



Impacto en la salud de la violencia colectiva

Itziar Larizgoitia(*), Iñaki Markez, Isabel Izarzugaza, Darío Páez, Sonia Mayordomo, Carlos Martín Beristain

Resumen

Se trata de realizar una revisión de la literatura que permita adoptar un modelo conceptual de “salud” y aproximarnos al conocimiento del impacto en salud de la violencia colectiva, que incluye el síndrome de estrés post-traumático. Se señala el escaso conocimiento, la limitada tradición en el estudio epidemiológico de la distribución e impacto de la violencia colectiva y de sus determinantes; acompañada por un débil desarrollo metodológico. Así mismo, se comprueba el escaso abordaje de cuestiones como el papel de los mecanismos sociales de reparación, compensación o reconocimiento de las víctimas.

Palabras clave

Violencia, salud, impacto en la salud mental, víctima, funcionamiento social.

En 1996, la asamblea de la Organización Mundial de la Salud consideró a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública. El año 2002 la OMS publicó el informe sobre Salud y Violencia, el cual distingue varias categorías de violencia, en función de la relación principal entre los agentes involucrados. Así, se distingue la violencia auto-infligida, la violencia interpersonal caracterizada por involucrar a un número reducido de personas bien relacionadas emocionalmente entre sí (violencia doméstica) o no (violencia de comunidad), y finalmente la violencia colectiva. Ésta, según la OMS, se define como la violencia ejercida contra una comunidad con el objetivo de avanzar un proyecto social determinado. La definición operativa de este tipo de violencia que utiliza la OMS es la siguiente: “el uso instrumental de la violencia por gente que se identifica así misma como miembros de un grupo, ya sea transitorio o de larga duración, contra otro grupo o conjunto de individuos, con el fin de conseguir una serie de objetivos políticos, económicos o sociales.”

La historia del Estado español se ha caracterizado, al igual que la de otros estados de su entorno geográfico y cultural, por una relativa continuidad de episodios de violencia colectiva; los cuales, aunque de manera residual y concentrados alrededor de escasos discursos



ideológicos, han llegado hasta nuestros días. Los atentados del 11 de marzo pasado en Madrid han señalado el comienzo de un nuevo discurso violento y sobre la violencia, cuyo alcance aun es difícil de precisar. A pesar de la disminución cuantitativa de la violencia colectiva tradicional, su impacto, no sólo entre víctimas y allegados sino en amplios colectivos sociales, se supone aún profundo tal como se percibe repetidamente en encuestas y sondeos de opinión y en el eco que se recibe en la opinión pública. Su impacto en dinámicas colectivas, sociales y políticas es también altamente significativo.

Los efectos de la violencia colectiva en la salud de sus víctimas pueden llegar a ser irreparables, alcanzando una alta gravedad e incluso la muerte. Datos de un estudio anterior^{II} revelan que la violencia alrededor de este fenómeno había producido más de 1.000 víctimas mortales hasta el año 2000 y más del doble de heridos por la acción directa de la violencia; elevando a unas 7.800 personas las que habían sufrido hasta ese año la experiencia de violencia mortal en su entorno próximo. De estas, casi el 70% eran residentes de la Comunidad Autónoma del País Vasco, el 14% de Madrid y el 5% de Navarra. A pesar del dramatismo y trascendencia de las cifras, el cómputo de muertos y heridos no alcanza a indicar el más amplio espectro de repercusiones físicas, emocionales o funcionales de los supervivientes, o de los allegados de las víctimas. Tampoco ayuda a entender las repercusiones que se hayan podido producir en otros sectores de la población afectados de manera menos directa.

Relevancia para los fines de la Sociedad

A pesar de la preocupación y graves consecuencias que ejerce este tipo de violencia sobre la salud física y mental de sus víctimas, su análisis y abordaje desde el punto de vista de la salud pública en España o en el País Vasco es

muy escaso, sino prácticamente inexistente. Se han producido algunos estudios descriptivos y análisis cualitativos recientes, en Irlanda,^{III} Francia,^{IV} Estados Unidos^V y en otros entornos,^{VI,VII,VIII} habiéndose publicado algunos análisis. Por el momento, no se han difundido estudios que permitan entender de manera más completa el alcance de las repercusiones de estos fenómenos de violencia colectiva o política en la salud del conjunto de las víctimas, en sus allegados, o en otros colectivos sociales, incluyendo la población general.

