



# La violencia colectiva: un problema de salud pública pendiente de ser investigado

**Iñaki Markez**

Médico Psiquiatra. CSM de Basauri, Bizkaia.

**Florentino Moreno**

Prof. Titular de Psicología Social.

Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

**Isabel Izarzugaza**

Médica Epidemióloga. Dpto. de Sanidad de Gobierno Vasco.

## Resumen

Se realiza un recorrido sobre las diferentes concepciones en torno a la violencia colectiva, desde las distinciones con el concepto de agresión a las diversas formas de violencia que afectan a nuestros ámbitos sociales o la asociación al hecho traumático. Así mismo se ha aportado una aproximación al conocimiento en cifras de las personas afectadas como víctimas, directas o indirectas. Finalmente se señalan algunos instrumentos para el estudio de la Violencia colectiva en la población general y entre aquellas personas que la han sufrido de cerca.

## Palabras clave

Violencia, violencia colectiva, víctimas, victimización, instrumentos para el estudio.

Pese a que existe una abundante bibliografía en torno a la violencia colectiva, no todos los investigadores están de acuerdo en su descripción, y no únicamente por el trasfondo ideológico del adjetivo “colectivo”, tampoco hay unanimidad en los aspectos esenciales que definen la idea de violencia y agresión.

## Violencia versus Agresión

Aunque lo habitual es que se utilicen como sinónimos, las definiciones de violencia y agresión son numerosas y no siempre responden a una idea unificada del fenómeno que se pretende describir. En la mayor parte de las definiciones, tanto de violencia como de agresión, se combinan dos ideas básicas. Por un lado, la conducta o acción que ocasiona el daño o herida, es decir el acto violento en sí; y por otro los componentes subjetivos de la acción, especialmente la intención del agresor y la interpretación que hace la víctima del daño sufrido.

Atendiendo a lo que ya es tradición en la Psicología Social (Martín-Baró, 1983) y a la raíz



etimológica de los términos, consideramos muy clarificador entender por violencia el exceso de fuerza en las cosas o las personas, es decir, los hechos que sacan de su “estado natural” a la gente, sean sucesos intencionales, naturales o accidentales); y entender por agresión el hecho violento al que se le atribuye la intención de causar daño, o simplemente de forzar a la persona a actuar en una línea no deseada.

Hay cientos de actos en los que se aplica un exceso de fuerza, y que son considerados lícitos, correctos y necesarios (empujar a un niño que va a ser atropellado, sacar una muela, abandonar la casa materna, etc). Pero la mayor parte de actos violentos son considerados como no necesarios por quienes los sufren y se interpretan como algo negativo atribuible a la voluntad de quien aplica la fuerza. En estos casos hablamos de agresión: empujar violentamente a un niño cuando nos pregunta insistentemente algo, sacar una muela en una sesión de tortura o abandonar a su suerte a unos padres enfermos y desvalidos. (Moreno, 2001)

Podemos distinguir entre violencia y agresión, incorporando a este último concepto la intención, pero en la práctica es complejo dilucidar el grado de voluntad de dañar del agresor, o la objetividad de la interpretación que del acto violento hace la víctima. El agresor justifica su acción eliminando el factor volitivo (“lo hice sin querer”, “fue un arrebato” en los casos de violencia interpersonal) o (“fue en defensa propia”, “se trata de una reacción contra la opresión”, “cumplía con mi deber”, etc en la violencia colectiva); y el agredido tiende a responsabilizar a quien le causó daño (pudo haberlo evitado, lo hizo con intención, responde a una motivación política, etc). Es tan importante el componente intencional, que buena parte del sistema jurídico está orientado a analizar e interpretar las intenciones y, a partir de la interpretación de las mismas, aplicar la pena que el agresor merece. Un mismo acto violento, incluso el que tenga por resultado la

muerte, es interpretado de muy diversas formas en función de las circunstancias en las que se dé y de las intenciones atribuidas al agresor: premeditación, alevosía, defensa propia, acto de servicio, crimen pasional, socialización del sufrimiento, venganza,....., la descripción de las circunstancias e intenciones acarrearán no sólo consecuencias legales, también afectará a la recuperación de las víctimas, podrá incentivar al agresor a volver a agredir, etc. (Moreno, 2001).

En los casos de violencia política el componente intencional de la conducta agresiva se magnifica ya que todo acto violento (con independencia de la motivación real) se tiende a interpretar en función del bando al que pertenecen agresor y víctima. Se suele afirmar que la violencia colectiva es siempre una forma de agresión instrumental “para empujar una agenda política” (OMS, 2002), pero es evidente que no siempre existe una relación de causalidad en muchos episodios de violencia colectiva. No siempre se desarrollan “para empujar una agenda política”, más bien lo que sucede es que el clima de polarización empuja a los protagonistas a interpretar y orientar los episodios violentos “espontáneos” o explicables por otras variables (excitación, calor, hacinamiento, disputas por controles económicos, riñas pasionales, envidias, frustraciones, etc) y darles un sentido político que refuerza la identidad de los agresores y los vincula más estrechamente a uno de los bandos. Se ha constatado que el mero conflicto aumenta la solidaridad o cohesión en el interior de cada grupo. La percepción mutua desfavorable y las interacciones hostiles se efectúan en espejo, desatando una escalada de conflictos. Según se va desarrollando el conflicto, la comunicación entre ambos grupos disminuye, la afectividad de la comunicación es cada vez más hostil y la comunicación tiende a distorsionarse y un contenido neutro tiende a ser percibido como hostil. Así, cualquier hecho violento tiende a ser interpretado como parte de una agresión de carácter colectivo.



