

La violencia

Dr. Félix José Amarista

Miembro Correspondiente Nacional

INTRODUCCIÓN

Los grandes males que aquejan a la humanidad, especie de jinetes del Apocalipsis, son: la explosión demográfica, el hambre, la violencia, la polución y la escasez de agua. No pecaría de exagerado si sostuviera que la violencia es consecuencia de los otros cuatro jinetes.

La violencia, y su modalidad más temible, odiosa y artera, el terrorismo, representan el problema central de nuestra cultura. Según los futurólogos su magnitud es tal que puede causar la desaparición del “human” aristotélico.

La violencia ha crecido en todos los países, en todas las latitudes, bajo multitud de formas. Venezuela no es la excepción pues la conquista, la guerra de independencia y las guerras civiles diezmaron nuestra población. A partir de la segunda mitad del siglo XX la violencia en nuestro país aumentó geométricamente y en estos dos lustros su crecimiento ha sido logarítmico.

No es extraño, por tanto, que el interés por la violencia, como problema cardinal, se haya incrementado mundialmente después de la segunda guerra mundial, llegando a considerársele como el mayor y más urgente problema de nuestro tiempo, dando lugar por consiguiente a múltiples debates en reuniones internacionales.

¿Podrá el hombre futuro controlar a la violencia? Ese es nuestro máximo reto. La especie humana, con una antigüedad de 400 millones de años, puso sus capacidades técnicas y tecnológicas al servicio de la violencia, fuerzas destructivas que atentan contra la supervivencia del hombre.

Rof Carvallo (1) reserva de manera concreta el término violencia a la agresividad humana,

distinguiéndola de la agresividad nutricia de los animales, esencial para su vida. La agresividad humana se despliega contra otros seres con carácter ofensivo y con ánimo de producir alteración de su integridad.

El ser humano es la especie más agresiva y más cruel que ha poblado la tierra. La historia de la humanidad esta jalonada de guerras, asesinatos, torturas, violaciones, persecuciones y todo tipo de agresiones. Quizás por ello Storr (2) habla de “destruccion humana”.

Requisitos de la conducta violenta

La psicología social (3) ha establecido los siguientes requisitos para calificar a una conducta como agresiva:

1. Tiene como objetivo dañar a alguien (intención)
2. La víctima desea evitar el daño
3. La acción es definida socialmente como agresiva

Origen y naturaleza de la violencia

Se han invocado cuatro tipos de explicación para el origen y naturaleza de la agresión:

1. La instintivista
2. La frustración
3. La adquirida
4. La mixta

La explicación instintivista, cronológicamente la primera, sostiene que existe un instinto agresivo, una tendencia innata a agredir. Freud formuló la teoría

de un instinto de muerte que dirigido al exterior se manifiesta en hostilidad y agresión. Los etólogos Lorenz y Timbergen han defendido la existencia de un instinto agresor con funciones de supervivencia (control territorial, dominio, etc.).

La hipótesis de la frustración – agresión, explicación menos pesimista, de Dollard y Miller afirma que toda conducta violenta se debe a la activación de un impulso agresivo originado por una frustración anterior: una condición que impide el logro de una meta, un insulto, un ataque, etc. Toda frustración origina una agresión y toda agresión se debería a una frustración(4).

La explicación del antropólogo Ashley Montagu (5) señala que la violencia es una conducta social adquirida, donde los factores sociales juegan un papel decisivo. No considera a la agresividad como condición primigenia y radical del hombre, necesaria para la evolución humana. Al contrario, sostiene que cuando le son satisfechas al niño sus necesidades biológicas, si verdaderamente es amado y sometido a un número pequeño de frustraciones, jamás se tornará agresivo y se desarrollará como una persona equilibrada y cooperadora dentro del sistema social.

Bigelow (2) acudiendo a una serie de ejemplos impresionantes, pretende demostrar que los grupos humanos primitivos eran hostiles entre sí y considera a la guerra como el elemento propulsor del enorme crecimiento evolutivo del cerebro humano. Cita como ejemplo a los pueblos supervivientes de la Edad de Piedra en Nueva Guinea. Para él “la conducta bélica humana es a la vez innata e inteligente (adquirida)”.