El análisis del impacto en la salud generado por la violencia colectiva supone un gran reto para la comunidad de epidemiólogos y profesionales de la salud pública, por varias razones. En primer lugar, el estudio de los efectos de la violencia colectiva en las poblaciones está relativamente poco desarrollado. No se conocen con certeza los mecanismos que llevan a la génesis, mantenimiento o transmisión de la violencia colectiva en una sociedad. También se desconoce en gran medida la fisiopatología del trauma en las poblaciones. El síndrome de estrés postraumático ha sido reconocido sólo recientemente como una entidad clínica asociada al trauma intenso. Sin embargo, no se conoce bien cuál es la constelación de factores que explican la aparición del síndrome; ni tampoco, cuál es el grado de afectación en los sujetos que no experimentan un síndrome postraumático definido^{IX}. En este sentido, se ha sugerido que la ausencia de respuesta emocional ante situaciones traumáticas puede ser en sí mismo una consecuencia del trauma^X. Se sugiere, por ejemplo, que la ausencia de respuesta emocional y las heridas no curadas en las víctimas del trauma pueden traducirse en nuevas acciones de venganza y destrucción, incluso entre generaciones sucesivas^{XI}. Otros aspectos de gran interés, como la capacidad de adaptación de los supervivientes a sus lesiones físicas, o síquicas, o el papel de los mecanismos sociales de reparación, compensación o reconocimiento de las víctimas, tampoco son bien conocidos.



A este escaso conocimiento, se une una también limitada tradición en el estudio epidemiológico de la distribución e impacto de la violencia colectiva y de sus determinantes; acompañada por un desarrollo metodológico relativamente menor. Al mismo tiempo que parece necesario contar con herramientas específicas para este tipo de análisis.

Uno de los aspectos que requiere una consideración especial, por ejemplo, es el de la identificación y selección de los casos, dado que estos pueden no formar parte de organizaciones definidas o pueden negarse a colaborar en estudios epidemiológicos, tanto como consecuencia del trauma cuyo impacto puede llevar a la marginalización de sus víctimas, como del miedo a involucrarse de nuevo en situaciones que remiten a la violencia colectiva original. Pero incluso, la definición de casos puede verse afectada por el propio fenómeno de violencia colectiva en caso de que se produzca una falta de acuerdo social sobre la identidad de las víctimas^{xii}. Por otra parte, la propia naturaleza del trauma impide, en muchos casos, reincidir en su memoria, por lo que las relaciones con las víctimas han de ser extremadamente delicadas.

El análisis de la exposición al trauma, y su impacto, requiere instrumentos específicos que posibiliten medir con precisión la ocurrencia de determinados fenómenos. Aunque algunos instrumentos han sido desarrollados con este fin, su utilización en el estudio de la violencia colectiva, es muy escaso.

Aunque hay varios instrumentos de medida de impacto del trauma, no hay mucha tradición en su aplicación a fenómenos de violencia colectiva. En algunos casos se han aplicado instrumentos de medida de salud mental general (como el General Health Questionnaire), cuya aplicabilidad en el contexto de violencia colectiva en España habría de ser validada. Otro número de instrumentos se ha utilizado en situaciones de violencia interpersonal, pero no

así, de violencia colectiva. Es esta por tanto un área que merece ser trabajada y desarrollada.

Esta ausencia de conocimiento es el elemento incentivador más importante para intentar abordar este fenómeno. Es necesario identificar el grado de conocimiento existente y las fuentes de información relacionadas con el fenómeno, que puedan ayudar a describir mejor el análisis de la situación y a desarrollar un marco conceptual para un eventual estudio posterior más elaborado y preciso. Un mayor grado de conocimiento sobre la carga de mortalidad y morbilidad generada por la violencia colectiva contribuirá a un mayor esclarecimiento de la importancia del fenómeno desde un punto de vista de la salud pública, aportará instrumentos de análisis más precisos y permitirá un mejor entendimiento de los costes humanos de la violencia; cuyo conocimiento desde el punto de vista de los profesionales de salud pública se hace obligado.