## Violencia colectiva o violencia política

En 1996, la asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública susceptible de estudio e intervención. 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 es la siguiente: “el uso instrumental de la violencia por gente que se identifica a sí 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” (OMS, 2002). El uso que en la OMS se hace del concepto de violencia colectiva es estudiadamente ambiguo. Cualquier forma de violencia en la que intervenga más de una persona por bando podría entenderse como “violencia colectiva”: una reyerta entre dos familias campesinas por un problema en las lindes de sus predios (objetivos económicos) una pelea entre dos peñas futbolísticas rivales, una guerra convencional, etc.

Al definir la violencia colectiva de tipo social como la violencia grupal organizada cuyos objetivos son hacer avanzar una agenda política particular, la OMS pone ejemplos que difieren en sus motivaciones concretas pero que tienen en común la voluntad de obtener fines para los grupos organizados, ya se trate de acciones terroristas, de rebelión armada o de disturbios callejeros organizados. Así, la violencia política incluye la guerra, los conflictos

violentos, los terrorismos y violencias de estado, llevados a cabo por grupos institucionales (OMS, 2002).

La mayor parte de conductas grupales de agresión, que implican el daño físico hacia otros se pueden concebir como violencia colectiva. El ejemplo más extremo sería la guerra, definida como un conflicto social, entre comunidades políticas autónomas (p.e. entre naciones o regiones), que implica el uso organizado de la fuerza, utilizando armas, orientadas a eliminar al enemigo voluntariamente (Fry, 1998; Sponsel, 1998).

Otra de las formas más relevantes de la violencia colectiva es el terrorismo. Existen diversas formas de definirlo. Si como decíamos anteriormente existen dificultades a la hora de ponerse de acuerdo sobre la idea de violencia, conseguir un consenso conceptual del término terrorismo resulta mucho más complejo. La forma más habitual de describir el terrorismo es compararlo con la práctica convencional de la guerra. Por ejemplo Halliday afirma que “el terrorismo se genera por la acción armada contra civiles no combatientes (asesinatos de mujeres, niños y ancianos) o contra combatientes desarmados (prisioneros), que rompe las normas o reglas convencionales generales a todas las culturas de la guerra, del estilo de la Convención de Ginebra y sus dos postulados adicionales de 1977” (Halliday, 2004). Se trata de actos de violencia con contenido simbólico orientados a influir en las decisiones de determinados actores políticos, buscando provocar reacciones emocionales. Con definiciones genéricas de este tipo el concepto suele ser utilizado en todos los enfrentamientos atribuyendo la etiqueta terrorista a cualquier acción del enemigo. Una posible solución al problema de su conceptualización consiste en definir el terrorismo según las características que permitan identificar a los propios actos terroristas, con independencia de quiénes puedan ser sus autores o cuál sea la causa final que los anime a ejercer el terror. De acuerdo con este tipo de aproximación, podríamos afirmar que para



definir una acción como terrorista esta debe cumplir al menos dos condiciones indispensables: 1) que implique el uso premeditado la violencia manifiesta sobre ciertos objetos o personas y 2) que esa violencia no tenga un objetivo finalista sino ejemplificador, es decir que lo que busque la agresión sea un efecto que exceda los daños sufridos por las víctimas directas, multiplicando su eficacia a través de la sensación de inseguridad, ansiedad, miedo o pánico, es decir, a través del terror que provoca. (De la Corte, Sabucedo y Moreno, 2004)

### Hecho traumático

La violencia colectiva se asocia intrínsecamente a la aparición de hechos traumáticos de origen humano, que afectan a colectividades. Los hechos traumáticos tienen una serie de características. Las personas se han visto afectadas o han sido testigos de hechos extremos que se asocian a la amenaza vital (muerte real o potencial y amenaza a la integridad física de sí mismo u otros). La confrontación con hechos amenazantes a la integridad física de sí mismo u otros, que induce vivencias de miedo, horror e indefensión, se considera como exposición a un estresor provocador de TEPT (Síndrome o Trastorno de Estrés Post-Traumático).

Los estudios de victimización que evalúan la frecuencia de delitos violentos mediante encuestas representativas, muestran que el haber sufrido actos violentos potencialmente traumáticos es relativamente usual incluso en ciudades consideradas poco problemáticas. Anualmente entre el 5% y 20% de los ciudadanos sufren asaltos a mano armada y entre el 1 y el 7% agresiones interpersonales (Páez, 2004). En Madrid, España las cifras eran de 5,4% de asalto armado y 2,6 de agresión violenta (Moreno, 1999).

