

Violencia política y salud en las comunidades alto-andinas de Ayacucho, Perú[©]

**Duncan Pedersen,^a Jeffrey Gamarra,^b
Maria Elena Planas,^c y Consuelo Errázuriz.^a**

Lima, Junio 2001

^a Douglas Hospital Research Centre, McGill University, Montreal (Canadá)

^b Instituto para la Paz y el Desarrollo de Ayacucho, Ayacucho (Perú)

^c Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima (Perú)

[©] Una versión homóloga de este artículo fue publicada en: C. Cáceres, M. Cueto, M. Ramos y S. Vallenás (Eds.), La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004: 289-307.

Resumen

La magnitud y distribución de los problemas de salud relacionados directa o indirectamente con la violencia política y la guerra entre los pueblos de América Latina, se desconocen en su mayor parte. Si bien la retórica sobre la violencia como un problema de salud pública se ha hecho ostensible, por lo general el tratamiento del tema se ha visto circunscrito a la violencia delincinencial (homicidios y lesiones por causas externas) y a la violencia doméstica, sin reconocer la significancia de la violencia política en la salud humana.

La evaluación del impacto de mediano y largo plazo de la violencia política sobre la salud colectiva y el desarrollo de estrategias e intervenciones apropiadas, deberían tener alta prioridad por la experiencia de violencia y trauma vividos en estas últimas décadas en muchos de los países de la región. En la investigación que presentamos a continuación, que fue realizada en las comunidades alto-andinas de Huanta en Ayacucho (Perú) en los años de 1999-2001, se intenta dar en parte respuesta a esta omisión y además proponer algunas hipótesis de trabajo que puedan orientar la agenda de investigación y acción en este campo.

La extrema violencia y el terror infundidos por las acciones de Sendero Luminoso y las fuerzas armadas, sumados a la presencia de estresores múltiples, han tenido sin lugar a dudas consecuencias negativas para la salud de las poblaciones de la región alto-andina e importantes repercusiones en la morbilidad y discapacidad global, así como efectos psicológicos duraderos en un sector significativo de la población expuesta. El abordaje utilizado (derivado del método etnográfico, epidemiológico y clínico), nos permite explorar el trauma no solo como un "marcador", sino además como un producto de la desigualdad social y de la exclusión. En efecto, el trauma experimentado en las comunidades alto-andinas puede ser visto no solamente como resultado de la violencia política de la década de 1980, sino además como producto de la presencia de estresores múltiples, muchos de ellos de tipo estructural (extrema pobreza, desigualdad social y exclusión) vigentes en la región alto-andina por algo más de cuatro siglos.

Palabras clave: violencia política, violencia estructural, tortura, síndrome post traumático por estrés (PTSD), trastornos mentales, desplazados, refugiados

Introducción

En las últimas dos décadas, se han publicado diversos aportes sobre las secuelas y consecuencias de la violencia política en América Latina. En países como Argentina y Chile, se encuentran trabajos de valor testimonial o de denuncia y reivindicación de los derechos humanos (ver por ejemplo: Weinstein et al, 1987; Vilarino, 1984; Amnesty International, 1984; Timerman, 1981), como también artículos publicados en revistas científicas (Becker et al, 1989; Cienfuegos & Monelli, 1983), capítulos en libros (Suárez Orozco, 1992; Kordon et al, 1988) o en publicaciones de circulación local (Lira, 1988, 1994; Abudara, 1986; Bousquet, 1980; entre otros), en los que se aborda el tema de la violencia política durante las décadas de 1970 y 1980. En algunos de estos trabajos se discuten los efectos de corto plazo en familiares de los “desaparecidos”, en personas encarceladas y torturadas o en refugiados en otros países. En países como Guatemala, Nicaragua y El Salvador, también se han hecho esfuerzos aislados por evaluar el impacto psicosocial de la violencia política en ex-combatientes o en la población civil afectada (Hume & Summerfield, 1994; Summerfield & Toser, 1991; Martin-Baró, 1989; Garfield & Williams, 1989; Lundgren & Lang, 1989). Por fin, se encuentran numerosos informes de agencias internacionales especializadas, como Amnesty International (1980, 1984), Americas Watch, Physicians for Human Rights (1991), the UN High Commissioner for Refugees (UNHCR) y otras agencias gubernamentales, asociaciones civiles o religiosas y organizaciones no gubernamentales (CONADEP, 1984), que contienen información sobre la experiencia de violencia política en distintos países.

Por otra parte, de la revisión de la literatura internacional sobre trastornos específicos relacionados con experiencias traumáticas, se observa que la mayoría de estudios sobre secuelas post-traumáticas se han hecho sobre personas refugiadas en otro país, generalmente distante del sitio de origen u ocurrencia de los hechos de violencia. Según una revisión reciente de la literatura mundial sobre la epidemiología del síndrome de estrés post-traumático (PTSD), de 135 estudios incluidos en la revisión, solo ocho (6%) fueron conducidos en poblaciones *in situ*. Es interesante señalar además que de estos pocos estudios, solo tres se reportan para la región latinoamericana, en los que se intentó determinar las secuelas post-traumáticas en víctimas de desastres naturales: uno sobre el terremoto de México y dos sobre la erupción del volcán Armero en Colombia (De Girolamo & McFarlane, 1996).

Hasta donde sabemos, en ninguno de los países latinoamericanos, se han efectuado estudios sobre los efectos de mediano y largo plazo de la violencia política en la salud de las personas, en los que se haya intentado establecer un enlace directo entre la exposición a la violencia y la experiencia de trauma —medida a través de la

presencia de síntomas o secuelas post-traumáticas u otros trastornos mentales o problemas de comportamiento en la población directamente afectada por la violencia. A pesar del creciente número de conflictos armados de uno u otro tipo que surgen periódicamente en los países, resulta paradójal que no se haya prestado suficiente atención en evaluar en forma sistemática el impacto sobre la salud y las consecuencias psicosociales de la violencia política y las guerras en la población civil, a nivel de comunidades urbanas o rurales y grupos étnicos específicos (Pedersen, 1999).

En síntesis, la magnitud y distribución de los problemas de salud relacionados directa o indirectamente con la violencia política, así como la “carga” psicosocial que estos problemas representan en la sociedad latinoamericana, se desconocen. En la literatura científica, salvo algunas excepciones señaladas más arriba, la tendencia de los investigadores ha sido de mantenerse al margen de la discusión o simplemente ignorar el tema. Otro tanto ocurre con las agencias internacionales, el sector oficial y las ONGs, que han enfocado su atención sobre programas asistenciales y de socorro, soslayando la cuestión del impacto en la salud colectiva. Si bien la retórica sobre la violencia como un problema de salud pública se ha hecho ostensible, por lo general el tema se ha visto circunscrito a la violencia delincinencial (i.e. homicidios y lesiones por causas externas), a la violencia contra la mujer y al abuso infantil, sin reconocer la significancia de la violencia política en la salud humana.

El desafío que se nos presenta hoy, demanda en primer lugar, examinar los efectos de la violencia política no sólo en términos de los eventos traumáticos y problemas de salud asociados, sino además hacer el enlace entre trauma y los determinantes sociales, económicos o políticos que son sus precursores irrevocables. En segundo lugar, es imperativo documentar el amplio rango de respuestas frente al trauma, incluidos los idiomas locales de aflicción y las respuestas de afronte, no solo en el corto, pero también en el mediano y largo plazo. En relación con esto último, interesa tanto explicar porqué la exposición a la violencia aumenta el riesgo de trauma en algunos individuos, como también porqué la mayoría de los expuestos no desarrollan síntomas ni secuelas de trauma y se mantienen sanos.

Por otra parte, dados los fenómenos de globalización de la economía de mercado y de modernización que hoy prevalecen en los países, es necesario mantenerse alerta con el fin de prevenir la ampliación desmesurada de los estresores —generalmente alimentada por los medios de comunicación y las agencias internacionales— y así evitar la excesiva medicalización de las intervenciones (con medicamentos antidepresivos o psicoterapias de apoyo), inspiradas en un modelo médico occidental, no suficientemente validado y con frecuencia de poca relevancia para las poblaciones locales.

La evaluación del impacto de mediano y largo plazo de la violencia política sobre la salud de los pueblos y el desarrollo de estrategias e intervenciones apropiadas, deberían tener una alta prioridad en la agenda de investigaciones médico-sociales, por la experiencia vivida en estas últimas décadas en muchos de los países de la región. Sin duda, la experiencia del caso peruano puede hacer aportes originales y significativos en esta materia, dada su historia de violencia estructural y política y experiencia de trauma, así como el nivel de impacto y resiliencia manifiesto en las poblaciones más afectadas.

En la investigación que presentamos a continuación, que fue realizada en las comunidades alto-andinas de Huanta en Ayacucho (Perú) en los años de 1999-2000, se intenta de una parte, responder algunos de los interrogantes señalados más arriba y por otra, proponer nuevas hipótesis de trabajo que puedan orientar la agenda de investigación y acción en este campo.

El contexto regional: la sociedad ayacuchana y las comunidades alto-andinas

La provincia de Huanta, situada en el extremo norte del Departamento de Ayacucho, constituye un enclave geográfico en la región surandina del Perú, en el que se distinguen dos grandes espacios: hacia el noroeste, se encuentra la región del valle del Mantaro, con unos 2000 metros de altura promedio y hacia el centro y norte, se extiende una vasta región montañosa de macizos andinos, con alturas que van de los 3300 hasta los 4800 metros sobre el nivel del mar, conocida también como "las alturas de Huanta". En el extremo oriente de la provincia se halla una franja de selva alta o zona de colonización, que forma parte del valle del río Apurímac (ver mapa).

Las alturas de Huanta están pobladas por indígenas Quechuas, en su mayoría campesinos o comuneros alto-andinos, esparcidos en un vasto territorio de difícil acceso por un camino troncal carrozable que une los principales caseríos y pueblos con la ciudad capital, además de una red de senderos y trochas menores que conectan las distintas comunidades y ponen en evidencia la densa red de relaciones sociales y comerciales existentes en la zona. Hasta épocas recientes la población indígena de este sector era conocida como "indios de altura", para diferenciarlos de los "indios del valle", y eran considerados como "indios entre los indios" por tratarse de los más "salvajes y rebeldes", por lo que siempre fueron discriminados al estrato social más bajo de la sociedad ayacuchana (Mendez, 1991).

Existe poca información sobre las alturas de Huanta durante el período colonial, aunque se conoce que esta región fue utilizada como refugio por aquellos que querían evadir la tributación impuesta por la corona española. Luego de la batalla de Ayacucho

en 1824, con el advenimiento de la independencia y la vida republicana, se produce una importante expansión del latifundio en la región, con un deterioro de la economía regional en un contexto de guerra¹ y de crisis fiscal. Por esos años, los pobladores alto-andinos se vieron afectados por una serie de disposiciones impositivas y se rebelaron contra las nuevas autoridades del gobierno central, lo que fue reprimido en forma violenta (Husson, 1991).