Modelo conceptual de salud

El estudio del impacto en salud de cualquier fenómeno necesita partir de una definición del concepto de salud. En el campo de la investigación de servicios de salud, se han utilizado varias definiciones más o menos operativas. Algunas de las aproximaciones tradicionales han partido del concepto de enfermedad. Por ejemplo, la definición de enfermedad propuesta por Parsons, como “un estado de alteración en el funcionamiento del individuo que incluye su estado orgánico y sus ajustes personales y sociales”^{xiii}. No obstante, se acepta en general, que la salud es un concepto que va más allá de la ausencia de enfermedad y que puede expresarse mejor por la ausencia de disfunción, entendiéndose por ésta, cualquier desviación de bienestar o del estado de funcionamiento habitual. De esta manera se contemplaría la salud como el estado de capacidad óptima para la realización óptima de las tareas deseadas^{xiv}. Otras consideraciones incluirían una dimensión temporal (pronóstica) y relativa, en función



de los estándares y expectativas para cada grupo de sujetos^{xv}. La conceptualización de salud se basa en general en un sentido de funcionamiento adecuado y global, así como de bienestar.

A efectos analíticos, sin embargo, es necesario avanzar más en dicha conceptualización. Se asume que la salud es un concepto multidimensional en el que, a un núcleo integrado por la dimensión de “salud física”, que incluye la ausencia de enfermedad y el aspecto funcional, se le añaden otros, como por ejemplo el “sentido psicológico de bienestar” o “salud mental”, y las dimensiones de funcionamiento social. El modelo conceptual diseñado por Ware y la Rand Corporation que ha servido de base para numerosos estudios en Estados Unidos, y entre otros para el desarrollo del instrumento SF-36 que se verá más adelante, incluye las siguientes dimensiones:

- a) salud física
(incluyendo ausencia de enfermedad y funcionalidad)
- b) salud psicológica o emocional
- c) funcionamiento social
- d) funcionamiento en actividades sociales complejas
- e) percepción general de salud^{xvi}.

La distinción multidimensional clásica en compartimentos prácticamente aislados,^{xvii} se ha cuestionado últimamente para proponer un nuevo paradigma basado en la capacidad funcional del individuo y su relación con el medio. La OMS en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)^{xxiii} reconoce la importancia de la capacidad funcional del individuo como elemento explicativo del estado de salud, y entiende que el grado de funcionamiento, en la realización de un conjunto de actividades, se determina por la relación compleja de los problemas de salud del individuo con su entorno. Éstas interacciones influyen en el funcionamiento de los individuos y en su percepción subjetiva de bienestar. La distinción clásica entre salud física, mental y social, desaparece

para reconocer las múltiples interacciones entre los diversos grados de funcionalidad que se requieren para el ejercicio de determinadas actividades. Se distingue, no obstante, la capacidad funcional objetiva de la percepción subjetiva de bienestar, como dos elementos complementarios y definitivos para determinar el estado de salud de los individuos.

Los conceptos que utiliza la CIF son los siguientes:

- 1) funciones corporales
(funciones fisiológicas, incluyendo las psicológicas, de los sistemas corporales)
- 2) estructuras corporales
(partes anatómicas del cuerpo)
- 3) deficiencias
(problemas en las funciones o estructuras corporales)
- 4) actividad
(realización de una tarea o acción por parte de un individuo)
- 5) participación
(acto de involucrarse en una situación vital)
- 6) limitaciones en la actividad
(dificultades para la realización de tareas)
- 7) restricciones en la participación
(problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales)

Este modelo considera que los individuos pueden presentar deficiencias sin tener limitaciones en la capacidad; limitaciones en la capacidad o en la realización de tareas, sin presentar deficiencias evidentes; problemas en la realización de tareas sin presentar deficiencias ni limitaciones en la capacidad; o pueden presentar limitaciones en la capacidad sin experimentar problemas en la realización de tareas.