Las guerras, los disturbios civiles, y el terrorismo provocan muertes y violencias, heridas, violaciones y daños masivos a propiedades. Los hechos traumáticos causados por acciones

humanas que afectan a colectivos y que tienen su origen en la vida sociopolítica, además de pérdidas humanas y materiales, provocan un trauma moral e ideológico, a través de desacuerdos, conflictos y censuras. Martín-Baró utiliza el término de trauma psicosocial para enfatizar el carácter dialéctico de la herida causada en las personas por las vivencias traumáticas. Las circunstancias post-trauma tienen un peso decisivo en la mitigación o cronificación de los síntomas. Los traumas que afectan a una colectividad, sustentados en un determinado tipo de relaciones sociales, que a su vez mantienen la prevalencia de hechos traumáticos, provocan efectos psicosociales globales (Martín-Baró, 1988, 1990). Estos traumas tienen unos efectos colectivos, no reducibles al impacto individual que sufre cada persona.

### Epidemiología de una realidad: afectados y víctimas

¿De qué víctimas hablamos?. En estudios sobre catástrofes (Oliver-Smith, 1996), sobre violencia y traumas (Baca y Cabanas, 2003; Echeburúa, 2004) se diferencian los siguientes tipos de víctimas o afectados —que creemos se pueden generalizar a los afectados por violencia colectiva:

- A) Las **víctimas físicas directas** o **afectados primarios**, es decir, las personas afectadas directamente por la agresión o hecho traumático. Al margen del daño físico, la amenaza a la propia vida o a la integridad, así como la percepción del daño como intencionado y dirigido hacia el propio sujeto, genera un impacto psicológico negativo. Existe consenso para considerar víctimas directas a las personas que han sufrido directamente la violencia, falleciendo o resultando heridas como consecuencia de ella. También los supervivientes de hechos violentos y los familiares en primer grado (compañeros íntimos incluidos) de víctimas de episodios de violencia colectiva. El profesor Enrique Echeburúa, presidente de la Sociedad Vasca



de Victimología señalaba: “hay que definir con precisión qué es una víctima: un ser humano que sufre como consecuencia del daño provocado por otro ser humano (...) No hay que confundir víctima con victimismo: en la víctima hay un componente objetivo —la pérdida— y otro subjetivo —el malestar emocional— que le interfiere en su calidad de vida” (El Diario Vasco, 1-12-05).

En el ámbito estatal conocemos cifras de muertos y heridos, con algunas variaciones según la procedencia. Se estima que en las últimas cuatro décadas se han producido hasta 1.221 víctimas mortales atribuidas a grupos como ETA, ETA (pm), GRAPO, Batallón Vasco Español, GAL, Triple A y otros grupos; aunque no todas han sido reconocidas. Víctimas directas serían los 192 muertos y alrededor de 2000 heridos del 11-M por ejemplo. En el caso que más nos preocupa se estiman entre 761 y 836 víctimas mortales producidas por ETA, CCAA, GRAPO y similares entre 1968 y 2004; 70-85 víctimas de paramilitares (42 Batallón Vasco Español, Triple A y similares, 28 GAL) entre 1968 y 1987. Desde que comenzara el fenómeno terrorista hasta 1982, cerca de 90 personas murieron a manos de las Fuerzas de Seguridad en controles de tráfico, manifestaciones o dependencias policiales. Cincuenta y cinco personas fueron secuestradas por grupos terroristas, de las cuales 12 murieron a manos de sus secuestradores.

Finalmente se pueden agregar los 113 miembros de ETA y otros grupos muertos en enfrentamientos armados o en la preparación de acciones de violencia colectiva entre 1968 y 2003.

Es decir, alrededor de mil doscientas setenta víctimas mortales. Aproximadamente un

63 % atribuidos a ETA y a grupos similares, un 15% al terrorismo islámico, un 7% a las fuerzas de seguridad, un 6% a grupos paramilitares y un 9% muertos en la preparación o desarrollo de las acciones armadas. (Ormazabal, 2003, 2006; Larizgoitia, 2006; Baca y Cabanas, 2003).

A estas cifras de muertes podrían sumarse los suicidios y fallecimientos más o menos accidentales de personas estrechamente afectadas por la actividad armada, ya sea presos condenados por terrorismo o agentes de los cuerpos de seguridad, muertes que en muchas ocasiones los allegados relacionan directamente con el clima de violencia vivido.