La confusión, proviene, según Rof Carvallo de la poca claridad en el empleo de las palabras “constitución” y “reactiva”. En el primer caso se supone que la agresividad es inherente a todo animal, incluido el hombre, que es congénita, genética. En el segundo caso se admite que la agresividad surge como reacción a algo (una agresión, un aprendizaje, una falta de afecto). Allí está el error, pues el hombre no puede concebirse como un ser aislado o alejado que se junta en familia, ya que un ser aislado no puede existir ni subsistir.

Desde su nacimiento, tanto el animal como el hombre, éste en mayor grado, son terminados, acabados de constituir en sus más recónditas estructuras por la acción tutelar de alguien del grupo e incorporados a ese grupo como parte de su trama. Necesita completarse y es el grupo social el que lo

“completa”, injertándose en él. Hay por tanto que prestar atención a aquello que lo completa. Primero, cuando siendo invadidísimo infante, urdimbre sin cerrar, le ha completado con la trama del grupo que le acoge: la madre y la familia, luego con aquello que él ha buscado, que le completa: el grupo en el que se injerta o en el que se ve insertado o vinculado (1).

Determinantes de la violencia

1. La recompensa directa de la conducta agresiva. Las conductas agresivas tienden a repetirse si son recompensadas y a disminuirse si son reforzadas negativamente o castigadas.
2. La observación de actos agresivos. Según Bandura la agresividad del espectador se incrementa si observa agresiones de manera directa o por imágenes televisivas o de cine.
3. Las frustraciones, el ataque físico o verbal de terceros o el dolor pueden generar una conducta agresiva.
4. La existencia al alcance de la mano de objetos relacionados con la violencia pueden generarla.
5. El alcohol y las drogas también la producen.
6. Una activación emocional intensa conduce a una conducta agresiva si existe un estímulo exterior que la cause y al disminuir el control cognitivo, disminuye la inhibición.
7. Los factores ambientales (ruido, hacinamiento, etc.) también ejercen influencia generando violencia.
8. La obediencia a mandatos que exigen una conducta agresiva tienen un espectacular efecto en su desencadenamiento (Milgram) (3).

Clasificación

Dorffman (6) distingue tres tipos de violencia:

Violencia horizontal e individual

La llama horizontal porque luchan dos personas de un mismo nivel existencial, se arremete a otro ser humano: familiar, amigo, enemigo, o cualquier persona.

Violencia vertical y social

El individuo se revela contra la sociedad que le ha creado una situación.

Violencia inespacial e interior

La violencia anonada a la persona, obligándola a refugiarse en su mundo interior; no se actúa contra ella, adoptándose un aire de indefensión que conduce a la locura o al suicidio.

Finalmente en el siguiente cuadro se intentan reunir los diversos tipos de violencia, que son muchos, dado que este fenómeno social además de ubicuo, tiene multitud de causas y diversas formas de presentación:

Racial	Familiar	Terrorismo
Religiosa	Social	Estudiantil
Política	Conyugal	Laboral
Institucional	Delincuencia	Contra autoridad

Causas biológicas

Las causas biológicas de la violencia pueden dividirse en: genéticas, cerebrales y neuroendocrinas (7).

Causas genéticas

Entre los supuestos genéticos se tiene al sexo y las anomalías cromosómicas.

Sexo: la mayor parte de la delincuencia y de la población carcelaria mundial está constituida por varones en una proporción de cinco (5) a uno (1).

Anomalías cromosómicas: los varones XYY desarrollan conductas agresivas y derivan en delincuentes precoces y violentos. Los varones XXY tienden a la violencia sexual.

Causas cerebrales

Se sabe que la actividad del cerebro puede integrar niveles de agresividad de complejidad creciente y que sus manifestaciones pueden producirse de manera concreta, simbólica o abstracta. Según MacLean el cerebro humano está conformado por tres subsistemas: el cerebro reptiliano, el cerebro mamífero (sistema límbico) y el cerebro superior.

El cerebro límbico, instintivo-visceral y el cerebro reptiliano, más antiguo filogenéticamente, son los responsables de las conductas instintivas, reacciones somáticas viscerales, emocionales e impulsivas, mientras que el neocórtex, como síntesis de la sinergia superior, controla la conducta y mantiene el dominio de sí mismo. La conducta violenta tendría

su origen en los dos cerebros filogenéticamente antiguos y su control estaría a cargo del neocórtex, como instrumento de dominio e integración de la vida de relación.