En las siguientes décadas los conflictos por tierras y por el pago de tributos y diezmos² se suceden en varias partes de la provincia y con frecuencia los campesinos alto-andinos se sublevan contra las autoridades, lo que es reprimido con encarcelamientos y distintos hechos de violencia, incluido el asesinato de dirigentes indígenas, en lo que algunos historiadores describen como las "rebeliones *iquichanas*" (1826-1839). En el imaginario colectivo, los comuneros alto-andinos adquirieron desde entonces una reputación de levantiscos y rebeldes por lo que se les identificó por su sitio de proveniencia como "*iquichanos*" (de Iquicha) o en forma despectiva "*chutos*", literalmente "salvajes, ignorantes o brutos", término peyorativo que ha sobrevivido hasta hoy.³

La guerra con Chile ahondó las divisiones existentes en la sociedad ayacuchana: por una parte, los hacendados, los mestizos o *mistis*, y los empleados públicos se plegaron en favor de los chilenos, y por otra, la población indígena, conformada principalmente por artesanos y campesinos de Huanta (también denominados montoneros), se organizaron en guerrillas y se sumaron a las fuerzas locales para repeler la ocupación chilena (Galdo, 1992). Hacia fines del siglo, durante la llamada "rebelión de la sal"⁴, unos 2000 campesinos de las alturas de Huanta atacaron y ocuparon la ciudad capital, por lo que el gobierno central enviaría una expedición "pacificadora" con el fin de escarmentar a la "indiada de Huanta" (Coronel, 1986). La represión implantada por la expedición militar terminó en el juicio sumario y muerte de los cabecillas de la guerrilla, además del fusilamiento de unos 400 indígenas escogidos por el sistema de "*quintado*", es decir, uno de cada cinco campesinos capturados luego de la toma de un foco rebelde (Galdo, 1992).

¹ Se refiere a las guerras de la independencia y las que se desarrollaron entre caudillos militares después de 1824.

² El diezmo representa un tributo recolectado por la prefectura "de cada diez uno", tanto de las cosechas, como del ganado, los jornales y hasta de las gallinas de los pobladores (Galdo, 1992:172).

³ El término *chuto* es de uso extendido entre los mestizos al referirse a los indígenas. Los dirigentes senderistas se referían a la matanza de campesinos alto-andinos en la comunidad de Uchuraccay en los siguientes términos: "...hemos barrido a esos *chutos* de mierda." (del Pino 1999).

⁴ En 1896, el gobierno peruano, con el fin de recaudar fondos para el rescate de Arica y Tacna ocupadas por las fuerzas chilenas, dictó una ley en la que se estableció el monopolio del estado peruano sobre la producción y comercialización de la sal, por lo que se crearon impuestos para el consumo doméstico. Los campesinos indígenas alto-andinos se rebelaron en contra de estas medidas y se resistieron al pago del impuesto a la sal.

Desde entonces, hasta bien entrado el siglo veinte, las sucesivas rebeliones, la represión y las expediciones punitivas, las distintas formas de explotación y el secular marginamiento social y económico, constituyen parte importante del contexto histórico de las comunidades alto-andinas de Huanta. Muchos años después, en la década de 1970, la configuración de “comunidades campesinas” implantada por los militares en la primera fase de la Revolución de las Fuerzas Armadas, intentaría “empoderar” a las comunidades rurales a través de acciones de movilización ciudadana. En los años que siguieron a la Revolución, la retórica de la reforma agraria (1969-1975) y los discursos *cuasi* mesiánicos del régimen militar, que fueron repetidos una y otra vez por funcionarios del gobierno local y luego por profesores universitarios y maestros —en su mayoría *mistis*— sembraron el germen de un soñado proyecto de cambio radical en el orden social establecido en las alturas de Huanta, lo que inevitablemente generó no solamente expectativas sino también profundas divisiones entre los comuneros.

En Ayacucho, a comienzos de la década de 1980, podemos suponer que el advenimiento de Sendero Luminoso con la promesa de eliminar la pobreza, instituir un nuevo orden que implicara el rápido ascenso social y establecer relaciones más justas y simétricas con otros sectores de la sociedad ayacuchana, engendró simpatías, ganó adeptos y fue en principio bien recibida por las poblaciones locales (del Pino, 1999).

Sendero Luminoso y la represión militar en la región alto-andina de Ayacucho.

Muchos analistas y observadores de Sendero Luminoso (SL), coinciden en adjudicar a la quema de las cédulas y urnas electorales en la plaza del pueblo de Chunchi, en Ayacucho, en la noche del 17 de Mayo de 1980, el valor simbólico del inicio de la guerra popular en el Perú. En los años que siguieron, SL emergería como el movimiento subversivo más importante de la historia contemporánea del Perú, y uno de los más violentos de América Latina. En poco más de una década (1980-1992), con unos 7,000 efectivos enrolados en el Ejército Guerrillero Popular y sin apoyo externo, SL controlaría prácticamente algo más de la mitad del país y llevaría adelante un vasto operativo subversivo, desatando una guerra interna que dejaría como saldo más de 30,000 muertes y desapariciones, 600,000 desplazados y más de \$20 billones de dólares en daños materiales, equivalentes, en aquel entonces, al total de la deuda externa del Perú.

En Ayacucho, que fue epicentro del movimiento subversivo, se estima que entre 1983 y 1992, unas 10,000 personas fueron asesinadas o desaparecieron y alrededor de 180,000 (cifra que representa el 36% de la población total de Ayacucho) fueron desplazadas y forzadas a buscar refugio en otras ciudades y pueblos de la región o

ciudades de la costa (del Pino, 1996). Más de la mitad de las muertes y desapariciones ocurrieron entre 1983 y 1985, con un nuevo incremento a principios de los años de 1990 (Manrique, 1999). La región de las alturas de Huanta estuvo entre las más afectadas por las incursiones senderistas y la represión militar.

El año 1983 marca una nueva fase de desenvolvimiento de las comunidades altoandinas, en un contexto de extrema violencia política y el inicio de una guerra "sucía", en la que las comunidades quedaron visiblemente expuestas a dos frentes simultáneos: entre SL y las Fuerzas Armadas.⁵ Las incursiones senderistas sembraron la muerte y el terror, utilizando métodos brutales de exterminio: trituraban la cabeza de autoridades locales, torturaban y degollaban a los "soplones", acuchillaban a los desertores y a sus familias, mientras los militares arrasaron poblados enteros en los que torturaron y mataron indiscriminadamente a culpables e inocentes.

"Los senderistas entraron a las 5 de la mañana a la comunidad de Tambopata⁶ y reunieron a todos en la plaza, luego con una lista llamaban uno por uno, le torturaban, le golpeaban y pateaban en presencia de todos, a algunos les cortaban una oreja, a otros un dedo, y a otros la lengua... luego le amarraban las manos y pies y le remataban con bala o bien con cuchillo, como chanco, diciendo a viva voz: así mueren los soplones yanaumas! (cabezas negras)." (Seferino, 42 años, HA42).

"...[cuando] tenía 8 años presencié cómo las patrullas militares entraban a la comunidad y capturaban los senderistas para matarlos. Los *ronderos* [cortaban] y llevaban las cabezas [de senderistas]... para demostrar que los habían matado. Las cabezas guardaban y lo hacían secar, después mostraban a los militares que venían." (Antonio, 25 años, CA23).

Por otra parte, la estrategia político-militar utilizada por SL generó grandes choques con la realidad estructural social y cultural del mundo andino. La imposición de valores ajenos y rígidas "reglas" de comportamiento con las que se pretendía regular las relaciones sociales y familiares, (p. ej. la prohibición de rezar, llorar, celebrar la Navidad, la abolición de las festividades religiosas, etc.), el reemplazo de las formas tradicionales de autoridad, y otras medidas verticalmente implantadas, generaron resistencias y fricciones entre senderistas y campesinos (del Pino, 1999).

Igualmente importantes fueron las repercusiones sociales del conflicto en las economías locales. En la región alto-andina, la violencia política y el conflicto armado generaron un éxodo masivo, con el consiguiente despoblamiento del área rural. En nuestra zona de estudio, de un total de 52 comunidades rurales, 48 se vieron forzadas a desplazarse en forma temporal o permanente, y de éstas unas 30 buscaron refugio en la ciudad de Huanta.

⁵ Entre 1983 y 1985 se arrasaron más de 420 asentamientos y comunidades rurales en Ayacucho, la mayoría de ellas en la sierra y otras en la selva central (Coronel, 1998).

⁶ En las transcripciones se han alterado los nombres de las comunidades e informantes para preservar la confidencialidad de la información.

El éxodo rural y el consecuente abandono de tierras de cultivo y de pastoreo, la imposición de "granjas colectivas" y cuotas reducidas de producción para el autoconsumo, la destrucción de equipos y herramientas de trabajo agrícola, la matanza indiscriminada de animales y la quema de cosechas, condujeron al desabastecimiento de productos básicos, con graves consecuencias para la seguridad alimentaria de las familias. Se estima que entre 1980 y 1992, la superficie cultivada se redujo en más del 58 por ciento en el Departamento de Ayacucho (Mendoza, 1994). A esto se agregan el bloqueo o destrucción de caminos, puentes y otras obras de infraestructura (servicios de salud, escuelas, viviendas, etc.); la clausura de ferias locales, el sabotaje de sistemas de agua potable y de suministro de electricidad; la confiscación de propiedades e imposición de tributos (tales como el pago de "peaje" y cuotas sobre excedentes agrícolas para el "partido"), que exacerbaron las condiciones de violencia estructural y pobreza extrema con efectos aún más graves que la violencia política en la población local.

Al mismo tiempo, se restringió severamente la movilidad de las personas mediante controles de entrada y salida de las zonas "liberadas", con lo que se alteraron mecanismos vitales para la supervivencia, tales como el llamado "control vertical andino". Desde épocas pre-hispánicas las poblaciones andinas se desplazan periódicamente entre distintos pisos ecológicos, lo que permite un manejo eficiente del espacio y a la vez maximizar el aprovechamiento de la variada ecología andina (Murra, 1985). Si bien las comunidades alto-andinas son básicamente agro-pastorales y sedentarias, los hombres se desplazan periódicamente hacia otras áreas como los valles interandinos o la zona de colonización en la selva alta, en donde venden su fuerza de trabajo como braceros en la cosecha de *coca* u otros cultivos locales como el *cacao*, *yuca*, etc. En estos desplazamientos se establecen relaciones comerciales y se tejen densas redes de solidaridad y reciprocidad, con el trueque de productos y de trabajo comunal, y se forman redes de parentesco simbólico (como el compadrazgo) y paisanaje, las que aumentan significativamente la cohesión y el capital social de estas comunidades.

Con la presencia de columnas senderistas y patrullas militares en la zona, las comunidades alto-andinas quedaron confinadas a moverse dentro de un espacio restringido. El acceso a *chacras* distantes y plantaciones de los valles interandinos, a los *cocales* de la selva alta y a otros cultivos, se vio limitado de tal forma que prácticamente se destruyó la base productiva, se desarticulaban los mecanismos de intercambio comercial campo-ciudad y se resintieron o debilitaron las redes sociales de apoyo con pérdida de la cohesión social.