La información sobre heridos es aún muy confusa. El número de heridos relacionados con la violencia colectiva en las últimas cuatro décadas es difícil de estimar. El cálculo realizado por Ormazabal (2003) a partir de diversas fuentes supera las seis mil personas tomando en consideración quienes sufrieron heridas en atentados y quienes fueron heridos en enfrentamientos con la policía, en manifestaciones, etc, especialmente desde finales de los años 60 hasta 1981. De los más de seis mil heridos calculados, aproximadamente el 46% es atribuido a ETA, un 50% a las fuerzas de seguridad y un 4% a fuerzas paramilitares. A destacar que sólo un 3,5% del total de heridos de consideración por las fuerzas de seguridad lo son por arma de fuego. Además los

**Tabla 1. Víctimas mortales 1968–2003**

	N mínimo	N máximo	N media	%
<b>ETA y otros</b>	761	836	<b>798,5</b>	(63%)
<b>GAL.....</b>	70	85	<b>77,5</b>	( 6%)
<b>FSE.....</b>	90	90	<b>90</b>	( 7%)
<b>Gr. Islams.</b>	192	192	<b>192</b>	(15%)
<b>Activistas.</b>	<u>113</u>	<u>113</u>	<b>113</b>	( 9%)
<b>TOTAL.....</b>	1.226	1.316	<b>1.271</b>	100%



muertos y heridos por éstas tienden a desaparecer a fines de los 80. Lo que no desaparece según algunas fuentes, es un problema de malos tratos y torturas, como manifiesta Amnistía Internacional (AI) (El País, 27 de Mayo del 2004).

La estimación de torturados realizada por AI y los Informes de los Relatores de NN.UU., es de 4.870 hasta 1999. Las denuncias de tortura entre 1977 y 2002 serían más de 5.300, aunque una gran parte de ellas han sido cuestionadas oficialmente (Ormazabal, 2003). Un estudio por encuesta de Ruiz de Olabuenaga sobre mil doscientos jóvenes entre 15 y 29 años estima a partir de la pregunta "A usted o a su familia íntima, a un hermano o a sus padres, le han torturado" llega a una estimación similar -entre 5000 y 6000 personas-, alrededor del 1% de la población (Alonso, 2004). Otro grupo de víctimas directas que se deberían agregar es el de las personas escoltadas que han recibido amenazas directas o por el cargo que ocupan, se estiman en dos mil personas.

#### B) Las **víctimas secundarias o indirectas**

son aquellas personas traumatizadas por las condiciones físicas y socioculturales después del impacto, que han sido testigos directos de la agresión y han sido afectados personalmente. En esta categoría se incluyen a los familiares y personas cercanas a las víctimas primarias de actos de violencia colectiva como el 11-M. en Madrid o el 11-S en Estados Unidos. En estos casos, en los que el ataque proviene de un grupo ajeno y externo, la manifestación del dolor; la autoidentificación como víctima es evidente y todos los estudios basados en encuestas tienden a mostrar un alto porcentaje de la población victimizada. Sin embargo en los casos en los que la violencia colectiva se da en una comunidad en la que un porcentaje significativo la justifica y se debe convivir en un clima de alta polarización, la identificación como víctima indirecta es mucho más difícil de detectar en

estudios basados en cuestionarios, pues el etiquetado que implica identificarse como familiar de una víctima directa, puede condicionar la vida cotidiana de la persona que hace esa manifestación de cercanía.

La cuantificación de este grupo de víctimas es una labor mucho más compleja, no sólo por la dificultad de objetivar el grado de afectación y el tiempo de duración de ese efecto. También hay otros factores que hacen difícil aventurar un número aproximado de víctimas. Por ejemplo la observación directa de un mismo acto violento puede pasar desapercibida para unos y ser relevante para otros, dependiendo por ejemplo de si la víctima de la acción violenta es considerada afín al observador o lo contrario. Otro de los problemas es que el vínculo familiar con la víctima directa no se puede extrapolar de forma mecánica indicando un número aproximado de víctimas indirectas por cada víctima directa, hay diversos tipos de víctimas y distintos tipos de vínculos familiares que pueden generar o no grados de victimización secundaria.

Pese a estas dificultades podemos hacer algunas aproximaciones a partir de datos diversos. Por ejemplo se podrían estimar unas 5300 personas como víctimas secundarias a partir del siguiente dato: Un total de 5250 peticiones de resarcimiento se habían pedido por los familiares de las 1047 víctimas reconocidas de ETA, GRAPO y GAL (El País, 2001, 23 de Abril, pp.18 en Martín Beristain y Páez, 2001). La AVT contabiliza a 8 mil familiares de víctimas, entre ellos 3-4 mil niños (El Correo, 2 de Diciembre del 2001, Suplemento, pp.1-3 en Martín Beristain y Páez, 2001). Si tomáramos como referencia esta proporción (8000/1047) tentativa de unas ocho víctimas indirectas por cada víctima directa y sumáramos las víctimas directas enumeradas en el apartado anterior incluyendo los más de 1200 muertos, 6000 heridos, etc, la cifra superaría



ampliamente las 110.000 víctimas indirectas. Se trata de un cálculo tentativo ya que se unifican niveles muy heterogéneos de violencia y de víctimas directas.

b1 Las **víctimas indirectas** o **secundarias de “ingreso”** (voluntarios y agentes de ayuda, que sufren del estrés psicosocial y de las condiciones físicas post-catástrofes) correspondientes a bomberos, personal de ambulancias, policías y sanitarios del 11-M o a las personas que estaban cerca profesionalmente de las más de mil víctimas mortales y tres mil heridos graves por la violencia colectiva en el País Vasco y el conjunto de España.