Conocimiento del impacto en salud de la violencia colectiva

La violencia es uno de los principales problemas de salud pública, tal como ha quedado reflejado en el Informe sobre Violencia y Salud de la OMS (2002). El impacto directo de la violencia afecta de manera directa a la integridad física y emocional de las personas, llegando, en



numerosos casos, a su eliminación. Las consecuencias de la violencia pueden ser devastadoras en términos de vidas humanas, pero también en la experiencia vital a corto y largo plazo de sus supervivientes, y por extensión en el conjunto social que alberga y sufre la violencia. El abordaje desde la salud pública al fenómeno de la violencia y su impacto en salud es muy escaso, a pesar, de la cada vez mayor importancia que adquiere este fenómeno en términos globales. El primer área de interés es indudablemente los efectos sobre la salud física de las personas, en términos de mortalidad y lesiones. Es fácilmente evidente, no obstante, que los efectos de la violencia no se reducen al ámbito puramente físico. El trauma violento en sí genera una serie de alteraciones emocionales y psicológicas; y el conjunto de ambas, puede ejercer su impacto sobre los comportamientos sociales, pudiendo incluso llegar a afectar el comportamiento colectivo de la sociedad.

a) Eliminación de vidas humanas

El hecho de mayor trascendencia asociado a la violencia es indudablemente la mortalidad. Según el citado informe de la OMS, el año 2000 se produjeron más de millón y medio de muertes por causas violentas, de las cuales un 10% ocurrieron en países desarrollados^{xix}. Conviene señalar que la mortalidad se puede producir de manera directa como resultado del impacto de una agresión física, o puede suceder como resultado del agravamiento de otras lesiones pre-existentes (reagudización de cardiopatía isquémica o hipertensión) o inducidas por la acción violenta (insuficiencia respiratoria por inhalación de vapores tóxicos, por ejemplo). Otro recorrido causal puede ocurrir a través de alteraciones psicológicas (depresión, ansiedad, etc.) causadas por la violencia, las cuales pueden contribuir a desencadenar la muerte de la víctima (mediante suicidios, por ejemplo).

b) Salud física: ¿Cuál es el impacto de la violencia colectiva en la salud física?

La violencia colectiva ocasiona una serie de efectos directos en la salud de las personas. El aspecto más fácilmente observable es el aumento de la mortalidad y de lesiones por causas externas (agresiones directas). Las características de dichas lesiones, así como el análisis de las causas externas, podrían llevar a diferenciar un patrón de lesiones característico asociado a este tipo de violencia. Politraumatismos, quemaduras, destrucción o amputación de miembros, mutilaciones, conmociones, intoxicación por inhalaciones nocivas, heridas por armas de fuego, por estallido, aplastamiento, por onda explosiva, etc. La información actual sobre este punto es escasa. La limitada utilización de los códigos de lesiones por causas externas de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) no favorece este tipo de análisis.

No obstante, las alteraciones físicas causadas por la violencia no se reducen a las lesiones directas causadas por la agresión traumática. Así, se pueden agravar estados patológicos preexistentes, o causar nuevas situaciones mórbidas a partir de las agresiones directas, como pueden ser la agravación o aparición de hipertensión o de alteraciones reproductivas.

La definición de salud al inicio de este capítulo puso especial énfasis en la importancia del aspecto funcional como uno de los atributos básicos que definirían el nivel de bienestar de los individuos. Es decir, salvo en el caso del fallecimiento, en el que la lesión física de manera ineludible indica la ausencia de funcionalidad absoluta, el recuento de las lesiones y enfermedades físicas no necesariamente es un indicativo preciso del grado de afectación funcional. Y éste es un aspecto fundamental en la valoración del impacto de la violencia en la salud física de las personas. El grado de afectación funcional marcará la diferencia entre lesiones de una misma entidad nosológica. Esta puede



verse mejorada gracias a técnicas de rehabilitación, prótesis, y otros útiles de ayuda; o al contrario, puede agravarse con el tiempo, al cronificarse algunas lesiones, complicarse, o sumarse sinérgicamente a otros problemas de salud o a la pérdida funcional asociada al proceso de envejecimiento.