Con la guerra sucia en su apogeo y la implantación del bloqueo, la situación socioeconómica se deterioró rápidamente. Las condiciones de pobreza se hicieron

críticas y a la privación material se sumó la privación psicosocial, lo que aumentó considerablemente el estrés y la inseguridad de las familias. La presencia de estresores múltiples⁷ y la persistencia de éstos en el tiempo terminó afectando negativamente los niveles de salud y nutrición de las poblaciones alto-andinas —en particular de las mujeres y niños. Es difícil estimar el exceso de muertes ocurridas en esos años, pero casi todas las fuentes coinciden en señalar tanto el aumento de la malnutrición y la reaparición de la tuberculosis y otras enfermedades transmisibles, como el aumento significativo en la mortalidad general e infantil (del Pino 1999; Coronel, 1998).

Hacia mediados de la década de los 80, el descontento de la población local se hizo evidente y la resistencia pasiva de los primeros años se hizo más activa y confrontacional, en contra de los cuadros senderistas que fueron percibidos -- paradójicamente-- ya no como los salvadores, ni los "justicieros", sino como los enemigos del pueblo. Hacia 1988, los campesinos de las alturas de Huanta se organizaron en Comités de Autodefensa Civil y adoptaron como estrategia contrainsurgente la vigilancia de los asentamientos rurales más vulnerables. Las patrullas o "rondas campesinas" estaban constituidas en general por jóvenes comuneros, conocidos como "*ronderos*", encargados de la vigilancia y defensa de los asentamientos rurales expuestos a las incursiones senderistas (Coronel & Loayza 1992). SL acabaría asumiendo la nefasta tarea de "limpieza étnica" en contra del mismo pueblo que intentó en sus comienzos movilizar contra el "decrépito Estado explotador" y liberar de la opresión y explotación. El imaginario colectivo terminó "demonizando" a los senderistas, identificándolos con el mismo demonio o el "anticristo", homólogo del *ñakaq* o *pishtaco*, seres sobrenaturales de la mitología andina.⁸ Otro tanto sucedió con las fuerzas especiales de la marina y los mercenarios extranjeros (argentinos), quienes fueron demonizados por los campesinos, con atributos extraídos de los superhéroes de tira cómica o de los "rambos de video" (Degregori 1999). Degregori refiere el testimonio de un informante de Chaca (que es una de las comunidades alto-andinas incluidas en nuestro estudio), como una muestra un poco siniestra de lo que en el imaginario popular eran las fuerzas especiales:

"Bajaban de un helicóptero disparando sus ráfagas [de metralla]... no sabían caminar, no conocían el monte, eran sobras de la guerra de Las Malvinas... también tenían a los "matadores"... en una jaula nomás paraban, no salían, por una ventanita le daban alimento... eran varones, pero hasta acá [señala la cintura] tenían el pelo. Una vez a un

⁷ En este documento, utilizamos el concepto de "estresores múltiples" para significar la presencia de otros estresores a más de la violencia política, como son la extrema pobreza, la privación material, la exclusión social y las condiciones ecológicas adversas (altitud y temperatura).

⁸ En el mundo Quechua, estos seres mitológicos deambulan por los Andes a veces disfrazados de campesinos, y tienen como atributos el comer la carne y chupar o extraer la grasa de sus víctimas, con el fin de alimentar los aviones y fábricas en los EE.UU., y así pagar la deuda del Perú.

tuco [terrorista] lo metieron en la jaula y [los matadores] le arrancaron el corazón... y la sangre que salía chupaban, chupaban —qué rico diciendo." (Degregori 1999:153).

Hacia comienzos de 1990, las deserciones y el desgaste de las columnas senderistas se hicieron evidentes. Las acciones de vigilancia y defensa de la población local conducidas por los Comités de Autodefensa Civil y las rondas campesinas, a las que se sumaron acciones de apoyo estratégico de las Fuerzas Armadas, llevaron a la recuperación gradual de las condiciones de seguridad en la región alto-andina. Después de la aprehensión y muerte de líderes senderistas y la captura de Abimael Guzmán en 1992, se redujeron significativamente las acciones de violencia política, con lo que se inicia el difícil proceso de retorno de las poblaciones desplazadas hacia sus sitios de origen.

En la actualidad las comunidades alto-andinas se desenvuelven en un contexto de post-guerra en el que todavía se perciben tensiones entre los distintos actores sociales. Una realidad que se puede constatar en los registros departamentales es el significativo incremento de la violencia delictiva y de la población penal en Ayacucho en el periodo de post-guerra. Según los registros, los delitos más frecuentes son el tráfico ilícito de drogas, el asalto y el robo. Aparentemente, la región de mayor incidencia delictiva es la zona de colonización del río Apurímac, por estar directamente asociada al cultivo de la hoja de coca y elaboración de pasta básica de cocaína (Coronel, 1998b). Según informantes de Chaca, el abuso de alcohol y la violencia doméstica, el robo de ganado y el uso indebido de campos de pastoreo y el narcotráfico son comportamientos delictivos que han aumentado en forma considerable en el contexto actual de post-guerra.

Son varios los programas de apoyo a los desplazados de la región alto-andina que están a cargo del gobierno y de las ONGs nacionales e internacionales activas en Ayacucho. El discurso oficial de "desarrollo y progreso", acompañado de una inversión financiera más o menos importante pero siempre insuficiente, ha sido adoptado por las comunidades alto-andinas, en particular por los *retornantes*, y en su nombre se hacen continuas demandas por caminos, escuelas y servicios (p. ej. electricidad, transporte, comunicaciones, etc.). No obstante, el desarrollo social y económico sostenido de estas comunidades continúa siendo un espejismo distante y el proceso de reconciliación entre los distintos segmentos de una sociedad fragmentada por la violencia política todavía no se ha completado.

Patrones espaciales de desplazamiento y concentración de las comunidades alto-andinas

Para completar la descripción del contexto regional es necesario distinguir las distintas modalidades de desplazamiento y concentración de la población en el

espacio alto-andino. La primera respuesta frente a las distintas formas de violencia ejercitada en contra de la población local por las incursiones senderistas y la represión militar, fue de resistencia o fuga hacia abrigos naturales o refugios en los cerros, usualmente para pernoctar durante la noche. Estos desplazamientos temporales fueron muy frecuentes y efectivos en evitar la violencia y reducir el riesgo de los más vulnerables en el corto plazo. No obstante, muchos optaron por el desplazamiento permanente con la familia (y sus animales) hacia asentamientos más concentrados, ya sea en la comunidad "madre" o en pueblos vecinos a su sitio de origen, los que ofrecían menor vulnerabilidad que los asentamientos dispersos. Estos comuneros fueron tratados como "*insertados*" por las comunidades receptoras y aceptados a regañadientes, ya que fueron percibidos como competidores potenciales de los escasos recursos disponibles (campos de pastoreo, alimentos, vigilancia, etc.) y por lo tanto excluidos o marginados de la vida comunal. La característica principal de los comuneros *insertados* es que, situados estratégicamente con respecto a los campos de cultivo, pudieron continuar la explotación de sus parcelas y así mantener su práctica como agricultores (Coronel 1998a). La mayoría de estos desplazados mantuvieron su integridad familiar (aunque algunos enviaron sus hijos a la ciudad) y conservaron en parte sus redes de apoyo y paisanaje. No obstante, todos fueron afectados por igual por las condiciones de bloqueo impuesto por SL y la represión militar.

Un segundo tipo de desplazamiento fue hacia las ciudades de Huanta y Ayacucho, y en menor número hacia Huancayo u otras ciudades de la costa (Ica, Lima, etc.). Estos desplazamientos fueron permanentes y los comuneros que se asentaron en las áreas urbano-marginales en calidad de refugiados o *desplazados*, lo hicieron en condiciones de precariedad e inseguridad material y con un alto costo social por el aislamiento relativo y la desintegración familiar, la pérdida de las redes de apoyo, el abandono y pérdida de sus parcelas, el desempleo, la falta de alimentos, y los riesgos aumentados de enfermedades transmisibles (i.e. tuberculosis, etc.). En nuestro estudio este tipo de desplazamiento está representado por el asentamiento urbano-marginal de Nueva Jerusalén, en las afueras de la ciudad de Huanta, capital provincial.

El tercer tipo de asentamiento comprende a una minoría de los comuneros alto-andinos que se pertrecharon en las comunidades originales y resistieron los embates de la violencia senderista y la represión militar. Estos asentamientos "*resistentes*" dieron pruebas de resiliencia y resistencia con la organización de los Comités de Autodefensa Civil y las patrullas de vigilancia, pero tuvieron un costo exagerado por la pérdida de vidas de hombres y mujeres en plena edad productiva, en particular de hombres jóvenes que fueron reclutados por la fuerza, "desaparecidos" o torturados y

muerdos brutalmente. En nuestro estudio, esta modalidad corresponde a la comunidad de Chaca, que contiene en su mayoría población *resistente*.

Al mejorar las condiciones de seguridad a partir de 1990 se produjo el retorno gradual de los comuneros desplazados a las comunidades de origen, a los que se les llamó "*retornantes*". Según datos de la Mesa Nacional de Desplazados, hasta 1997 retornaron al Departamento de Ayacucho unas 35,000 personas desplazadas. Los *retornantes*, provenientes de distintas partes del país y de ciudades vecinas, adoptaron distintas modalidades de retorno y se reinsertaron en la región con diferentes grados de éxito. En muchos casos los nuevos asentamientos de *retornados* adoptaron un patrón concentrado de ocupación del espacio, usualmente en un sitio distinto al asentamiento original disperso.⁹ Los *retornantes* se instalaron aprovechando del apoyo coyuntural de los programas de re-asentamiento para desplazados ofrecidos por el gobierno y las ONGs. Las familias *retornantes* desde Lima u otras ciudades mayores, se habituaron a la vida urbana pero perdieron muchas de sus destrezas como agricultores y se reinsertaron con dificultades en la economía campesina, por lo que en su mayoría fracasaron en su intento y regresaron a la ciudad. Otros *retornantes* de ciudades menores y comunidades rurales vecinas, mantuvieron su vinculación con las tareas agrícolas y sus competencias en las tareas que demanda la vida en el campo, por lo que tuvieron más éxito en el retorno y reinsertación. Por fin, algunos de estos *retornantes* adoptaron una modalidad de inserción "pendular" alternando períodos entre la *chacra* y la ciudad adonde se ocupan en trabajos eventuales para complementar sus ingresos (Coronel, 1998). En general, los *retornantes* se caracterizan por mostrar signos de modernización en su estilo de vida y cultura material, y por la tendencia hacia la adopción de innovaciones (teléfono, antena parabólica, criaderos de trucha, etc.) y demanda por servicios. En sus prácticas religiosas, predominan las denominaciones evangélicas (pentecostales, presbíteros, evangélicos, testigos de Jehová, etc.). En nuestro estudio, las comunidades de Cunya y Huaynacancha (y en menor escala Huaychao) están compuestas por *retornantes* en su mayoría.