b2 Las **víctimas indirectas** o **afectados contextuales** son aquellas personas traumatizadas por las condiciones físicas y socioculturales después del impacto, que han sido testigos directos de la agresión sin haber sido afectados personalmente. Estas víctimas contextuales, vicarias o periféricas (no residentes en el área del hecho traumático que han sufrido pérdidas en un sentido general o vivencian vicariamente la situación de violencia colectiva cuando se producen casos que evocan sus pérdidas en hechos anteriores de violencia (Oliver-Smith, 1996; Martín Beristain y Páez, 2000; Ormazabal, 2003). En esta categoría se incluirían también las personas que se han sentido psicológicamente afectadas por la gravedad del hecho, sin que hayan tenido pérdidas ni amenazas directas como los miles de ciudadanos que se vieron muy afectados por los atentados del 11-M (Moreno, 2004). Aquí se integrarían también las personas amenazadas indirectamente, estimadas en 42 mil por Gesto por la Paz en la Comunidad Autónoma del País Vasco (Ormazabal, 2003). En el caso de Madrid el 11-M y de Nueva York el 11-S, un sexto de la población conocía alguna víctima de la violencia colectiva, lo que explica que la mitad de la población de Madrid mostrara

síntomas depresivos o de estrés agudo, según un estudio sobre una muestra de 1179 residentes en esta ciudad realizado dos semanas después de los sucesos.

Un estudio exploratorio con estudiantes, realizado en la semana posterior al 11-M, encontró que un 5 % informó de haber vivenciado o presenciado en los últimos 25 años acciones de violencia colectiva (cometidas por ETA y GRAPO) y un 15% informó que lo habían vivenciado o presenciado personas cercanas. (Páez, 2004). Estos porcentajes eran más elevados en la CAPV: 5,6 y 17% frente a un 1% y 11% respectivamente en Barcelona, o un 2% y 16% en Madrid. Este último resultado responde a la cercanía y masividad del 11-M. Haber presenciado o vivenciado una explosión de bomba lo habían vivido un 4% y un 14% una persona cercana. Finalmente, informaban de haber vivenciado o presenciado personalmente actos de violencia por las fuerzas de seguridad un 14% y un 33% presenciar actos sobre personas cercanas.

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 marcado el comienzo de un nuevo discurso sobre la violencia, cuyo alcance aún es difícil de precisar. A pesar de la disminución cuantitativa de la violencia colectiva interna en los últimos tiempos, 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. Y aunque su impacto en dinámicas colectivas, sociales y políticas es altamente significativo, aún no se ha producido un posicionamiento claro sobre el



papel de la salud pública en el estudio y abordaje de la violencia.

## Violencia colectiva de tiempo atrás

La violencia política es un tipo de violencia colectiva que persigue la imposición de una agenda política mediante la agresión a personas o colectivos de una comunidad. El hecho de mayor trascendencia asociado a la violencia es indudablemente la mortalidad y el aspecto más fácilmente observable son las lesiones por causas externas (agresiones directas). El impacto emocional de la violencia excede el ámbito directo de sus víctimas. Las alteraciones emocionales producidas ante un hecho violento pueden sucederse entre testigos presenciales de la violencia, entre quienes prestan auxilio, o incluso entre los familiares y allegados de las víctimas directas. Pese a que no hayan sufrido directamente el hecho violento, son como decíamos anteriormente "víctimas secundarias. A los efectos en la salud, la violencia colectiva añade otros efectos psicosociales que no son reducibles al impacto individual. La victimización secundaria por rememoración o sensibilización es especialmente importante. Además, la violencia colectiva puede instaurar un clima emocional de miedo, ansiedad e inseguridad; producir mayor aislamiento y menor confianza social e institucional. El trauma psicosocial expresa la cristalización en individuos de relaciones sociales basadas en la violencia, la polarización social y las creencias estereotipadas. La desesperanza, la desconexión cognitiva (atención, lenguaje, percepción,...), las conductas evitativas, el abuso de sustancias tóxicas, etc, son frecuentes en estos casos. Los niños y adolescentes pueden verse atrapados en un discurso legitimador de la violencia, quizá también protegidos psicológicamente (Fernández, Ayllón y Moreno, 2003). Precisamente, la principal fuente de resistencia al trauma está en la solidez del tejido social de los supervivientes, y en su convicción ideológica. El clima social dominado por el miedo, el odio y la ansiedad, el trauma psicosocial, la pérdida de autoestima, la

desesperanza, y la sensación de injusticia de las víctimas pueden facilitar la perpetuación de la violencia.