Causas endocrinas

En los supuestos endocrinos existen tres niveles de control: en el primer nivel, de preparación para la acción, intervienen los andrógenos, los estrógenos y la hormona luteinizante. La agresividad está relacionada con la preparación para el combate, por ello la testosterona, andrógeno potente, se vincula con la violencia (se sabe desde antiguo que la castración inhibe la agresividad). Los estrógenos tienen efectos contradictorios sobre la conducta agresiva, más bien ayudan a las hembras a mantener su prole y defender su status. Si la progesterona sube, la agresividad tiende a suprimirse.

En el segundo nivel, de respuesta rápida, participan las catecolaminas (epinefrina y norepinefrina). En este período juega un papel fundamental el sistema nervioso simpático que sube la tensión arterial, produce taquicardia, aumenta el tono muscular, eriza el pelo y el trazado E.E.G muestra actividad eléctrica cerebral rápida generalizada.

El tercer nivel se vincula a la capacidad de respuesta sostenida, donde actúan los corticoides adrenales estabilizadores de la fisiología corporal.

Papel de los neurotransmisores: intervienen en el soporte de la actividad agresiva, la serotonina, las catecolaminas, la acetilcolina y el GABA. Su participación en la regulación de la agresividad forma parte de la actividad global del sistema nervioso central y de estructuras del sistema límbico.

Se atribuye a la serotonina la regulación de las muchas conductas normales y patológicas, vinculándola con la afectividad en general y con la agresividad en particular. También se le relaciona con los llamados ritmos biológicos (sueño, circadianos, estacionales, etc.) presentando con ellos fluctuaciones selectivas. Su actividad se equilibra con las modificaciones de la dopamina y la acetilcolina.

Las catecolaminas, singularmente la norepinefrina y la dopamina, se han relacionado con la agresión de tipo irritativo y en menor medida con las formas competitiva, defensiva y territorial.

La acetilcolina activa la agresividad competitiva, defensiva e irritativa en animales de laboratorio (7).

Causas psicológicas

Las causas psicológicas de la violencia pueden subdividirse en dos grupos: las psicodinámicas y las psicopatológicas.

Causas psicodinámicas

Entre los fundamentos psicodinámicos de la agresividad se encuentran: la identificación, la imitación, la frustración, las pulsiones instintivas y el déficit de control interior.

En la identificación un sujeto adopta actitudes y pautas de conducta propias de otra persona. En el caso de las conductas agresivas las características asumidas son francamente indeseables y repudiadas; debido a ello se les denomina identificación hostil.

La imitación, como mecanismo psicológico, tiene lugar cuando una persona toma como modelo y actúa comparándose igual que ella. Suele llamarse imitación hostil cuando la conducta que se reproduce es del tipo violento.

El término frustración designa a una situación en la que un obstáculo (o un acontecimiento) impide la conducta del sujeto, causándole angustia, cólera o agresividad. Desde 1939 Dollard y Miller de la Universidad de Yale lanzaron la hipótesis de la frustración-agresión, según la cual detrás de una conducta violenta se halla un acontecimiento causante de frustración.

Pulsiones instintivas: a partir de 1920 Freud contraponía la pulsión de vida (Eros) a las pulsiones de muerte (Thanatos); estas tenderían a suprimir las tensiones y los conflictos mediante la regresión a la vida originaria. La pulsión tanática está dirigida contra la propia persona y su proyección secundaria externa originaría tendencias destructivas y agresivas.

Control interior: Reiss explica la delincuencia por una falta relativa de normas internalizadas, un desmoronamiento del autocontrol o un conflicto entre las reglas y el individuo. Representaría un fracaso del grupo social primario (la familia) que no proporcionó roles adecuados, compatibles con el control social. Así se explica que hijos de familias de concepciones sociales contradictorias se hagan delincuentes más frecuentemente que los de familias bien integradas socialmente. El fracaso se debería a la existencia de una base moral o control interior insuficientes porque el "superyo" y el "yo" son poco pronunciados (8).

La imitación, la identificación y el control interior tiene un papel esencial en la socialización humana, interviniendo en sus tres fases (elemental, doméstica

y comunitaria), contribuyendo a la formación del carácter y a la adaptación al medio social (9).

Cuadros psicopatológicos

Se habla de agresividad patológica cuando alguien está predispuesto a atacar sin que medie provocación alguna. La agresividad puede manifestarse mediante palabras, actitudes o actos, que en lugar de ser adaptativos producen escaladas violentas o acentuación de la relación de poder.