Abordaje metodológico

En nuestro estudio nos propusimos explorar la interacción entre las dimensiones contextuales (históricas y sociales) y los planos micro-social e individual y medir el impacto psicosocial resultante en una muestra de familias con mayor (y menor)

⁹ En los asentamientos de *retornados* las casas se disponen en una o más hileras, concentradas alrededor de una plaza o espacio central de usos múltiples: utilizado como sitio de reunión y convocatoria, formación militar, izamiento de la bandera y diversos actos cívicos, además de feria y cancha de fútbol.

exposición a la violencia. Además, nos interesamos en examinar los idiomas locales de aflicción y sufrimiento, identificar la magnitud de los trastornos traumáticos relacionados y hacer una búsqueda activa de casos con secuelas post-traumáticas en las comunidades seleccionadas para el estudio. Por fin, quisimos examinar más de cerca las iniciativas de reconstrucción de la vida civil, de más reciente implantación por el sector gubernamental y por ONGs y hacer una estimación del impacto de la violencia en la utilización de servicios de salud (los resultados de estos dos últimos objetivos serán objeto de una comunicación posterior).

Con el fin de medir el impacto psicosocial en la muestra de familias con mayor (y menor) exposición a la violencia política nos hicimos las siguientes preguntas: ¿Cuál es la magnitud y distribución de problemas de salud mental, de depresión y ansiedad, y de trauma en las comunidades alto-andinas? ¿Existe una relación entre los patrones de asentamiento (concentración y desplazamiento), la exposición a la violencia, la densidad de las redes sociales de apoyo y la experiencia de trauma? ¿Qué características socio demográficas están relacionadas con la presencia (y con la ausencia) de trauma? ¿Cuáles son los determinantes sociales del trauma y cuáles son sus consecuencias en el largo plazo? ¿Qué implicancias tienen estas relaciones de causa y efecto con el diseño de intervenciones y programas de asistencia?

La estrategia de investigación utilizada fue interdisciplinaria (en la que se combinaron el método etnográfico con instrumentos derivados de la epidemiología y de la clínica) y participativa: con participación de las organizaciones locales, líderes e informantes locales de las comunidades seleccionadas. Se utilizaron métodos cualitativos y cuantitativos: revisión de fuentes documentales y registros censales, observación participante y entrevistas etnográficas y una encuesta epidemiológica-clínica transversal. Para la preselección de comunidades, se hizo una cuidadosa prospección de la región norte y central del departamento de Ayacucho. Finalmente se seleccionaron cuatro comunidades rurales alto-andinas en la provincia de Huanta, a lo largo del camino de cintura entre Huanta y Ccarhuahuran (Chaca, Cunya, Huaychao y Huaynacancha) y un asentamiento urbano-marginal (Nueva Jerusalén) en Huanta, la ciudad capital de la provincia del mismo nombre (ver mapa), las que representan distintos tipos de desplazamiento y concentración espacial, según se explica en la sección precedente (ver además la Tabla 6).

Se completó una etnografía regional y una etnografía focalizada que apuntó a examinar los idiomas locales¹⁰ y redes semánticas que expresan el dolor y sufrimiento

¹⁰ Los signos, síntomas y categorías diagnósticas se construyen de acuerdo con un contexto sociocultural definido y están mediados por sistemas de atribución: interpretaciones o explicaciones causales, lógicas, analógicas y metonímicas (Kirmayer et al, 1994).

relacionados con la experiencia de “eventos traumáticos” a los que las comunidades alto-andinas estuvieron expuestas durante “el tiempo de la violencia” (*sassachacuy*).

Se hicieron un total de 45 entrevistas en profundidad (en informantes de ambos sexos) en idioma Quechua, en las cinco comunidades seleccionadas, que luego se tradujeron al español y fueron transcritas para el análisis cualitativo, utilizando un programa de procesamiento electrónico de datos (AtlasTi). Con base en la información cualitativa recolectada, se construyó una red semántica con términos claves (síntomas y categorías diagnósticas culturalmente específicas relacionadas con la experiencia de trauma y sufrimiento), diez y seis de las cuales fueron incluidas en el cuestionario de trauma como “idiomas locales de aflicción” (ILA), de manera de complementar los ítems relacionados a la categoría diagnóstica de trauma profesional o PTSD.

Los cuestionarios utilizados en la encuesta transversal fueron traducidos (Inglés-Español-Quechua) y re-traducidos (Quechua-Español-Inglés), y luego sometidos a una validación semántica y de contenido con un panel de personas Quechua hablantes, previo a la prueba de campo. Una vez hechos los ajustes, se elaboró un manual de encuesta y se entrenaron seis estudiantes universitarios bilingües en la aplicación de los instrumentos de encuesta. La encuesta transversal comprendió los siguientes instrumentos: 1) un cuestionario familiar (con información socio-demográfica, grado de exposición a la violencia y redes sociales de apoyo); 2) un cuestionario general abreviado de 12 síntomas indicativos de trastornos psiquiátricos o problemas de salud mental reales o potenciales (General Health Questionnaire-12: GHQ-12); y un listado de 25 síntomas de ansiedad y depresión (Hopkins Symptom Check List-25: HSCL-25); y 3) un cuestionario de trauma ¹¹ modificado de la versión camboyana del Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) (Mollica et al, 1987) con tres secciones: a) historia del evento de trauma; b) ítems 1-16 que exploran la presencia de síntomas de PTSD y grado de malestar experimentado; y c) ítems 17-32 que exploran la presencia de síntomas culturalmente específicos para trauma y otras expresiones de sufrimiento, que denominamos “idiomas locales de aflicción” (ILA).

Con estos instrumentos se encuestaron un total de 200 familias, que comprenden la totalidad de familias presentes al momento de la encuesta en los cinco poblados seleccionados. Se entrevistaron un total de 373 personas mayores de 14 años de

¹¹ El desarrollo de un instrumento de medida con propiedades psicométricas aceptables, válido y aplicable en un contexto cultural diferente, representa un gran desafío metodológico, ya que éste debe ser sensible a un rango muy variado y amplio de experiencias y eventos traumáticos. Por ejemplo, las experiencias de trauma de *refugiados* camboyanos son distintas a las de los presos políticos en Chile o Argentina, y a su vez diferentes a las de campesinos Quechuas alto-andinos. El HTQ no tiene validez universal como instrumento y tuvo que ser adaptado y validado en la población Quechua local. Esta adaptación requiere de un conocimiento cabal sobre la cultura local, las experiencias de violencia y trauma y los idiomas locales de aflicción que surgieron de la etnografía focalizada.

edad¹² presentes en la casa al momento de la visita domiciliar, por lo que la mayoría de entrevistas se hicieron de madrugada o por la noche. Los niveles de rechazo fueron insignificantes (0.8%), en general por razones de salud (fiebre, dolor, etc.) o ausencia del jefe de familia. La aplicación de todos los cuestionarios se hizo bajo la supervisión directa del equipo de investigadores. El cuestionario de trauma (HTQ) fue administrado por el equipo de entrevistadores bajo supervisión de un profesional médico que se mantuvo disponible durante todo el trabajo de campo.

Todos los datos recolectados fueron verificados *in situ*, con repetición de la entrevista en caso necesario. Un tercer grupo de observaciones se hizo en los consultorios externos del Hospital Regional de Huanta en el que se entrevistaron una muestra por conveniencia de 60 pacientes mayores de 14 años que demandaron atención médica por primera vez. Finalmente, los datos de la encuesta transversal se revisaron, codificaron y se procesaron electrónicamente utilizando el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Los resultados parciales y preliminares del estudio cualitativo y de la encuesta transversal se presentan a continuación.

Narrativas de sufrimiento y trauma.

Antes de presentar algunos resultados del estudio cualitativo, conviene hacer una precisión respecto del concepto profesional de trauma. El modelo psiquiátrico de trauma, denominado PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder),¹³ ha sido construido a partir de la experiencia de trauma de guerra y sus repercusiones entre los veteranos de Vietnam. El PTSD aparece descrito por primera vez en 1980, en la tercera versión del Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III) de la Academia Americana de Psiquiatría. Como tal, se presenta como un “descubrimiento”, cuando en realidad no es sino algo “inventado” o construido por los psiquiatras en un momento histórico particular. Esto no quiere decir que el dolor y el sufrimiento ocasionados por una situación traumática sean irreales o ficticios, ni tampoco pretende negar la existencia de reacciones emocionales y de sufrimiento real frente a la experiencia de eventos catastróficos o de extrema violencia. El uso de la categoría PTSD es una forma particular de aproximarse a las secuelas experimentadas por la población expuesta a tales eventos (Bracken, 1998). Algunos autores postulan que el PTSD no tiene validez

¹² La encuesta se limitó a este grupo etario por corresponder con aquellos directamente expuestos a la violencia política durante los años de 1982-1986.

¹³ El diagnóstico de PTSD se caracteriza por tres aspectos fundamentales (van der Kolk, 2000): (a) la experiencia reiterativa de recordar el evento traumático (pensamientos recurrentes, memorias intrusivas del evento pasado), acompañada de estrés extremo; (b) el evitamiento de todo aquello que traiga memorias sobre el trauma experimentado, incluyendo indiferencia y extrañamiento, asociados con incapacidad de experimentar alegría y placer; y (c) estado de sobreexcitación (sobrevigilancia, irritabilidad, trastornos del sueño y una reacción exagerada).

universal como categoría diagnóstica y por lo tanto presenta limitaciones en su aplicación a distintas poblaciones y culturas, por las formas tan variadas en las que las personas, los pueblos y la sociedad en general, experimentan el trauma masivo, expresan la aflicción y el sufrimiento asociado y le dan significado a la experiencia vivida.¹⁴

Como era de esperarse, en las comunidades Quechuas alto-andinas no existe el término "trauma" o equivalente, por lo que en el abordaje del tema se hizo necesario efectuar un *detour* metodológico (Planas, 1996). Se adoptaron entonces las categorías "evocadoras" en Quechua: *ñakary* (sufrimiento) y *llaki* (pena, tristeza), para explorar el campo semántico del sufrimiento y la aflicción, esperando poder evocar a través de estas categorías los discursos locales sobre la experiencia de "trauma". En este artículo vamos a reportar los términos y significados evocados por el término *llaki*, el que configura una red semántica compleja que integra no menos de una docena de síntomas y categorías diagnósticas interrelacionadas. En las narrativas recolectadas, la condición *llaki* aparece relacionada con dos situaciones principales: la violencia (pasada, presente y futura) y la vida pobre.

En efecto, los campesinos entrevistados coinciden en señalar que están tristes o "tienen *llaki*" cuando recuerdan la violencia sufrida durante el *sassachacuy tiempo* (literalmente, el tiempo de las dificultades), es decir, los tiempos difíciles sufridos durante la década de la violencia. Al recordar, por ejemplo, la muerte de sus familiares y vecinos o la destrucción o pérdida de sus animales, cosechas o bienes materiales, todas estas situaciones conducen al *llaki*. Los entrevistados señalan en forma reiterada que durante el *sassachacuy tiempo* "vivían con pena, miedo y preocupación".

