-68. Lima: Ediciones Del Sol. 1963
- 57) ROTONDO H. *Estado de los Estudios de Migraciones en el Perú*. Lima: AMIDEP. 1978
- 58) SEIJAS H, ARVELO-JIMENEZ N. «Factores Condicionantes de los Niveles de Salud en Grupos Indígenas Venezolanos.» En: E. Wagner y A. Zucchi (Eds.) *Unidad y Variedad. Trabajos Antropológicos en Homenaje a J.M. Cruent*. Caracas: Ediciones CEA-IVIC. 1978
- 59) SEGUIN C. «El Síndrome Psicossomático de Desadaptación». *Revista Latino-Americana de Psiquiatría*, 1951 ; I, 1.
- 60) SEGUIN, C. «Migration and Psychosomatic Disadaptation.» *Psychosomatic Medicine*, 1956; 18, 5, 404-410.
- 61) SELYE H. «A syndrome produced by diverse noxious agents.» *Nature*, 1936 ; 138:22-32.
- 62) STARN O. *Reflexiones sobre rondas campesinas, protesta rural y nuevos movimientos sociales*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos. 1991
- 63) STRONG S. *Shining Path: The World's Deadliest Revolutionary Force*. London: Harper Collins. 1992
- 64) SUMMERFIELD D, TOSER L. «Low Intensity War and Mental Trauma in Nicaragua: A Study in a Rural Community.» *Medicine and War*, 1991 ; 7, 84-99.
- 65) SUMMERFIELD D. «Addressing Human Response to War and Atrocity.» En: R.J. Kleber; Figley, C.R.; Gersons, B.P.R. (Eds) *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics*. New York: Plenum Press. 1995
- 66) WILKINSON RG. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge. 1996
- 67) YOUNG A. «The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge.» *Social Science & Medicine*, 1980 ; 14B:133-146.
- 68) YOUNG A. «A Description of How Ideology Shapes Knowledge of a Mental Health Disorder (Posttraumatic Stress Disorder).» En: S. Lindenbaum and M. Lock (Eds.) *Knowledge, Power and Practice: the Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: Univ. of California Press. 1993
- 69) YOUNG A. *The Harmony of Illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton UP. 1995
- 70) ZWI A, UGALDE A. «Towards an Epidemiology of Political Violence in the Third World.» *Social Science & Medicine*, 1989 ; 28 (7): 633-642.
- 71) ZWI A, UGALDE, A. «Political Violence in the Third World: a public health issue.» *Health Policy and Planning*, 1991; 6, 3, 203-217.

- a) Desde el punto de vista geopolítico y socio-demográfico, se distinguen tres grandes conglomerados de población indígena en las Américas. El primero comprende unos 18 millones de indígenas asentados en la región Mesoamericana, en su mayoría representados por Mayas (naciones Quiché y Kaqchikel, en Guatemala; Nahuatl y Huichol - entre otros - en México). El segundo conglomerado se estima en unos 20 millones y comprende principalmente las naciones Quechua y Aymará, que ocupan la región de la sierra, valles interandinos y altas mesetas, incluyendo la ceja de selva y bosque tropical lluvioso de la llamada región Andina (Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile). Se agregan a este total las numerosas naciones indígenas de la Amazonía. En su conjunto, estos dos conglomerados totalizan unos 38 millones de personas, lo que representa casi el 90 por ciento de la población indo-americana. Un tercer conjunto de importancia creciente, aunque de tamaño indeterminado, comprende los indígenas migrantes, temporales o permanentes, resultantes del flujo migratorio campo-ciudad de las últimas tres o cinco décadas, incluyendo aquellos desplazados o migrantes forzados por el terrorismo y la violencia política o por la pobreza. Estos migrantes están asentados por lo general en cinturones urbanos de ciudades intermedias o grandes áreas metropolitanas (Lima, Arequipa, La Paz, Santa Cruz, Quito y Guayaquil, ciudad de México, Guatemala, etc.).
- b) Los animales introducidos por los Europeos fueron varios: ganado vacuno, porcino y lanar, caballos, aves de corral, etc. (aunque en forma no intencional también se introdujeron ratas, un portador importante de enfermedades transmisibles). Estas nuevas especies ocuparon en corto plazo vastas extensiones de tierras, dadas su comprobada eficiencia reproductiva y las condiciones ambientales favorables que encontraron, por lo que con frecuencia entraron en competencia con especies animales autóctonas (bisontes, llamas, alpacas y vicuñas, avestruces, ñandúes, etc.), algunas de las cuales hoy están amenazadas y en vías de desaparecer.
- c) Los siguientes dos ejemplos permiten ilustrar esta afirmación. El primero se encuentra en el llamado Informe Black (Black Report), en el que se analizan los registros de mortalidad por clase social en Gran Bretaña desde principios de este siglo. El análisis de los registros y tendencias demuestran en forma inequívoca que a pesar del descenso sostenido de la mortalidad general en todas las clases sociales, persiste (y aparentemente ha aumentado) la mortalidad diferencial entre clases sociales a lo largo del siglo (Black et al, 1988). El segundo es el estudio longitudinal sobre mortalidad por enfermedad coronaria entre servidores de la administración pública (llamado también Estudio Whitehall, por la localidad de la Gran Bretaña en el que se hizo), en el que se demuestran diferencias significativas en la mortalidad no sólo entre las clases más bajas comparadas con las medias y altas (p. ej. categoría de trabajadores manuales vs. oficinistas), sino que además éstas diferencias de mortalidad se mantienen entre los gerentes y ejecutivos del máximo nivel con los profesionales y administradores del nivel inmediatamente inferior (Marmot et al, 1987). Estudios experimentales más o menos recientes, efectuados en modelos animales (primates organizados en un sistema social jerárquico de un mandril macho dominante y mandriles machos subordinados) y que fueron expuestos a estrés prolongado, tienden a corroborar los hallazgos sobre enfermedad coronaria y estrés en servidores públicos, hechos en el Estudio Whitehall (Evans et al, 1994).

-
- d El poeta y compositor Rubén Blades se refiere con frecuencia en su poesía y música a las contradicciones y valores híbridos de nuestra América Latina y al proceso de creolización de nuestro continente. En la canción «Contrabando» (1988) Blades canta: Sobre el famoso Orinoco/ un bote va resbalando/ y un indio, firme en el remo/ transporta su contrabando.../ Carga cerveza importada, trae veinte Pantys francesas/ Trae Marlboro americano y tres radios japoneses. Mentolatum y chingongo. Collares de fantasía/ Postales del Papa de Roma, seis Play Boys y baterías.../ Vinieron los guerrilleros, el sacristán y el Alcalde y toda la gente del pueblo que tiene con qué pagarle...