Entre las alteraciones que produce la violencia colectiva sobre la salud de sus víctimas destacan, además de la muerte, un conjunto de alteraciones derivadas de las lesiones corporales y psicológicas provocadas por la violencia. Además del espectro de alteraciones corporales directamente producidas por la violencia, se pueden agravar problemas preexistentes, como hipertensión por ejemplo, o inducir nuevas situaciones mórbidas, como por ejemplo alteraciones reproductivas. Con mucha frecuencia, entre 30% a 60% según algunos estudios (De Jong, Komproe y Ommeren, 2003), se observan alteraciones psicológicas entre las víctimas de la violencia. Entre estas se pueden observar distimia y síndromes depresivos, y un abanico de desórdenes de ansiedad y somatoformes (somatizaciones, hipocondrías etc). No es infrecuente que se produzcan síntomas depresivos y de ansiedad al mismo tiempo. El síndrome de estrés post-traumático (SEPT) es un complejo sintomatológico, que puede aparecer a partir de la exposición a un acontecimiento traumático que, por lo general, se encuentra fuera del marco normal de la experiencia humana. Su prevalencia en la población general varía entre 1 y 14%, mientras que en sujetos a riesgo (prisioneros de guerra, refugiados) puede oscilar entre 3% y 58% (APA, 1994). Se caracteriza por respuesta de alarma exagerada, hipervigilancia e hiper-reactividad fisiológica, junto a conductas de evitación y reducción de la sensibilidad ante el mundo exterior. Es frecuente observar simultáneamente cuadros de SEPT, depresión y ansiedad (Groenjian et al, 2000). Se han observado porcentajes de concurrencia de SEPT y depresión entre 30% y 50%, y el riesgo de que se den de manera simultánea a lo largo de la vida está entre el 50% y 95% (Shalev et al, 1998).

La violencia colectiva puede incidir además en las relaciones sociales de sus víctimas. Los traumas que afectan a una colectividad





sustentada en determinado tipo de relaciones sociales, provocan efectos psico-sociales globales, los cuales no son reducibles al impacto individual que sufre cada persona (Martín-Baro, 1990). Los traumas sociopolíticos inducen extrema ansiedad, desorientación, desesperanza y desmoralización en la población directa o indirectamente afectada (Crenshaw, 2004). Instauran un clima emocional de miedo, ansiedad e inseguridad (De Rivera, 1992). Son frecuentes, formas de afrontamiento inadaptativas, como conductas de evitación y abandono o desconexión cognitiva y conductual. Así se produce un mayor aislamiento social, des-cohesión grupal y menor solidaridad. También se observa pérdida de confianza social e institucional y el mundo se percibe con menos sentido, menos controlable y más injusto (Páez, 2004).

El impacto es más fuerte a mayor cercanía física, temporal y psicológica de los hechos de violencia colectiva. Ahora bien, el apoyo social interpersonal y el contexto social tienen un papel importante en la modulación de estos efectos; así como la capacidad de afrontamiento del individuo, y sus creencias básicas sobre el mundo y sobre el clima social (Páez et al, 1997). Así se ha encontrado que personas víctimas y supervivientes de violencia colectiva en contextos de apoyo y atribución de significado positivo del hecho violento (ej. soldados de guerras victoriosas o "legítimas") mantienen un buen funcionamiento psico-social. Por otro lado, es frecuente que las personas afronten los hechos traumáticos mediante la reconstrucción y re-elaboración positiva de lo ocurrido, su aceptación no desesperanzada y formas de actividad social que ayudan a reconstruir una imagen positiva del sujeto, y reorganizan las creencias y valores sociales constructivamente.

Conocemos cifras pero muy poco del impacto sobre la salud y menos aun de las repercusiones a largo plazo en la salud mental. Un estudio reciente señala que casi un 40% de víctimas primarias de atentados en España están con riesgo de presentar alguna enferme-

dad psiquiátrica: insomnio, conductas de evitación, depresión, ansiedad, trastornos emocionales, o los mencionados trastornos de estrés postraumático. Un estudio realizado entre 434 miembros de la AVT utilizando el GHQ-28 indicaba que un 60,8% de los participantes estaba por encima del punto de corte a partir del cual se podría considerarse la probabilidad de ser un caso psiquiátrico, entendida como la probabilidad de presentar un trastorno clínicamente definido y, por tanto, necesitar potencialmente asistencia psicológico-psiquiátrica (Baca y Cabanas, 1997). Se sabe, por estudios en otros países, de los efectos de la socialización del sufrimiento: la cronificación de enfermedades mentales severas. Por ello, es más sorprendente la escasez de estudios sobre el impacto sobre las víctimas directas y, también, sobre la población general. Tímidamente se ha comenzado a contabilizar el coste humano de este tipo de violencia aunque, no obstante, el análisis de la violencia política desde otra perspectiva distinta al discurso político, sociológico, jurídico o policial continua siendo difícil.

Sólo recientemente se está comenzando a percibir que la violencia, a pesar de que responde a determinantes que exceden el ámbito estrictamente sanitario, también es un problema de salud pública, responsable de muerte y de carga de enfermedad evitables. La interpretación de la violencia como problema de salud pública está sin duda sujeto a matices. No resulta evidente comprender cuál será el valor añadido de las acciones de salud pública en la búsqueda de soluciones. Es probable que las respuestas a este interrogante vayan surgiendo del debate, estudio y trabajo de los profesionales y grupos interesados en la solución de este problema.

Nos atreveríamos a decir que la existencia de la violencia y una cierta "cultura emocional" conforman una peligrosa epidemia incompatible con los usos democráticos; y en la medida en que esta contradicción se haga evidente en nuestra sociedad, la violencia comenzaría a



poder percibirse y a desvelarse como el problema que es para la salud y dignidad de sus víctimas; incluyendo, tal vez, las de aquellas víctimas convertidas coyunturalmente en victimarios.