c) Salud mental

Muchas víctimas de la violencia sufren desórdenes emocionales o psicológicos a consecuencia del trauma violento o de las lesiones físicas que han padecido. Los hechos traumáticos producen en general ansiedad y depresión, además de un conjunto de síntomas específicos que se han agrupado en el denominado Síndrome de Estrés Post-traumático (SEPT). La reacción aguda ante el trauma se puede acompañar de una serie de reacciones psicológicas adaptativas, como pueden ser una reacción de estupor inicial, seguida de una fase de alta ansiedad y contacto social, y continuada por otra fase de inhibición que puede asociarse a ansiedad, síntomas psicósomáticos, alteraciones funcionales físicas, trastornos del sueño y pensamientos repetitivos, y conductas disruptivas (Pennebaker)^{XX}. Otras manifestaciones agudas ante el trauma pueden verse acompañadas de sentimientos de pánico extremo y gran excitación nerviosa, o de un conjunto de síntomas como angustia, disgusto, rabia, pena, o vergüenza. La ausencia de respuesta emocional también puede ser una consecuencia del trauma (anestesia emocional). Según algunos estudios alrededor de un 25 a un 40% de las víctimas y victimarios sufren sintomatología emocional tras el trauma violento. (Davidson y Foa)^{XXI}.

El SEPT es un complejo sintomatológico que comprende varios desórdenes psicológicos y psico-somáticos asociados con sentimiento de miedo, desamparo y horror (American Psychiatric Association, 1994). Éste es un conjunto más específico de síntomas que se presenta de manera más cronificada, pero que úni-

camente afecta a una fracción de las víctimas del trauma violento. Hasta un tercio de los sujetos que han sobrevivido un trauma presentan una alteración emocional crónica como consecuencia del mismo, y se calcula que entre un 15 a un 25% de los individuos que experimentan un trauma significativo desarrollan estrés posttraumático. Se ha observado repetidamente que las mujeres son especialmente susceptibles.

El sentimiento agudo de desamparo (helplessness) y de ausencia de control sobre la situación (powerlessness) son los factores que se asocian con el desarrollo del síndrome de estrés postraumático. Este debe ser entendido como parte del proceso longitudinal de adaptación al impacto del trauma y sus consecuencias, al final del cual, una fracción de los individuos sufren síntomas de evitación (retraimiento de las actividades que recuerdan el trauma, distanciamiento) e hiper-reactividad fisiológica exagerada que se manifiesta en hipervigilancia, irritabilidad, alteraciones del sueño y una respuesta reactiva exagerada, especialmente ante memorias recurrentes del trauma. La tendencia a una reminiscencia frecuente del hecho traumático es otra característica del SEPT que puede ir acompañada de síntomas de pánico extremo y disociación. En muchos casos, el SEPT se acompaña de una anestesia emocional, o de falta de interés y de capacidad de sentir emociones placenteras.

El síndrome de estrés postraumático está asociado además a peor salud física, debido a somatizaciones, palpitaciones, alteraciones funcionales digestivas y otras alteraciones de salud mental, como desórdenes de ansiedad, depresión, mayor consumo de alcohol y otras conductas negativas. Se ha observado además una reactivación de los síntomas de estrés post-traumático en personas que son nuevamente expuestas a situaciones violentas. Esta observación sugiere que las víctimas supervivientes de la violencia podrían revivir su experiencia y sufrir una agudización de sus síntomas



ante nuevos actos de violencia cometidos en su proximidad.

Por otro lado, también se describe el estrés postraumático-complejo, o los “desórdenes de estrés extremo no especificado”, como un síndrome de problemas psicológicos inespecíficos asociados al abuso interpersonal prolongado y grave. Éste síndrome está compuesto por un conjunto de síntomas emocionales que van desde la alteración en la regulación de los impulsos afectivos, a problemas en la modulación de la ira, alteraciones de la atención, de la percepción de sí mismo y de las relaciones con otros, e incluyen somatizaciones y alteraciones en los sistemas de significado.

d) efectos psicológicos en niños y adolescentes y funcionamiento social

Las experiencias de violencia política en las primeras décadas de la vida ejercen un efecto determinante en el desarrollo psicológico de los niños afectados. Se ha observado una mayor inmunidad a los horrores de la violencia en adultos que fueron expuestos de niños a actos violentos. Estos individuos que aprendieron que la violencia es una de las relaciones básicas entre humanos, parecen tener un mayor riesgo de transmitir conductas violentas a las siguientes generaciones.