De otro lado, el pensamiento circular andino coloca estas dificultades pasadas en continuidad con el presente y con un futuro no sólo posible, sino inminente. En efecto, los campesinos señalan que tienen *llaki* "...porque ya no son como antes, ya no pueden concentrarse y trabajar bien... a causa de la violencia se han vuelto desganados, preocupados, intranquilos y miedosos". Además, el pensar que "la violencia pueda volver" les genera gran ansiedad, preocupación e inseguridad porque no saben si morirán o si podrán defenderse, ni cuál será el destino de sus hijos en caso de morir. En este sentido, *llaki* está relacionado entonces tanto al recuerdo de la violencia pasada como al sufrimiento presente y a la preocupación respecto al retorno de la violencia en el futuro.

La condición *llaki* aparece además relacionada con la "*vida pobre*", que según un informante "...equivale a la vida sin familia, sin techo, vestido y comida". Muchos de

¹⁴ Para una revisión muy completa de la categoría diagnóstica PTSD se puede consultar el trabajo de Allan Young (1995) "Harmony of illusions: inventing Post-Traumatic Stress Disorder."

los informantes, sobre todo las viudas, señalan con insistencia que por la violencia se han quedado pobres,¹⁵ es decir, "...no tienen manera de trabajar", ni pueden intercambiar su trabajo en reciprocidad con otros, ni forma de garantizar su propio sustento, ni el de su familia. Las mujeres solas o viudas enfrentan una situación de inseguridad material y exclusión social, por lo que se sienten "*pobres*" y vulnerables.

"La mujer no es como el hombre... y así cuando se muere el señor entonces la mujer también se queda sola, entonces así triste estás... cómo voy a criar (a mis hijos)?, como voy a trabajar?...cómo voy a barbechar?...cuando no llega la lluvia, cómo voy a golpear y romper esta tierra dura?...cuando en las noches se roban la cosecha... con eso lloramos, tenemos pensamiento (*pensamientuwán*)... para el hombre su trabajo es normal, pero no es así con la (mujer) señora, así (solas)no podemos trabajar, por eso estamos con más pensamiento, más tristes y con pena." (Hermenilda, 50 años, CA14).

Otros, aluden a la "*vida pobre*" al hecho de vivir en el campo, que es una vida llena de dificultades y de pobreza. Así, de una manera más amplia, estos relatos de *llaki* se enmarcan en una concepción de la vida en la cual la pena y tristeza son emociones cotidianas y están relacionadas tanto a la inseguridad material como a los conflictos interpersonales que amenazan la tranquilidad y el equilibrio de la vida familiar y de la comunidad. En este sentido, muchos de los relatos de *llaki* recogidos, si bien se relacionan a la experiencia concreta de eventos traumáticos durante la época de la violencia, se vinculan de manera más profunda a una concepción que entiende el sufrimiento como experiencias cotidianas que aumentan la inseguridad material y el riesgo social.

"Aquí en la comunidad no hay locos, lo que hay son pobres." (Augusto, 43 años, HO30). "La vida pobre también es tristeza ... de nuestra ropa, de nuestra comida, siempre estamos preocupados... de repente lluvia o granizo también va a caer, cuando hace viento (fuerte) nuestra casa la va ir llevando... (esto) es tristeza, porque pues no va a ser tristeza?... no tenemos ropa, no hay para comer, no tenemos ni familia en esta comunidad, ...hay quienes están solos, no tienen a nadie y por eso están con *llaki*, con pena con tristeza... por eso tenemos pena cuando no tenemos nada. P: ¿Cómo llaman ustedes a la persona cuando está triste? R: a esa persona le llamamos pobre, señorita." (Evaristo, 33 años, CA11).

Al parecer existe una continuidad entre la 'pena' propiamente traumática y extraordinaria y la 'pena' cotidiana y ordinaria. *Llaki* es una categoría que incluye la experiencia de eventos traumáticos y al mismo tiempo la sitúa en un espacio mayor continuo con el sufrimiento cotidiano y ordinario propio de la "*vida pobre*".¹⁶ En este sentido, *llaki* es una emoción central en la experiencia de sufrimiento de las familias

¹⁵ No es casual que 'huérfano' y 'pobre' en Quechua se traduzcan en un mismo término: *waqcha*. En las comunidades alto-andinas la capacidad de generar riqueza se sustenta en el intercambio de fuerza de trabajo entre parientes y sobretodo entre varones, lo que permite entender la difícil situación de las viudas y los huérfanos, quienes no pueden pagar, ni intercambiar trabajo con terceros.

¹⁶ Aunque no es materia del presente artículo, cabe señalar que otras categorías relacionadas, como el '*susto*' parecieran estar delineando un espacio propio dentro del campo semántico de *llaki*. Consideramos que '*susto*' como categoría diagnóstica podría considerarse como parte del discurso local de trauma andino. También es importante señalar que cada vez más se escucha en las comunidades las palabras

alto-andinas que debe entenderse no sólo como una expresión de malestar o trastorno, sino también como una apelación activa, nunca totalmente consciente, para que los otros actores sociales acusen recibo de la pérdida individual e implementen esfuerzos para reintegrar al que sufre en el cuerpo social promoviendo sentimientos de solidaridad y reciprocidad.¹⁷ Tener *llaki* es generar una demanda cotidiana que de no ser atendida se experimenta como una enfermedad (experiencia crónica de la pérdida), que atenta contra la integridad psicosocial de la persona.

Los campesinos alto-andinos refieren que "...cuando están apenados andan con *pensamientuwan* (pensamientos, recuerdos)". Estos pensamientos, de manera consistente con lo ya señalado, se refieren tanto al recuerdo de eventos pasados, amenazantes, desafortunados o traumáticos, como a la preocupación por la vida presente y futura. Los campesinos señalan que al estar con *pensamientuwan*, se debilitan, y experimentan una serie de síntomas físicos que identifican como '*irritación*', que de ir agravándose terminan por limitar su capacidad de trabajo e interacción social, características propias de aquel que en el discurso popular se considera "loco".

"...después de esa tristeza, irritación te agarra, después este tu estómago saltando duele, señorita, en tu cabeza te agarra, te duele la cabeza; en tu estómago te agarra, te duele el estómago, señorita; entonces lloran, tienen pesamientuwan, entonces irritación le agarra... con todo eso, señorita, aquí se enferman." (Hermenilda 50 años, CA14).

La mayoría señala tener dolores físicos diversos,¹⁸ los que se complican con *pensamientuwan* y terminan por debilitar o desanimar a la persona, quitándole las fuerzas emocionales y físicas para trabajar y relacionarse socialmente con sus pares (debilitamiento de las redes sociales de soporte). Este proceso de debilitamiento continuo puede conducir a la categoría extrema de *manan pensamientuwan* (ausencia o pérdida del pensamiento) que en los campesinos alto-andinos se corresponde con la locura o trastorno mental grave.

Llaki es un campo semántico que se asienta en filosofías *naturales*¹⁹ locales respecto de la experiencia de eventos desafortunados o traumáticos ocurridos durante la época de la violencia (*sassachacuy*) o por condiciones sociales adversas: "*vida pobre*". La experiencia generalizada de *llaki* y la explicación/atribución que se le otorga, son parte central de las estrategias de negociación, implícitas y/o explícitas, conscientes y/o inconscientes, que sirven para situar el malestar individual en el marco

'*trauma*' y '*traumadu*' para referirse sobretodo a los niños que al haber presenciado eventos violentos tienen hoy problemas de aprendizaje o muestran comportamientos antisociales.

¹⁷ Para un análisis detallado del *llaki* (pena) y la reciprocidad andina, se puede consultar el trabajo de Tousignant & Maldonado (1989) entre los indígenas Quichuas de la sierra ecuatoriana.

¹⁸ El síntoma más frecuente es el *umananay* (dolor de cabeza). Las mujeres apuntan además sufrir de dolores de estómago, dolor de corazón y dolor de cintura.

¹⁹ Estudiando la brujería Azande, Evans-Pritchard (1937) la definió como una "filosofía natural del desafortunio" que explicaba los eventos desafortunados y regulaba la conducta generando respuestas estereotipadas frente a dichos eventos.

de sistemas terapéuticos psicosociales locales y de esta manera facilitar el proceso de reparación y activar mecanismos terapéuticos.²⁰

Como fue señalado más arriba, las categorías *ñakary* y *llaki* configuran el campo semántico del sufrimiento, la pena y la tristeza en el mundo Quechua alto-andino. Los términos relacionados con este campo sirvieron, por una parte, para evocar la experiencia de trauma y mapear los idiomas locales de aflicción y sus significados, y por otra, para aumentar la validez semántica y la sensibilidad y especificidad cultural de los cuestionarios utilizados en la encuesta transversal.

Resultados de la encuesta transversal.

Con fines de ordenar la presentación de resultados de la encuesta transversal, vamos a revisar en primer lugar datos sobre el perfil sociodemográfico de la población encuestada y luego presentaremos datos parciales sobre la magnitud y distribución de los problemas y trastornos mentales en las comunidades alto-andinas, para terminar con una discusión sobre las interrelaciones entre patrones de asentamiento, exposición a la violencia, densidad de las redes sociales de apoyo y experiencia de trauma.

a) Características de la población encuestada

Las características socio-demográficas de la población encuestada se presentan en la Tabla 1. Como ya se señaló más arriba, se entrevistaron un total de 200 familias, con un tamaño familiar promedio de 1,86 por familia, lo que equivale a un total de 373 individuos mayores de 14 años. El rango de edades es entre 14 y 90 años de edad y el grupo etario más numeroso está compuesto por los de 20 a 49 años, que constituyen el 67% de la población encuestada. La mayoría de los respondientes son mujeres (60%), casados o en unión estable, con bajos niveles de escolaridad (86% con primaria incompleta o nula) y alto analfabetismo, especialmente entre las mujeres (el 55% de los respondientes de ambos sexos declara no saber leer/escribir). Si bien la mayoría se declaran practicantes en alguna de las denominaciones evangélicas (54%), estas proporciones son diferentes entre las distintas comunidades. En Cunya y Huaynacancha, que son comunidades *retornantes*, los evangelistas constituyen la amplia mayoría, mientras que en Chaca (*resistentes*) y Nueva Jerusalén (*desplazados* o *insertados*) algo más de la mitad de la población se denominan católicos. La

²⁰ En términos menos ideales y teniendo en cuenta la historia sociocultural de las comunidades altoandinas, cabe señalar que el encuentro entre demandas y dispositivos terapéuticos no es perfecta y que varía en función del tipo de problema, el contexto y otros factores.

economía familiar es agropastoral en las comunidades rurales, con una amplia mayoría de trabajadores

Tabla 1
Perfíl socio demográfico de la población encuestada (n = 373)

	n	%		n	%
<i>Grupos etarios</i>			<i>Sabe leer/escribir</i>		
14 a 19 años	40	.11	Si	168	.45
20 a 29 años	88	.24	No	204	.55
30 a 49 años	160	.43	Se ignora	1	.003
50 y mas	85	.23	<i>Religión</i>		
<i>Sexo</i>			Católica	170	.46
Hombres	147	.40	Evangélica ¹	203	.54
Mujeres	226	.61	<i>Tipo de trabajador</i>		
<i>Estado civil</i>			Independiente	163	.44
Casado	284	.76	Asalariado	27	.07
Soltero	47	.13	Familiar no remunerado	168	.45
Madre soltera/ separado	25	.07	Otro ²	13	.04
Viudo	17	.05	Se ignora	2	.006
<i>Nivel de Instrucción</i>			<i>Ocupación</i>		
Ninguna	173	.45	Pastora/tejedora/chacra	134	.36
Primaria incompleta	152	.41	Agricultor	126	.34
Primaria completa	27	.07	Su casa	48	.13
Secundaria incompleta	14	.04	Oficios	11	.03
Secundaria completa	5	.01	Pequeño comerciante	19	.05
Se ignora	2	.004	Pastor	10	.03
			Funcionario/ administrativo	4	.01
			Estudiante	14	.04
			Servicio doméstico	2	.005
			Se ignora	5	.01

¹ Esta categoría incluye pentecostales, presbíteros, evangélicos, etc.