## Instrumentos para el Estudio de la violencia colectiva

En todos los estudios en los que se pretende analizar la exposición a hechos traumáticos se suelen utilizar escalas de victimización diseñadas en función de determinados criterios orientadores.

### a) Victimización psicosocial y actitudes

- Los estudios psicosociológicos sobre actitudes incorporan muy a menudo escalas de victimización más o menos extensas con el fin de cruzar las valoraciones actitudinales de los entrevistados con su nivel de victimización. Estos estudios incorporan preguntas sobre victimización centradas en el tipo de violencia que se pretende analizar (familiar, comunitaria, carcelaria, etc) ya sea para establecer correlaciones entre victimización y actitud o que apunten a la clásica influencia de las actitudes en el mantenimiento o intensificación de determinadas conductas violentas (por ejemplo la cultura del honor analizada por Cohen y Nisbett (1994).

El estudio ACTIVA-OPS es un buen ejemplo de este tipo de estrategias. En esta amplia investigación con más de 11.000 sujetos en ocho países de América y España se combinaron las preguntas relacionadas con el modo en el que se sufre y se ejerce la violencia en los distintos ámbitos en los que ésta se expresa: en la pareja, hacia los hijos, con desconocidos, violencia estatal, etc. Junto a estos datos de victimización se evaluaban normas culturales y actitudes asociadas al uso de la violencia y se establecían análisis comparativos sugerentes sobre las relaciones entre actitudes y violencia

recibida y ejercida. (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

### b) Victimización y trastornos psicológicos

Existe gran cantidad de instrumentos de victimización vinculados al Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Las investigaciones sobre trastornos derivados de acontecimientos traumáticos elaboran escalas en las que se definen hechos y piden a los entrevistados que recuerden si los han sufrido, cómo se han sentido posteriormente, si lo han rememorado, si su recuerdo les ha condicionado, etc, esto es indagando sobre la conocida sintomatología del TEPT.

Hay varias páginas en Internet que describen y posibilitan el acceso directo a estas escalas de exposición al trauma. Tal vez la más completa de todas las que están basadas en el modelo TEPT/PTSD sea la del National Center for PTSD del Department of Veterans Affairs que recoge ordenadamente distintas escalas de medida y las direcciones concretas en las que obtenerlas (National Center for PTSD, 2004).

- Hay otras páginas con las escalas directamente colgadas en red acompañadas de detalles técnicos y publicaciones en las que se explican formas de aplicación e investigaciones en las que se han utilizado. La mayor parte de escalas basadas en el TEPT/PTSD se orientan a la detección de los síntomas especificados en el DSM-IV y por tanto suelen concretar su foco de atención en un hecho traumático identificable (el I-I-S en EEUU, el I-I-M en Madrid, accidentes de tráfico, etc).

La centralidad del PTSD/TEPT ha sido un importante condicionante en algunos modelos teóricos. El declive del uso de concepto "trauma psíquico" en salud mental coincidió con la eclosión del modelo del "trastorno de estrés postraumático (TEPT) incluido en 1980 como trastorno de ansie-



dad dentro de los criterios diagnósticos de los trastornos mentales (DSM-III) y remodelado en el DSM-IV y posteriores ediciones del catálogo de la American Psychiatric Association (1994, 2000). Desde entonces la presencia del modelo del TEPT es tan poderosa que no sólo ha modificado de forma sustancial la vieja concepción del trauma psíquico, sino que ha afectado a todo el sistema asistencial y legal vinculado a las víctimas de hechos violentos (Moreno, 2004).

Una de las más citadas, es la escala de F. H. Norris (1990). Para cada uno de los eventos traumáticos de la escala Norris introduce un conjunto de preguntas: Número de víctimas del incidente, valor económico de las pérdidas, heridas recibidas, Percepción de peligro de muerte, Atribución de responsabilidad (a otras personas, al propio sujeto, al azar), fecha del incidente, Breve descripción, Antecedentes similares, Reexperimentación, Rumiación, Pesadillas asociadas al evento, Evitación de situaciones vinculadas al evento.

La dificultad de este tipo de escalas para realizar investigaciones sobre violencia colectiva estriba en que el modelo PTSD vincula acontecimiento específico con síntomas. En una situación de violencia continuada durante más de 30 años con periodos de muy baja actividad con resultados de muerte (como el que se vive en la actualidad) combinados con otros de actividad intensa, la escala es poco operativa. Esto ha llevado a algunos investigadores a elaborar escalas mucho más abiertas (centradas en la historia de victimización del sujeto) como la diseñada por Stamm, Rudolph y colaboradores (1996) Una estrategia mucho más abierta pero más imprecisa al combinar todo tipo de eventos traumáticos de la vida infantil y adulta.