Las respuestas de jóvenes adolescentes a la violencia causan profundos cambios en sus actitudes hacia la vida. Los adolescentes expuestos a traumas demuestran mayores conductas de riesgo. La exposición a la violencia física es un grave desencadenante de patología psiquiátrica. Especial gravedad reviste el trauma de perder a los padres en actos violentos; aún más, de ser testigos de su muerte. En sociedades que sufren violencia colectiva, es difícil que estos niños culminen sus rituales de duelo, los cuales pueden quedar paralizados por la propia espiral de violencia y venganza. Estos niños sufren un alto riesgo de desarrollar patología psiquiátrica y verse arrastrados por la cultura de la

violencia. La conducta violenta de adolescentes, especialmente chicos, está altamente correlacionada con experiencias personales de socialización violenta, incluso en sociedades estables y desarrolladas. Los adolescentes masculinos, en general, tienden a reproducir sus propias experiencias de victimización y violencia en otros. Algunos adolescentes expuestos a traumas violentos responden desarrollando la certeza de que la vida es corta y su futuro muy incierto. En estas circunstancias, chicos socializados de manera patológica pueden responder con conductas hedonistas como ocurre con el abuso de sustancias tóxicas.

e) el impacto en la salud mental de las víctimas indirectas de la violencia

El impacto emocional de la violencia excede el ámbito directo de sus víctimas. Las alteraciones emocionales producidas ante un hecho violento pueden sucederse entre los testigos presenciales de la violencia, entre el personal de auxilio, o incluso entre los familiares y allegados de las víctimas. A este conjunto de víctimas que no ha sufrido directamente el hecho violento, se denomina “víctimas secundarias”.

Víctimas secundarias son los individuos que no habiendo sufrido directamente el trauma, reaccionan emocionalmente ante el mismo o su memoria, a partir de su experiencia personal en el entorno del trauma, o a través de un vínculo emocional con las víctimas primarias. Se considera que pueden ser víctimas secundarias los individuos que mantienen relaciones íntimas con las víctimas, sus familiares y amigos, los trabajadores de servicios de rescate (cuerpos de seguridad y policiales, bomberos, protección civil, trabajadores sanitarios), o los miembros de la comunidad próxima a las víctimas. También son víctimas secundarias aquellas que han sufrido directamente el trauma, pero de manera más periférica.

Las “víctimas secundarias” pueden sufrir síntomas de ansiedad, depresión, somatizaciones



y otros problemas psicológicos. También están a riesgo de desarrollar el llamado “estrés traumático secundario”; el conjunto de alteraciones emocionales y de conducta que resulta del contacto o conocimiento de la experiencia traumática de personas allegadas o con quien se establece una conexión. En colectividades amenazadas por la presencia de violencia se han descrito situaciones de mayor ansiedad y depresión, además de situaciones de estrés post-traumático e incluso mayores conductas suicidas.

f) Funcionamiento social:

Estudios realizados entre víctimas en Irlanda del Norte sugieren que entre un 20 a un 40% de la población que ha estado envuelta en sucesos traumáticos sufre estrés posttraumático u otros problemas psicológicos. En colectividades amenazadas por la presencia de violencia se han descrito situaciones de mayor ansiedad y depresión, además de situaciones de estrés post-traumático e incluso mayores conductas suicidas. En núcleos pequeños y en el medio rural, la reacción individual ante el hecho traumático resulta más compleja debido a la proximidad de las relaciones humanas. Una vez más, el impacto de la violencia excede el ámbito de sus víctimas directas. En núcleos sometidos a un nivel intenso de violencia, ésta puede destruir o dañar gravemente la cohesión social y la solidaridad entre familias, grupos, barrios u otras organizaciones sociales. El término “anomia” se utiliza para describir un estado de disrupción social en una comunidad que puede llegar a afectar la salud de los individuos^{xxii} (Fullilove). En la presencia de violencia, la gente no se siente segura en sus lugares habituales, experimentan más miedo en el espacio público, y están más preocupados por las intenciones y conductas de sus vecinos. El apartamiento social y el aislamiento, la disminución de los contactos, son algunas de las reacciones más frecuentes ante la violencia colectiva. La violencia colectiva puede resultar en un aumento de los prejuicios ante ciertos grupos, ausencia de solidaridad, y disminución

de actividades colectivas (Fullilove 1996)^{xxiii}. La anomia incluye además sentimientos de alienación, de desamparo, de falta de esperanza y de control, y una aversión a sufrir sucesos incontrolables (Sanders–Phillips)^{xxiv}