² Esta categoría incluye estudiantes y jubilados.

independientes y familiares no remunerados (usualmente mujeres y niños dedicados al pastoreo y cuidado de los animales), mientras que en el asentamiento urbano-marginal de Nueva Jerusalén aparecen un número importante de estudiantes (sin ingresos), asalariados y pequeños comerciantes.

Cada familia fue clasificada en uno de tres tipos de desplazamiento espacial: *resistentes*, *retornantes* y *desplazados/insertados*, según la historia residencial y el desplazamiento o no de la familia (Tabla 6). A continuación se estableció el grado de exposición a la violencia (GEV), a partir de un listado de 15 eventos reconocidos como extremadamente violentos o perturbadores, vividos durante la época de la violencia (herido de gravedad; torturado; amenazado de muerte; muerte violenta de familiares, amigos o vecinos; forzado a huir a los cerros; incendio o robo de la casa, animales, etc.). Con fines de análisis, se separaron las familias encuestadas en dos grupos: de menor (GEV 1 a 9) y mayor (GEV 10 a15) grado de exposición a la violencia según el número de eventos traumáticos reportados. Dado que las comunidades seleccionadas

estuvieron en el epicentro de las incursiones terroristas y de la represión militar, todas las familias sin excepción estuvieron expuestas a la violencia política en algún grado. Si bien todos fueron expuestos a la violencia, las familias que experimentaron un mayor GEV se encuentran entre los *desplazados/insertados* (66%), y en proporción decreciente entre los *retornantes* (54%) y *resistentes* (47%) aunque las diferencias no son significativas (Tabla 2). Como veremos más adelante, los integrantes de familias con un mayor grado de exposición a la violencia tienen una mayor presencia de trastornos mentales (ansiedad o depresión) y de secuelas post- traumáticas.

Tabla 2
Grado de exposición a la violencia (GEV), según tipo migracional (n = 200 familias).

Tipo migracional	N	GEV			
		Bajo (1-9)		Alto (10-15)	
		n	%	n	%
Resistentes	32	17	.53	15	.47
Retornantes	95	44	.46	51	.54
Desplaz./insertados	73	25	.34	48	.66
Total	200	86	.43	114	.57

Por último, cada familia entrevistada reportó el número y clase (autoridad, vecino, amigo, pariente, etc.) de personas con las que interactúan y la frecuencia de encuentros (densidad de la red) y otros aspectos referidos a la calidad de los intercambios (apoyo afectivo o psicológico, apoyo material o económico y participación ciudadana), con el propósito de dimensionar la red social de apoyo (RSA) de los entrevistados. Con éstas variables se generó un puntaje, que arrojó una media de 19.1 con un rango de 8 a 25. Con fines de análisis, las familias fueron clasificadas según éstas características reportadas en dos grupos: con baja densidad de la red social de apoyo (RSA baja = 8 a 19) y con alta densidad (RSA alta = 20 a 25). Se observa que las familias con baja densidad de RSA se encuentran por sobre todo entre los *desplazados*, quienes —por su condición de desplazados en la zona urbano-marginal de Huanta o *insertados*, viven relativamente aislados y perdieron la mayor parte de las redes sociales de apoyo al desplazarse de su sitio de origen. Esta diferencia es significativa con relación a los *retornados* y *resistentes*, quienes muestran RSA más densas y con mayores recursos de apoyo ($X^2=20.133$, $df=2$, $p<.000$). Los residentes de Nueva Jerusalén, reportaron RSA significativamente menos densas, que las otras cuatro comunidades rurales ($X^2=47.905$, $df=4$, $p<.000$). Consistente con este hallazgo, los respondientes de la categoría separado/viuda/madre soltera, y asalariados tienen una RSA significativamente menos densa, que los casados y trabajadores independientes.

Tabla 3
Redes Sociales de Apoyo (RSA) según tipo migracional (n = 200 familias)

Tipo migracional	N	Redes sociales de Apoyo			
		Bajo (8-17)		Alto (18-25)	
		n	%	n	%
Resistentes	31	7	.23	24	.77
Retornantes	95	17	.18	78	.82
Desplazad./insert.	73	34	.47	39	.53
Total	199	58	.29	141	.71

b) Magnitud y distribución de problemas de salud mental.

El Cuestionario General de Salud (GHQ-12) es un listado de 12 ítems que ha sido diseñado para ser utilizado en encuestas de población general o en pacientes en la clínica, sirve para detectar la presencia de reales o potenciales trastornos mentales. El GHQ no es un instrumento diagnóstico, sino que sirve para identificar dos clases de problemas: la incapacidad de acarrear las tareas o funciones habituales y la aparición de una manifestación considerada como anormal o fuera de lo habitual. Un GHQ positivo expresa la mayor probabilidad de tener un trastorno psiquiátrico o un problema de salud mental. Este instrumento ha sido ampliamente validado por distintos investigadores en diferentes países y la versión abreviada (GHQ-12) ha demostrado una buena capacidad psicométrica con alta sensibilidad (.94) y especificidad (.79) comparado con diagnósticos clínicos (Goldberg, 1972).

En las comunidades alto-andinas se aplicó el GHQ-12 en 370 personas mayores de 14 años, de los cuales 270 obtuvieron un puntaje igual o mayor de 2. Si bien la magnitud de los problemas de salud mental (reales o potenciales) detectados por este método se presenta como muy elevada (73%),²¹ estos resultados deben interpretarse con cautela. Algunos respondientes tuvieron problemas de comprensión en los ítems 3 y 4 del cuestionario,²² por lo que algunos casos se quedaron sin respuesta. El punto de corte de 2 (que adoptamos tras la primera prueba de campo), puede haber influido en los resultados ya que aumenta la probabilidad de incluir falsos positivos entre los casos detectados.

Si se considera el tipo migracional, la proporción de casos positivos es mayor entre *desplazados/insertados* (77%) y *retornantes* (74%) y menor entre los *resistentes* (60.7%) (Tabla 4). Estos hallazgos sugieren que los valores más altos encontrados en

²¹ En diferentes encuestas entre adultos los trastornos mentales muestran por lo general una prevalencia elevada. La prevalencia de vida es con frecuencia alrededor del 50% de la población y la prevalencia anual (últimos 12 meses) tiene un rango entre 15 y 25% (Robins & Regier, 1991).

²² Estos ítems corresponden a las preguntas: se ha sentido que juega un papel útil en su vida? y se ha sentido capaz de tomar decisiones? En el mundo andino, toda persona se considera "útil" en el sentido estricto y las decisiones importantes no son individuales sino que por lo general se adoptan en pareja.

el GHQ-12 son consistentes con un mayor grado de exposición a la violencia y con una baja densidad de las redes sociales de apoyo.

Tabla 4
Número y porcentaje de personas con GHQ-12, HSCL-25 positivo/negativo, según tipo migracional.

Tipo migracional	N	GHQ-12 (+)		GHQ-12 (-)		N	HSCL (+)		HSCL (-)	
		n	%	n	%		n	%	n	%
Resistentes	61	37	.61	24	.40	36	22	.61	14	.39
Retornantes	169	126	.74	44	.26	115	69	.61	45	.39
Despl./insert	140	107	.77	32	.23	110	53	.49	57	.52
Total	370	270	.73	100	.27	261	144	.56	116	.44

El listado de 25 síntomas de ansiedad y depresión (Hopkins Symptom Check List-25: HSCL-25) está diseñado para detectar ansiedad y depresión y ha sido utilizado con éxito en pacientes de consulta externa, en refugiados y torturados, y en población general. Aunque el HSCL-25 no se usa con fines diagnósticos, sirve para detectar o reconocer síntomas asociados con ansiedad y depresión. La sensibilidad y especificidad del HSCL-25, comparado con diagnósticos clínicos (Axis I del DSM-III) es muy alta: .93 y .76 respectivamente. El HSCL-25 fue aplicado en todos los casos detectados como positivos por el GHQ-12 ($n = 270$), de los cuales 144 presentaron síntomas de ansiedad y/o depresión. En la Tabla 4 se observan los números y proporciones del HSCL-25 positivos, los que se presentan más altos entre *resistentes* y *retornantes*.

El cuestionario de trauma (Harvard Trauma Questionnaire: HTQ) fue originalmente desarrollado por Mollica et al (1987) y aplicado en la valoración clínica de personas torturadas y víctimas de violencia política. En nuestro estudio utilizamos una versión modificada de la versión camboyana del HTQ, en tres secciones: a) historia del evento de trauma; b) ítems 1-16 que exploran la presencia de síntomas de PTSD, y c) ítems 17-32 que exploran la presencia de síntomas culturalmente específicos para trauma (idiomas locales de aflicción: ILA), los que fueron derivados de las entrevistas etnográficas y de las narrativas de sufrimiento y trauma reportadas más arriba. El HTQ tiene como objeto obtener una historia de los incidentes traumáticos vividos, explorar la presencia de síntomas de trastornos mentales asociados a experiencias traumáticas tales como depresión clínica, ansiedad, etc. y medir la presencia y el grado de severidad de PTSD (Post traumatic stress disorder).

Se encuestaron con el HTQ un total de 142 personas, que fueron previamente detectadas como positivas para ansiedad y/o depresión por el HSCL-25. En este artículo nos limitaremos a presentar los valores de PTSD obtenidos en la encuesta

(Tabla 5). El número de casos posibles de PTSD alcanza a 92, lo que representa una tasa de prevalencia (puntual) del orden del 25% de la población general encuestada y expuesta a la violencia (n = 370).

En parte por las diferencias en el método utilizado y en parte por el tipo de población encuestada, las estimaciones de riesgo de PTSD en población expuesta varían entre los autores. Sin embargo, hoy existe consenso en que la proporción de PTSD, por lo general no excede de un cuarto del total de los expuestos (Breslau, 1998). Por ejemplo, dos estudios efectuados en los EE.UU. reportan que la proporción estimada de PTSD (DSM-III-R) en población de adultos de ambos sexos expuesta a experiencias traumáticas, fueron entre 24% (Breslau et al., 1991) y 14% (Kessler et al., 1995) respectivamente. Con fines de comparación, nuestro estudio arrojó una proporción de 24.8% de la población expuesta con un puntaje positivo para PTSD (DSM-III-R), cifra que se coloca en el extremo superior del rango de prevalencia de PTSD en población expuesta, reportado en la literatura sobre trauma.

