



Violencia: una prioridad de la salud pública

Violence: a public health priority

Silvana Sarabia^{1,a;2,b;c;d}

En 1996 la 49ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la prevención de la violencia como una prioridad de la salud pública. Definió violencia como “*El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectiva, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones*” (1). Como resultado de esta declaración, la OMS publicó en el 2002 el Primer Informe Mundial sobre la violencia y la salud, este informe reporta los diferentes tipos de violencia, tales como maltrato de menores y ancianos, violencia de género, abuso sexual, la violencia autoinfligida y la violencia colectiva (2); para cada uno de estos rubros se señala su repercusión sobre la salud y la sociedad, los factores de riesgo y protección y los esfuerzos preventivos (3). En el 2004 se publica la Guía Previniendo la violencia, con el fin de implementar las recomendaciones del informe (4); este segundo documento establece los pasos a seguir para el desarrollo de un plan nacional, señalando las cinco siguientes áreas de acción: 1. Recolectar datos sobre violencia, 2. Investigar sobre causas, consecuencias y prevención de la violencia, 3. Promover la prevención primaria de la violencia interpersonal, 4. Promover la igualdad social y de género y la equidad en la prevención de la violencia y 5. Fortalecer los servicios de atención y asistencia a las víctimas (4). A pesar de que la declaración se hizo pública hace más de 20 años, las noticias de cada día a nivel mundial dejan muy en claro que el problema sigue vigente y que los programas preventivos, si han sido aplicados, no han sido mayormente efectivos.

La literatura pertinente describe claramente que las llamadas Experiencias adversas de la infancia (ACE, -por las siglas en inglés de *Adverse Childhood Experiences*) pueden producir diversos problemas médicos, por lo que las acciones preventivas deben iniciarse en la infancia a fin de ser más efectivas (5). El Estudio ACE (6) investigó las siguientes 7 categorías agrupadas en dos tipos: abuso (psicológico, físico, sexual) y disfunción en el hogar (abuso de sustancias, enfermedad mental, violencia familiar, conducta criminal). Asimismo, seleccionó diez factores de riesgo (consumo de cigarrillos, obesidad, inactividad física, ánimo depresivo, intentos suicidas, abuso de alcohol, abuso de drogas, alto número de parejas sexuales y antecedente de infecciones de transmisión sexual) que contribuyen a las causas principales de morbilidad y mortalidad. El estudio encontró que el 56% de las personas que no tuvieron experiencia adversa alguna en la infancia, no presentaron ningún factor de riesgo, en tanto que solo el 14% de las personas con 4 o más experiencias adversas no presentaron ningún factor de riesgo (6). También se ha reportado que a mayor número de ACE, mayor es el riesgo de presentar enfermedades crónicas (cuadros autoinmunes, cáncer, cefalea, enfermedad isquémica coronaria, enfermedad hepática), conductas de riesgo de salud (abuso de alcohol o drogas, obesidad, conductas sexuales de riesgo, consumo de cigarrillos), problemas de salud mental (depresión, intentos suicidas, menor funcionamiento laboral), problemas en la salud reproductiva (muerte fetal, promiscuidad, infecciones de transmisión sexual, embarazo adolescente, embarazos no deseados) y violencia (violencia de pareja, violencia sexual) (7). El mecanismo por el cual las ACE influyen sobre la salud y el bienestar durante la vida está

¹ Revista de Neuro-Psiquiatría, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Sección Académica de Psiquiatría y Salud Mental, Departamento Académico de Clínicas Médicas, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Editora Jefa ; ^b Profesora ; ^c Médico-Psiquiatra; ^d Maestro en Medicina.

representada por una pirámide en cuya base se ubicarían las ACE, que producen problemas en el neurodesarrollo, generando un deterioro social, emocional y cognitivo que llevaría a la persona a adoptar conductas de riesgo de salud, produciendo entonces problemas sociales, enfermedades y discapacidad y finalmente una muerte temprana (6).

La relación bidireccional entre la salud mental y la violencia, está claramente establecida; por ejemplo, la depresión es un factor de riesgo para suicidio, así como el consumo de sustancias es un factor de riesgo para agresión. Asimismo los problemas de salud mental son, muchas veces, consecuencia de actos de violencia contra la persona afectada, en su mayoría mujeres abusadas por sus parejas, niños maltratados, las víctimas de abuso sexual, todos los cuales tienen un mayor riesgo de sufrir depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático o conductas suicidas (8). Pronunciamientos públicos o colectivos tales como la marcha *Ni una menos* en el Perú y Latinoamérica o la campaña *#MeToo* a nivel mundial, la lucha por igualdad de oportunidades e igualdad salarial para hombres y mujeres ayudan a que la población, las autoridades y los políticos visualicen la seriedad del problema. Sin embargo, si no empezamos a centrar nuestros esfuerzos y nuestras acciones en prevenir las experiencias adversas en la infancia, estaremos muy lejos de disminuir la dañina repercusión que la violencia ejerce sobre la salud física y mental. Somos tan responsables de lo que hacemos como de lo que dejamos de hacer. Hagamos que la prevención de la violencia sea una real prioridad de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority (WHO/EHA/SPI.POA.2). Geneva: World Health Organization; 1996.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The World report on violence and health. *Lancet*. 2002; 360:1083-1088.
4. Butchart A, Phinney A, Check P, Villaveces A. Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health. Geneva: Department of Injuries and Violence Prevention, World Health Organization; 2004.
5. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006; 256:174–186.
6. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson, DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4): 245-258.
7. Center of Disease Control and Prevention. Adverse Childhood Experiences Journal Articles by Topic Area. Atlanta: Center of Disease Control and Prevention; 01 de abril de 2016. (Citada el 10 de marzo de 2018). Disponible en: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/journal.html>
8. Mercy JA, Butchart A, Dahlberg LL, Zwi AB, Krug EG. Violence and Mental Health Perspectives from the World Health Organization's World Report on Violence and Health. *J Mental Health*. 2003; 32: 20-35.