Además, la violencia está asociada a conductas auto-destructivas, como el consumo de alcohol y otras drogas. Es relativamente frecuente que los victimarios recurran al consumo de sustancias nocivas, pero también es relativamente frecuente que personas que viven en ambientes violentos recurran al consumo de alcohol y drogas como una vía de escape. Estas son por tanto, factores determinantes de actos de violencia, pero también resultados perniciosos de la violencia^{xxv}.

g) Factores contextuales

Los factores contextuales representan el trasfondo de la vida de un individuo tanto como su estilo de vida. Estos incluyen factores ambientales y personales, y se refieren al entorno inmediato del individuo. La edad, el sexo o raza, y también las características del hogar, trabajo, amigos o escuela y el medio social que rodea al individuo, son factores que interactúan con las estructuras y funciones corporales, y determinan las actividades y nivel de participación de los individuos.

El sentimiento agudo de desamparo y de ausencia de control sobre la situación son factores psicológicos que se asocian más directamente con el desarrollo de alteraciones psicológicas, así como la historia de labilidad psicológica anterior al trauma^{xxvi}. Los grupos con mayor auto-percepción de vulnerabilidad, como pueden ser las mujeres y niños en determinadas circunstancias, son más susceptibles a la aparición de alteraciones post-traumáticas^{xxvii}. Así como individuos que perciben un menor nivel de integración y apoyo social^{xxviii}. Por otro lado, el mayor nivel de educación y la existencia de una red íntima y social de apoyo favorecen la resistencia psicológica al trauma.



El funcionamiento social incluye conceptos básicos como el nivel de contactos sociales y la existencia de redes de apoyo. Finalmente las percepciones generales del estado de salud reflejan la valoración personal del conjunto de dimensiones antes expuestas. En estudios de población enferma, es conveniente complementar este cuestionario con otros que miden las actividades básicas de la vida diaria.

Hasta muy recientemente, no se han comprendido los efectos a largo plazo generados por el trauma. Uno de los riesgos más importantes es que la victimización y sentido de

injusticia de las víctimas del trauma, sus heridas no curadas, puedan resurgir con un sentido de venganza y destrucción. Aunque el reconocimiento de los efectos a largo plazo del trauma puede servir para compensar el nivel de sufrimiento de estas personas, los efectos sociales de estos fenómenos no han sido demasiado estudiados. Queda pendiente el abordaje de cuestiones fundamentales como es la reparación social y el papel de los vínculos sociales en el control del sufrimiento individual, para prevenir su extensión al tejido social y su transmisión a la siguiente generación.



- (*) **Correspondencia: Itziar Larizgoitia**, larizgoitai@who.ch
- **Itziar Larizgoitia**, Médica especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva., Organización Mundial de la Salud, Departamento de Prestación de Servicios de Salud, Ginebra.
- **Isabel Izarzugaza**, Médica especialista en Oncología. Jefe de Servicio de Registros e Información Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
- **Iñaki Markez**, Médico especialista en Psiquiatría, experto en Salud Pública y Drogodependencias. C.S.M. de Galdakao, Osakidetza.
- **Darío Páez**, Psicólogo. Director del Grupo de Investigación Consolidado de Investigación sobre Cultura y procesos psicosociales de la UPV-EHU.
- **Sonia Mayordomo**, Licenciada en Psicología. Investigadora en el equipo dirigido por el catedrático de Psicología Social de la Universidad del País Vasco, Dr. Darío Páez.
- **Carlos Martín Beristain**, Médico, experto en Mediación de Conflictos.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