Tabla 5
Número y porcentaje de personas con HTQ modificado (PTSD e ILA) positivo/negativo, según tipo migracional

Tipo migracional	N	HTQ modificado								
		PTSD (+)		PTSD (-)		ILA (+)		ILA (-)		
		n	%	n	%	N	n	%	n	%
Resistentes	21	11	.52	10	.48	21	6	.29	15	.71
Retornantes	68	51	.76	16	.24	68	46	.67	22	.33
Despl./insert	53	30	.57	23	.43	53	32	.60	21	.40
Total	142	92	.65	49	.35	142	84	.59	58	.41

El patrón de desplazamiento forzado afectó un número significativo de pobladores alto-andinos (como se señala más arriba, se estima que unas 180,000 personas fueron desplazadas por la violencia política en Ayacucho). Resulta evidente de la información cualitativa, que los patrones espaciales de desplazamiento adoptados por las comunidades alto-andinas, representan distintas respuestas y estrategias de sobrevivencia frente a las experiencias de violencia política, por lo que encontramos distinto grado de exposición a la violencia y diferencias en la densidad de las redes de apoyo entre unos y otros tipos de desplazamiento espacial (Tabla 6).

En los datos cualitativos aportados por la etnografía regional y focalizada, que en parte fueron verificados con los datos de la encuesta, se observa que el tipo de desplazamiento espacial (*retornante*, *desplazado* o *insertado* y *resistente*) y el tipo residencial (disperso vs. concentrado) tiene una considerable influencia en el grado de exposición a la violencia, la densidad y configuración de las redes sociales de apoyo, y en la presencia de otros factores derivados de la posición social y del grupo que

determinan la presencia o ausencia de trastornos traumáticos o problemas derivados de la exposición a estresores múltiples.

Tabla 6
Composición migracional, según comunidades alto-andinas (n=200 familias)

Comunidades	Resistentes			Retornantes		Desplazad/insertados	
	N	n	%	n	%	n	%
Cunya	28	--		27	.94	1	.04
Huaynacancha	41	1	.02	36	.88	4	.10
Huaychao	31	8	.23	22	.71	1	.03
Chaca	52	23	.44	10	.19	19	.37
Nueva Jerusalén	48	--	--	--	--	48	1.00
Total	200	32	.16	95	.48	73	.37

Según nuestra experiencia, los mayores riesgos de experimentar trastornos post-traumáticos (PTSD) están en aquellos con mayor grado de exposición a la violencia y baja densidad de redes sociales de apoyo. La población más afectada por la experiencia de trauma se encuentra entre los adultos mayores de sexo femenino; analfabetos/as; viudos/as, separados o divorciados; y entre los trabajadores familiares no remunerados. Por último, llama la atención que de la población expuesta a la violencia política, la mayoría (75%) no reporta síntomas o secuelas post-traumáticas detectables por los instrumentos utilizados.

Conclusiones

La experiencia de extrema violencia política y trauma ineludible que excede o agota la capacidad de respuesta, sumada a la presencia de estresores múltiples sostenidos por más de una década, ha tenido sin lugar a dudas consecuencias dañinas para la salud de las poblaciones de la región alto-andina e importantes repercusiones en la mortalidad, morbilidad y discapacidad global, así como efectos psicológicos duraderos en un sector significativo de la población general.

La prevalencia de los problemas de salud mental (reales o potenciales) detectados en la encuesta transversal es muy elevada y representa el 73 por ciento (n=270) de la población adulta encuestada (aunque como se señaló más arriba, estos resultados deben interpretarse con cautela ya que el punto de corte adoptado podría haber influido en los resultados obtenidos aumentando el número de falsos positivos). Algo más de la mitad de las personas que reportaron problemas, obtuvieron puntajes positivos para depresión y/o ansiedad, con una mayoría de mujeres entre la población más afectada.

En relación con la presencia de síntomas compatibles con el síndrome de estrés post-traumático (PTSD) en la población expuesta, nuestro estudio arrojó una

prevalencia del 24.8%, lo que significa que uno de cada cuatro personas mayores de 14 años presenta síntomas o secuelas compatibles con la presencia de trauma psicológico. En general, la proporción de población expuesta a trauma y población afectada por PTSD varía según los estudios, en parte debido al método empleado. Cuando se compara esta cifra con los hallazgos reportados en otros estudios, vemos que la cifra se coloca en el extremo superior del rango de prevalencia de PTSD en población adulta, que por lo general no excede de un cuarto del total de los expuestos (Breslau, 1998). No obstante, tiene poca validez comparar nuestro hallazgo en poblaciones alto-andinas con las cifras de PTSD reportadas en otros países, en poblaciones expuestas a otro tipo de estresores, con otra duración y con un método diferente al utilizado por nosotros.

Al mismo tiempo, es importante destacar que tres de cada cuatro personas adultas expuestas no reportaron secuelas traumáticas. Estos resultados demuestran la coexistencia de dos aspectos fundamentales: de un lado, la capacidad de muchos en lograr una recuperación del trauma sin secuelas aparentes y por otro, la resiliencia de la población local.

Podemos afirmar además que las implicaciones de la violencia política y la guerra en la salud y el bienestar de las poblaciones afectadas, van mucho más allá de la pérdida de vidas y destrucción de la infraestructura local. La guerra implica por sobre todo la devastación del tejido social y económico y en consecuencia, sus efectos se deben buscar en la historia social, entre los intersticios de la pobreza y la vida cotidiana del grupo y en la memoria, las trayectorias individuales e idiomas locales de dolor y sufrimiento. De los datos cualitativos, se pone en evidencia que entre los pueblos Quechuas alto-andinos de Ayacucho, las secuelas de la violencia política se expresan en síntomas y signos que van más allá de los estrechos límites del llamado PTSD y que se manifiestan en diversas expresiones de aflicción y sufrimiento (*llaki, ñakary*) y en somatizaciones de diferente configuración, fuertemente modeladas por la cultura y la experiencia histórica de estos pueblos. La cultura contribuye de muchas formas a la mayor o menor vulnerabilidad o protección frente a las consecuencias de la violencia política.

El abordaje metodológico utilizado en nuestro estudio nos ha permitido explorar el trauma no solo como un simple “marcador” de violencia, sino además como un producto de la desigualdad social y de la exclusión. En efecto, el trauma experimentado en las comunidades alto-andinas puede ser visto no solo como resultado de la violencia política de la década de 1980, sino además como producto de la presencia de estresores múltiples, muchos de ellos de tipo estructural (extrema pobreza, desigualdad social y exclusión, rebeliones seguidas de violenta represión) vigentes en la región alto-andina por algo más de cuatro siglos. Por el momento,

todavía estamos lejos de dar respuesta a la pregunta de cuál proporción o cuánto de las quejas y síntomas reportados se deben a desigualdad socioeconómica, cuánto a la exclusión y cuánto a la experiencia traumática. Quizás sea imposible, irrelevante o totalmente innecesario tratar de dar una respuesta a esta pregunta. Sin embargo, cabe preguntarse ahora ¿Cuáles son las conexiones o canales de relación entre el contexto social y los estresores múltiples con la salud y sus productos? ¿Cómo ésta telaraña de causas y efectos, enlaces e interconexiones determinan los niveles de sufrimiento, trauma, enfermedad y muerte en una población dada? ¿Por cuáles mecanismos las fuerzas sociales – la pobreza, la exclusión social y la violencia política, se “corporizan” en la experiencia individual? Como vimos más arriba, los efectos indirectos de la guerra, tales como la desintegración de la familia y de las redes sociales de apoyo, la dislocación de los sistemas locales de producción alimentaria y el éxodo (o eliminación) de la fuerza de trabajo, tuvo repercusiones significativas en la sociedad local y en la economía campesina. El terror y la violencia instaurada por los dos frentes en conflicto, la fragmentación y polarización de las comunidades, la militarización de la vida cotidiana, el choque de valores y la instalación de una economía de guerra, introdujeron cambios profundos en el estilo de vida de la población civil, los que son difíciles de medir y atribuir significancia en términos de años de expectativa de vida, morbilidad y carga social resultante (p. ej. discapacidad).

No obstante, cualesquiera sean los factores estructurales que están río arriba en la secuencia de causas y determinantes de trastornos mentales y de trauma, en algún punto --río abajo-- existen procesos psicológicos y fisiológicos (neuroendocrinos e inmunológicos) en acción, enlazando los determinantes macro del contexto (la economía política) con el nivel molecular o micro de la experiencia individual. Los resultados que reportamos aquí son compatibles con el modelo de “determinantes sociales de la salud”, que fuera sugerido por Marmot & Wilkinson (1999). El contexto histórico (remoto y más reciente) y la estructura social de las comunidades altoandinas se conectan con la salud y enfermedad a través de dos rutas principales. La primera es la ruta más directa, que podemos denominar “material”, y que comprende el medio natural, la vivienda, la economía familiar, la alimentación, etc. y la segunda ruta comprende el ambiente “social”, que incluye el ambiente de trabajo y la organización social. Estas grandes rutas o canales están a su vez mediados por dispositivos o factores de naturaleza biológica (neuroendocrinos e inmunológicos), psicológica y comportamental. Factores asociados con los primeros años de vida, con la cultura y con el equipamiento genético, tienen también una influencia importante en el estado de salud física y mental resultante. La distinción entre rutas o canales materiales y psicosociales, es pertinente para nuestro estudio en el que se observa que problemas sociales como la violencia política (actuando a través de estresores

múltiples, aflicciones o preocupaciones) pueden afectar la salud de las personas en formas tan reales y concretas como los agentes infecciosos o los problemas de contaminación ambiental (Wilkinson, 1996). Si bien es obvio que la violencia política acrecentó las condiciones de privación material generando una mayor inseguridad material para las personas y en consecuencia de mayor pobreza y peor nivel de salud, se debe reconocer que la violencia política representa además una privación psicosocial agregada, que ejerce una influencia negativa con efectos aún mayores que la simple privación material.

La inseguridad se deriva no solo del deterioro económico producido por la guerra, sino además de las aflicciones de la posguerra, como por ejemplo: la soledad y la exclusión social de la viudez, la angustia agregada por morosidad en el pago de deudas o préstamos recibidos; el miedo al retorno de la violencia senderista y de la represión militar, entre otros, los que se transforman en una continua fuente de estrés y representan una amenaza constante en la vida cotidiana de los comuneros alto-andinos, reflejada en las narrativas del *ñakary* (sufrimiento): debilidad y baja autoestima, *wakcha* (pobre, huérfano), *llaki* (pena, tristeza), *susto* y *pensamientuan* (preocupación, recuerdos recurrentes).