La conducta agresiva puede que no se acompañe de sentimientos de rabia o de otro tipo. La insensibilidad frente a la conducta agresiva puede ser una mala adaptación en períodos de paz y lo contrario en épocas de guerra. En condiciones normales la frialdad de ánimo ante la violencia se considera anormal, como un componente de la personalidad sociopática (7).

No se puede afirmar que la conducta agresiva caracterice a las enfermedades mentales. Por el contrario, los homicidios, por ejemplo, son cometidos por personas normales con mayor frecuencia que por pacientes con afecciones psiquiátricas.

Clásicamente el estudio de la agresividad en las enfermedades mentales, como se aprecia en los tratados franceses, anglosajones, alemanes e italianos se realizan principalmente relacionados con el suicidio y el homicidio (10).

Oligofrenias: en algunos retrasados mentales excitables e irritables suelen producirse crisis de cóleras destructivas, inmotivadas o provocadas en las que arrasan con todo lo que está a su alcance; ocurren más frecuentemente en retardos mentales severos.

Enfermedades orgánicas cerebrales: pueden presentar suicidio y heteroagresividad que lleva al crimen y al homicidio. En afecciones del sistema límbico, particularmente en tumores hipotalámicos del lóbulo temporal, de estructuras basales y áreas órbito-frontales.

En cuadros demenciales también puede observarse manifestaciones de violencia al inicio y a mediano plazo del tipo de ataques sexuales, lesiones y homicidios.

Epilepsia: pueden producirse intentos suicidas, suicidios frustrados o consumados en el curso de estados crepusculares y asimismo, homicidios y lesiones personales; en estados ictales la heteroagresividad puede causar graves lesiones y homicidios sin que el paciente recuerde los hechos. También durante crisis distímicas se detecta una mayor tendencia a la agresividad en los pacientes

epilépticos.

Alcoholismo: esta es la segunda causa de suicidios detrás de la depresión; además, el alcoholismo se relaciona con intensas formas de agresión y de crímenes, incluyendo el homicidio. Frecuentemente se dice que la ingestión moderada de alcohol etílico produce euforia y bienestar, pero existen trabajos que muestran que el consumo moderado e intenso de bebidas alcohólicas aumenta la heteroagresividad. En los traumatizados cerebrales el alcohol incrementa la agresividad. En el delirium tremens y la alucinosis alcohólica se observan manifestaciones heteroagresivas.

Drogas: existe una evidente relación entre la dependencia a las drogas y la agresividad (suicidios y homicidios). Suelen presentarse en: drogadictos con cuadros psicóticos agudos, síndrome de abstinencia, durante un consumo excesivo de droga, durante un “viaje” y en los consumidores de anfetaminas por vía venosa; la dependencia barbitúrico presenta irritabilidad, ideas paranoides y heteroagresividad.

Las benzodiacepinas bajan la heteroagresividad a dosis pequeñas, pero la elevan a dosis altas; los antidepresivos actúan de la misma forma. La mezcla de antidepresivos y ansiolíticos también puede incrementar la heteroagresividad. La L-DOPA actúa elevando la heteroagresividad.

Neurosis: tanto la autoagresividad como la heteroagresividad fue relacionada por Freud con la etapa sádico-anal y la situación edípica. En las neurosis obsesivas puede encontrarse autoagresión y heteroagresión reprimidas; en las neurosis histéricas la agresividad se expresa con reacciones de sobrecogimiento o de sobresalto, como actitudes defensivas ante la espera de un ataque.

Personalidad psicopática: siempre se ha relacionado este cuadro mental con la heteroagresividad y se resalta su tendencia a la realización de crímenes, especialmente en los psicópatas explosivos y desalmados.

Perversiones sexuales: clásicamente se ha relacionado a la agresividad de manera íntima, con el sadismo y el masoquismo.

Trastornos afectivos: el estudio de los estados depresivos y maníacos, lo mismo que en los bipolares, se halla una relación entre ellos y la agresividad. En la depresión se introyectan impulsos agresivos y se inhiben las respuestas agresivas, lo cual explica la relación inversa entre suicidio y homicidio. En la depresión existe un mal manejo de pulsiones agresivas,

lo cual puede causar suicidio u homicidios altruistas. En los cuadros maníacos, sobre todo en las formas iracundas, se acentúa la heteroagresividad.