- ¹ World report on violence and health. Eds.: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB and Lozano R. World health Organization. Geneva , 2002.
- ¹¹ Martín Beristain C, Páez Rovira D. *Violencia, apoyo a las víctimas y reconstrucción social: experiencias internacionales y el desafío vasco*. Editorial Fundamentos. 2000.
- ¹¹¹ Cairns E, Wilson R. Coping with political violence in Northern Ireland. *Social Science and Medicine*. 1989, 28: 621–624.
- ^{11V} Abenheim L, Dab W, Salmi LR. Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982–1987). *Journal of Clinical Epidemiology*. 1992; 45: 103–109.
- ^V Difede J, Apfeldorf WJ, Cloitre M, Spielman LA. Acute psychiatric responses to the explosion at the World Trade Center: a case series. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1997; 18: 519–522.
- ^{V1} Martín-Baró I. Political violence and war as causes of psychosocial trauma in El Salvador. *International Journal of Mental Health*, 1989; 18: 3–20.
- ^{V11} Eisenbruch M. From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnostic of South-East Asian refugees. *Social Science and Medicine*, 1991; 33: 673–680.



- viii Gorst–Unsworth C, Van Elsen C, Turner SW. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 1998; 172: 90–94.
- ix Creamer M, O'Donnell M. Post-Traumatic Stress Disorder. *Current Opinion in Psychiatry*. 2002; 15: 163–168.
- x Litz B, Gray MJ. Emotional numbing in posttraumatic stress disorder: current and future research directions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2002; 36: 198–204.
- xi McFarlane AC. The nature and longitudinal course of psychological trauma. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1988; 52: S49–S54.
- xii Fay MT, Morrissey M, Smyth M and *The Cost of the Troubles Study. Mapping troubles related deaths in Northern Ireland: 1969–1998*. INCORE. 2nd Edition. Belfast, 1998.
- xiii Parsons T. *The social system*. Glencoe Illinois, The Free Press. 1951.
- xiv Parsons T. *Definitions of health and illness in light of the American values, and social structure*. Pp: 165–187, In E. Gartley Jaco (ed) *Patients, physicians and illness*. New York the Free Press. 1958.
- xv Patrick DL, Bush JW, Chen MM. Toward and operational definition of health. *Journal of health and social behaviour*, 1973. 14: 6–23.
- xvi Ware JE. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 1984; 53.Suppl:2316–2323.
- xvii Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. *J Chron Dis*. 1987; 40: 473–480.
- xviii WHO. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Organización Mundial de la Salud, 2001.
- xix WHO. *World Report on Violence and Health*. Ed: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World Health Organization, 2002.
- xx Pennebaker JW. A social stage model of collective coping: The Persian Gulf War and other natural disasters. *Journal of Social Issues*, 1993; 49: 125–145.
- xxi Davidson JT, Foa EA. Diagnostic issues in post-traumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 100: 346–355.
- xxii Fullilove MT, héon V, Jimenez W, Parsons C, Green LL, Fullilove RE. Injury and anomie: effects of violence on an inner-city community. *American Journal of Public Health*, 1998; 88: 924–927.
- xxiii Fullilove MT. The Psychiatric implications of displacement: contributions from the psychology of place. *American J Psychiatry*. 1996; 153: 1516–1523.
- xxiv Sanders–Phillips K. The ecology of urban violence: its relationships to health promotion behaviours in low income Black and Latino communities. *Am J Health Promotion*, 1996; 10: 308–317.
- xxv Cornelius–Taylor B. *Public Health Research on determinants and health outcomes of urban violence: an overview*. In: *Urban Violence and Health., determinants and management*. Ed: Strohmeier K, Kohler G., Laaser U. WHO Kobe Center. Pub: Lage–Jacobs 2002.
- xxvi Zatzick DF, Kang SM, Müller HG, Russo JE, Rivara FP, Katon W, Jurkovich GJ, Roy–Byrne P. Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 941–946.
- xxvii Speed N, Engdahl BE, Swartz J, Eberly RE. Posttraumatic stress disorder as a consequence of POW experience. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177: 147–153.
- xxviii Kivlin–Boden G, Sundbom E. The relationship between post-traumatic symptoms and life in exile in a clinical group of refugees from the former Yugoslavia. *Acta Psychiatrica Scand*, 2002; 105:461–468.