En las comunidades alto-andinas, el trauma no constituye un fenómeno que se distribuye al azar, ni ha afectado a todos por igual. Esto se confirma por la variabilidad que se encontró en la población con (y sin) trauma en nuestro estudio. Los eventos traumáticos se distribuyen en forma diferencial entre los distintos grupos: el desplazamiento forzado, la muerte de familiares, amigos y vecinos, están fuertemente asociados con la presencia de trauma y la población más afectada se encuentra entre los adultos mayores de sexo femenino, analfabetos/as, viudos/as o separados, y entre los trabajadores familiares no remunerados. Por fin, dos conjuntos factoriales muestran una fuerte asociación con la presencia (y ausencia) de trauma: el grado de exposición a la violencia y las redes sociales de apoyo. En la encuesta transversal, las familias con un mayor grado de exposición a la violencia tienen una significativamente mayor presencia de trastornos mentales (ansiedad o depresión) y de secuelas post-traumáticas. La densidad de las redes sociales de apoyo muestra una fuerte correlación inversa con la presencia de trastornos mentales y de trauma, es decir, a mayor densidad de la red, menor número de trastornos mentales reportados y secuelas post traumáticas (y viceversa).

Para terminar, podemos concluir que: (1) las comunidades alto-andinas de Ayacucho han dado una vez más pruebas de sus valiosas reservas en materia de resiliencia, así como de distintas estrategias de afronte y sobrevivencia frente a una prolongada exposición a la violencia política; (2) para evaluar la presencia de trastornos relacionados con trauma en distintos nichos culturales, es necesario adoptar

un enfoque etnográfico en la exploración de los problemas y trastornos relacionados con la experiencia de sufrimiento, incluidos las categorías e idiomas locales de aflicción, las redes semánticas y los sistemas de significado; (3) los resultados revelan la presencia de trastornos mentales y de secuelas de trauma psicológico persistentes por efectos de la violencia política, consistentes con la exposición diferencial a la violencia, la densidad de las redes sociales de apoyo, y la presencia de otros estresores de tipo estructural: extrema pobreza, desigualdad social y exclusión; (4) la población afectada representa una fracción relativamente pequeña de la población expuesta a violencia política, y de éstos, solo una parte muestra limitaciones en la funcionalidad (i.e. tareas domésticas, trabajo, rutinas de la vida cotidiana, etc.); y por último, (5) que las voces y el discurso popular del sufrimiento de los campesinos alto-andinos nos enfrenta con la ineludible responsabilidad de encontrar respuestas innovadoras, dispositivos terapéuticos e intervenciones de reparo y de conciliación que se construyan a partir de las estrategias y recursos locales, que sean efectivas, culturalmente sensibles y socialmente relevantes en el plano de la salud individual y colectiva.

Agradecimientos

Esta investigación se desarrolló gracias al generoso apoyo de la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur. Hacemos extensivo nuestro agradecimiento al Instituto para la Paz y el Desarrollo de Ayacucho (IPAZ), al equipo de asistentes de investigación de campo: Nori Condor A., Doris Castillo G., Julián Berrocal F., Freddy Garamendi R., Aparicio Carrión J., Noemí Cabana S., y Adriel Rojas G. y a las mujeres y hombres de las comunidades alto-andinas que participaron en el estudio y compartieron con nosotros sus experiencias de vida.

Referencias

Abudara, O. et al (Eds.) (1986). *Argentina Psicoanálisis Represión Política*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.

Americas Watch and Physicians for Human Rights (1991). *Guatemala: getting away with murder*. N.Y., Americas Watch and Somerville, MA: Physicians for Human Rights.

Amnesty International (1980). *Testimony on secret detention camps in Argentina*. London: A.I. Publications.

Amnesty International (1984). *Torture in the Eighties: an Amnesty International Report*. London: A.I. Publications.

Becker, D., Castillo, M.I. Gomez, E., Kovalskys, J. y Lira E. (1989). Subjectivity and politics: the psychotherapy of extreme traumatization in Chile. *International Journal of Mental Health*, 18, 2: 80-97.

Bousquet, J.P. (1980). *Las locas de plaza de Mayo*. Buenos Aires: Editorial El Cid.

Bracken, P. J. (1998). Hidden agendas: deconstructing post traumatic stress disorder. En: Patrick J. Bracken y Celia Petty (Eds.) *Rethinking the Trauma of War*. (Save the Children) (pp. 38-59) London: Free Association Books.

Breslau, N. (1998). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. En: Rachel Yehuda (Ed.) *Psychological Trauma* (pp. 1-30). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

Cienfuegos, A.J. & Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *Am.J. Orthopsychiat.* 53, 1: 43-51

CONADEP (Comisión Nacional sobre la Desaparición de las Personas), (1984). *Nunca más: Informe de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de las Personas*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Bs.As.

Coronel, J. (1986). *Huanta: poder local, mistis e indios: 1870-1899*. (Tesis) Ayacucho: UNSCH.

Coronel, J. & C. Loayza (1992). "Violencia política: formas de respuesta comunera en Ayacucho". En: Carlos I. Degregori et al (eds.) *El problema agrario en debate*. (pp. 509-537) Lima: Sepia.

Coronel, J. (1998a). "*La movilidad de las poblaciones campesinas afectadas por la violencia política en Ayacucho: 1983-1997.*" (mimeo) Texto de la ponencia presentada en el Taller Internacional de Investigación y Estudios Comparativos sobre la Reconstrucción del Tejido Social en Perú, Guatemala y Africa del Sur. Huancayo, Marzo de 1998.

Coronel, J. (1998b). "*Seguridad ciudadana en el área rural de Ayacucho.*" (mimeo) Texto de la ponencia presentada en el Seminario Nacional Descentralizado sobre fortalecimiento institucional en zonas afectadas por la violencia política. Mesa Nacional sobre Desplazamiento, n.p., 23-24 de Octubre de 1998.

De Girolamo, G. & McFarlane, A.C. (1996). "The epidemiology of PTSD: a comprehensive review of the international literature." En: A.J. Marsella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity, & R.M. Scurfield (Eds.) *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: issues, research and clinical applications* (pp-33-85) Washington, D.C.: American Psychological Association.

Degregori, C.I. (1992). "The origins and logic of Shining Path: two views. Return to the Past." En: David Scott Palmer (Ed.) *The Shining Path of Peru*. (pp. 33-44) London: C. Hurst & Co.

Degregori, C.I. (1999). "Cosechando tempestades: las rondas campesinas y la derrota de Sendero Luminoso en Ayacucho." En: Steve J. Stern (Ed.) *Los senderos insólitos del Perú: guerra y sociedad, 1980-1995* (pp. 133-159). Lima: IEP/UNSCH.

del Pino H., P. (1999). "Familia, cultura y 'revolución'. Vida cotidiana en Sendero Luminoso." En: Steve J. Stern (Ed.) *Los senderos insólitos del Perú: guerra y sociedad, 1980-1995* (pp. 161-191). Lima: IEP/UNSCH.

Galdo G., V. (1992). *Ayacucho: conflictos y pobreza. Historia regional (siglos XVI-XIX)*. n.p., Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.

Garfield, R. & Williams, G. (1989). *Health and revolution. The Nicaraguan experience*. Oxford: Oxfam.

Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford Univ. Press.

Hume, F. & Summerfield, D. (1994). After the war in Nicaragua: a psychosocial study of war wounded ex-combatants. *Medicine and War*, 10, 4-25.

Kordon, D.R. & L.I. Edelman (1988). Psychological effects of political repression. En: Diana R. Kordon et al (Eds.), *Psychological Effects of Political Repression* (pp. 33-40). Buenos Aires: Sudamericana-Planeta.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E. et al. (1995). "Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey." *Arch. Gen. Psychiatry* 52: 1048-1060.

Kirmayer, L.J. (1996). Confusion of the senses: implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. En: A.J. Marsella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity, & R.M. Scurfield, (Eds.) *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorders: issues, research and clinical applications*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Lira E. (1988). "Consecuencias psicosociales de la represión en Chile." *Revista de Psicología de El Salvador*, 28:143.

Lira, E. (Ed.) (1994). *Psicología y violencia política en América Latina*. Santiago de Chile: Ediciones Chile América.

Lundgren, R.I. & Lang, R. (1989). "There is no sea, only fish: effects of United States policy on the health of the displaced in El Salvador." *Social Science & Medicine*, 28,7:697-706.

Manrique, N. (1999). "La guerra en la región central". En: Steve J. Stern (Ed.) *Los senderos insólitos del Perú: guerra y sociedad, 1980-1995* (pp. 193-221). Lima: IEP/UNSCH.

Marmot, M. & Wilkinson, R.G. (Eds.) (1999). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.

Martin-Baró, I. (1989). "Political violence and war as causes of psychosocial trauma in El Salvador." *International Journal of Mental Health*, 18 (1), 3-20.

Mollica, R.F., Wynshak, G., Marneffe, D. Khuon, F., Lavelle, J. (1987). "Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: a screening instrument for the psychiatric care of refugees." *American Journal of Psychiatry* 144:1567-1572.

Murra, J. (1985). "El archipiélago vertical" revisited. En: S. Masuda, I. Shimada y C. Morris (Eds.) *Andean ecology and civilization: an interdisciplinary perspective on Andean ecological complementarity* (pp.3-14). Tokyo: University of Tokyo Press.

Pedersen, D. (1999). "El impacto de la pobreza, el racismo y la violencia política sobre la salud mental de los pueblos indo-americanos." En: Mario Bronfman & Roberto Castro (Eds.) *Salud, Cambio Social y Política: Perspectivas desde América Latina*. (pp.163-184). México: EDAMEX.

Planas, M. (1998). *Desnutrición infantil en un distrito popular de Lima, Perú*. (Tesis de maestría). Departamento de Antropología, Universidad de Montreal. Montreal, Canadá.

Robins, L.N. & Regier, D.A. (1991). *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press.

Suárez Orozco, M. (1992). A grammar of terror: psychocultural responses to state terrorism in dirty war and post-dirty war Argentina. En: Carolyn Nordstrom and Jo Ann Martin (Eds.) *The Paths to Domination, Resistance and Terror* (pp. 219-259). Berkeley: University of California Press.

Summerfield, D. & Toser, L. (1991). "Low intensity war and mental trauma in Nicaragua: A study in a rural community." *Medicine and War*, 7, 84-99.

Timerman, J. (1981) *Prisoner without name, cell without a number*. New York: Alfred Knopf.

Tousignant, M & Maldonado, M. (1989). "Sadness, depression and social reciprocity in highland Ecuador." *Social Science & Medicine*, 28 (9): 899-904.

van der Kolk, B. (2000). "Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma." *Dialogues in clinical neuroscience*, 2 (1), 7-22.

Vilarino, R.D. (1984). *Yo secuestré, maté y vi torturar en la Escuela de Mecánica de la Armada*. Buenos Aires: Perfil.

Weinstein, E., Lira E., Rojas, M.E., et al, (1987). *Trauma, duelo y reparación: una experiencia de trabajo psicosocial en Chile*. Santiago: FASIC-Interamericana.

Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.