Esquizofrenia: en pacientes esquizofrénicos se hallan las formas más bizarras, extrañas e incomprensibles de agresividad, que van desde automutilaciones, a veces simbólicas, hasta homicidios y formas raras y brutales de suicidio. En ocasiones la enfermedad comienza con el homicidio incomprensible de un ser querido. Las formas paranoides son peligrosas pues fonemas imperativos ordenan suicidarse o matar; los delirantes persecutorios y los afectados por delirios de celos son altamente peligrosos.

Afecciones psicósomáticas: la agresividad en los trastornos psicósomáticos (ulcus gástrico, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, asma bronquial) tiene abundante bibliografía. Se han descrito rasgos básicos comunes: inmadurez, ansiedad, agresión y acentuación del estrés. En los trastornos psicósomáticos no se da salida a las pulsiones agresivas derivando éstas hacia el sistema parasimpático o hacia el sistema simpático; si la autoagresividad sigue la vía parasimpática se manifiesta en el aparato digestivo como ulcus gástrico; si toma vía simpática se expresa como hipertensión arterial o enfermedad coronaria. Esto ha llevado a considerar que la afección psicósomática es causada por una represión inadecuada de la heteroagresividad.

Soluciones

En medicina las soluciones consisten en actuar sobre las causas que originan los trastornos, es decir, imponer un tratamiento.

Tratamiento de las causas biológicas

Las causas genéticas, producto del azar, son por ahora ineluctables; se espera que el inmenso desarrollo logrado en el área del genoma humano pudiera aportar soluciones futuras.

Para las causas cerebrales se ha indicado la psicocirugía aplicándose en pacientes heteroagresivos incontrolables, las criticadas leucotomías frontales y lesiones del fórnix. Actualmente se pueden practicar lesiones en tres estructuras cerebrales: así, en pacientes epilépticos, esquizofrénicos y oligofrénicos, la cingulectomía; en epilépticos de gran agresividad, la amigdalectomía; en otros casos se lesiona el hipotálamo posterior por encima de los cuerpos mamilares.

Tratamiento de las causas psicológicas

La psicoterapia individual, la psicoterapia de grupo, el psicodrama, el psicoanálisis, la terapia ocupacional y la musicoterapia forman parte del arsenal terapéutico contra la agresividad.

El tratamiento conductista reemplazó al método del castigo en la corrección de la conducta agresiva. Skinner utiliza la extinción de la conducta inadecuada reforzando la adecuada. Se descartaron los métodos aversivos, estilo “naranja mecánica”, adoptándose la desensibilización sistemática y la inhibición recíproca (10).

Tratamiento de las causas psicopatológicas

El electroshock representa la mejor terapéutica del grave peligro de la autoagresividad del suicidio del paciente deprimido.

Como aún no se domina la bioquímica de la agresividad, la psicofarmacología no dispone de medicamentos específicos; los psicofármacos que se indican tienen como objetivo el tratamiento de las enfermedades mentales donde se manifiesta el síndrome agresivo.

Entre los tranquilizantes mayores o neurolépticos se destaca una fenotiazina (la propericaciina), eficaz en trastornos caracteriales con agresividad en personalidades psicopáticas y epilépticas.

Entre los tranquilizantes menores o ansiolíticos, resulta como reductor de la agresividad el oxacepam.

Los antidepresivos pueden suprimir la autoagresividad, aunque en algunos casos pueden facilitar el suicidio al mejorar la inhibición de los deprimidos. Los inhibidores de la MAO y la imipramina aumentan la heteroagresividad.

La difenilhidantoína se considera un medicamento reductor de la agresividad habiendo dado excelentes resultados en el síndrome de Varyura-Tobias, caracterizado por violencia, distimia e hipoglucemia.

Los antiandrógenos se muestran útiles en el tratamiento de la hipersexualidad agresiva.

El litio tiene el mayor interés en el tratamiento de la agresividad. Puede utilizarse para reducir la heteroagresividad en esquizofrénicos, epilépticos, débiles mentales, psicópatas, psicóticos maníaco-depresivos (fases maníacas y fases depresivas), pues normaliza el afecto y reduce tanto la auto como la heteroagresividad.

Prevención

El conocimiento científico actual no cuenta con recursos para prevenir las causas biológicas (genéticas, cerebrales y neuroendocrinas). Habrá que esperar que la genética, en franca expansión actualmente, logre desentrañar los enigmas del Genoma, proporcionando medios para su prevención.

Prevención de las causas psicopatológicas

La aplicación de las normas de la higiene mental, fundamentados en los avanzados conocimientos psiquiátricos puede contribuir a mediatizar y reducir la violencia. Sin embargo, conviene recordar que las personas normales arrojan una incidencia de actos violentos que los pacientes con enfermedades mentales.

Prevención de las causas psicológicas

La prevención primaria puede ser más efectiva en los mecanismos psicodinámicos que originan la violencia. La actuación sobre la identificación, la imitación, las pulsiones instintivas, el control interno, y la frustración puede ser eficaz y efectiva para disminuir las conductas agresivas.

Si las figuras que sirven de modelo para la identificación y la imitación son personas equilibradas y sensatas, si la educación impartida logra que el control interior domine las pulsiones instintivas y enseñe a manejar las frustraciones, el ser humano puede reducir notablemente su agresividad y los actos violentos (9).

Todo esto es posible si el medio social garantiza una socialización positiva consiguiendo crear un ser humano colaborador, sociable y sensible. Es decir, la sociedad que acoge al nuevo ser actúa de manera positiva en las fases de socialización (elemental, doméstica y comunitaria), modelándolo de manera adecuada, logrando así que la urdimbre afectiva se entrame armónicamente con el medio social donde le toca vivir y crecer (9).

Los intentos de prevención a nivel mundial han sido estériles. Desde mediados del siglo XX la humanidad viene intentando reducir la violencia. Para ello se convocan reuniones internacionales cuyos resultados han sido nulos, pues no se aplican las resoluciones acordadas por los países signatarios. Un ejemplo de ello lo representa la Convención que creó “Ciudadanos del Mundo”, organización formada por personas relevantes, científicos e intelectuales de todas partes del globo, que aconsejó crear “una

democracia mundial” (10).

Otro ejemplo lo constituye la proposición de un científico, que conocía el efecto reductor de la agresividad del litio, aconsejando que para solucionar el problema de la violencia, se vertiera sales de litio en los acueductos de las grandes ciudades de la tierra (10).

Para mí, la solución colectiva de la violencia, aunque no abrigo muchas esperanzas en ella, podría consistir en que la O.N.U. comprometiera a todas las naciones afiliadas en la estricta aplicación de la carta de los derechos humanos.

REFERENCIAS

1. Rof Carballo J. Violencia y ternura. Madrid: Editorial Prensa Española; 1977.
2. Storr A. Sobre la violencia. Barcelona: Editorial Kairós; 1973.
3. Sangrador JL. Interacción humana y conducta social. Aula Abierta Salvat. Barcelona: Salvat Editores, C.A.; 1985.
4. Delay J, Pichot P. Abrege de Psychologie. París: Masson Editeur; 1966.
5. Motagu A. Hombre y agresión. Barcelona: Editorial Kairós; 1968.
6. Dorffman A. Imaginación y violencia en América Latina. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1970.
7. Ridruejo Alonso P, Medina León A, Rubio Sánchez JL. Psicología Médica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
8. Amarista FJ. Doctrinas Criminológicas. Caracas: Editorial Cáncer. 1995.
9. Amarista FJ, Guzmán, A Kerdel O. Manual de Psicología Médica. Caracas: Disinlimed, C.A.; 1986.
10. Ruiz Ogara C, Barcía Satorio D, López-Ibor Aliño JJ. Psiquiatría. Barcelona: Ediciones Toray, S.A.; 1982.

FE DE ERRATAS

En el trabajo “Virus herpes humano: detección en células mononucleares de sangre periférica de pacientes con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana con/sin sarcoma de Kaposi”, de los doctores Dimas E. Hernández, Jorge Riera, José Pinto, María E. Marín y José Luis López, Volumen 116, N° 1, Enero-marzo de 2008, páginas 18-22, deben corregirse dos datos en el Cuadro 1.

Datos errados

	Pacientes sin SK (n=76)	Pacientes con SK (n=15)
Sexo (n)		
Masculino	60	14
Femenino	161	
Conducta sexual (n)		
Heterosexual	7	12
Homosexual	5	13

Datos correctos

	Pacientes sin SK (n=76)	Pacientes con SK (n=15)
Sexo (n)		
Masculino	60	14
Femenino	16	1
Conducta sexual (n)		
Heterosexual	71	2
Homosexual	5	13