Otra de las estrategias de medición de los efectos sobre la salud mental de la violencia

colectiva es la utilización de escalas normalizadas de cribado como el GHQ (Goldberg y Williams, 2001) para diferenciar tanto en la población general como en las víctimas, el nivel de afectación sobre la salud de determinadas poblaciones en momentos concretos. La utilización de este instrumento y otros similares puede ser de gran utilidad para desarrollar investigaciones que permitan confirmar o desmentir ciertas hipótesis sobre la relación entre la vivencia de la violencia y el desarrollo del trastorno mental.

### c) **Victimización vinculada a la cultura**

La medida de la conflictividad acudiendo a indicadores de violencia se ha hecho también en el plano de la comparación intercultural. Los estudios de Marc Ross (1995) son un buen ejemplo de análisis comparativo. Ross y su equipo parten de la Muestra Estandar Internacional (MEI) de sociedades preindustriales elaborada por Murdock y White (1969) en la que se recogían datos de 186 sociedades de distintas partes del mundo (África, Riberas del Mediterráneo, Eurasia Oriental, Pacífico Insular y América del Norte y del Sur) con una gran variabilidad en cuanto a tamaño, tipo de subsistencia, niveles de soberanía, tamaño de la población local, diferenciación del rol político, fijeza del enclave e intensidad del cultivo agrícola. A partir de los datos de la MEI que recogen un gran número de variables de diversas fuentes, Ross y su equipo operativizaron los registros y cuantificaron las observaciones para describir y medir la conflictividad de las distintas sociedades en tres niveles: conflictos entre la gente de una misma comunidad, entre la gente de diferentes comunidades y entre diferentes sociedades. Finalmente las variables dependientes críticas son la conflictividad interna y la conflictividad externa. Los indicadores son muy diversos: fuerza física, cumplimiento de normas y decisio-



nes comunitarias, guerras intestinas, guerras externas, hostilidad hacia otras sociedades, formas de manejo del conflicto, etc. El procedimiento metodológico que utiliza puede ser discutible desde el punto de vista técnico, tanto por la codificación de las observaciones (que proceden de informes de misioneros, entrevistas, etc.) que los investigadores debían ajustar a escalas de tipo ordinal (del tipo poco, bastante, mucho...); como por el paso de los registros así obtenidos a escalas estandarizadas y ponderadas.

Pese a los problemas que supone un acercamiento antropológico, conviene no perder de vista desde la salud pública la importancia que la cultura ejerce en la concreción y manifestación de los problemas de salud mental (Ibáñez, Díaz y Moreno, 1999).

### **Idoneidad de los instrumentos para la investigación**

El estudio de las actitudes, los efectos psicopatológicos y las modificaciones culturales asociadas a la violencia colectiva son tres de las formas de evaluar el impacto que genera esta forma de agresión. Cada uno de los procedimientos puede ser utilizado dependiendo del propósito concreto de cada estudio. Cuando los acontecimientos de violencia colectiva son casos más o menos aislados y muy impactantes en una situación de relativa estabilidad, como sucedió en los atentados del 11-S y del 11-M, el interés se suele centrar en los efectos sobre la salud mental de las víctimas a través de las manifestaciones psicopatológicas que exigen la actuación de los servicios de salud (¿hasta cuándo mantener los dispositivos especiales? ¿Cómo evaluar los efectos de los tratamientos?, etc). En los casos de violencia colectiva mantenida en el tiempo el interés de las investigaciones, además de la atención directa a víctimas recientes, suele ampliarse a las perspectivas de recuperación colectiva de la violencia, por lo que el análisis de las actitudes suele ser

utilizado como elemento básico en la recuperación a largo plazo y como posible termómetro de la posibilidad real de reconciliación. Así la persistencia de manifestaciones objetivables de trastorno mental en las víctimas una vez pasados los primeros años desde la pérdida, puede ser debida, entre otras razones a la percepción de amenaza, a la sensación de abandono, a la falta de reconocimiento colectivo del daño recibido o al convencimiento de que en cualquier momento se puede volver a repetir el hecho traumático. En estos casos de violencia colectiva irresuelta, especialmente en conflictos civiles, el análisis de la salud mental de la población directa o indirectamente afectada por la violencia política, va más allá de la mera atención individual de los trastornos derivados de hechos concretos, que pueden estar alejados en el tiempo. La metodología a utilizar tanto en la investigación como en la atención a las víctimas no debe olvidar la significación que puede tener la actuación de los profesionales de la salud.

### **Asistencia que incluya la salud pública**

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.

La red de factores que explicarían el desencadenamiento y reproducción de la violencia es



ciertamente compleja. Su adecuada comprensión requiere de modelos teóricos que excedan el ámbito disciplinario tradicional de la salud pública. Su abordaje efectivo, también. No obstante, su transmisión, manifestaciones y efectos siguen ciertas reglas, algunas de las cuales han sido estudiadas desde otros ámbitos de conocimiento. Es, en definitiva, un sujeto susceptible de estudio científico, al que la epidemiología podría aportar métodos y modelos explicativos complementarios que faciliten su comprensión. Es, sobre todo, una causa importante de sufrimiento, morbilidad y muerte, y como tal, puede ser también un objeto de intervención desde la salud pública, a la vez que social. De hecho, la OMS reconoce el papel de las estructuras de salud pública en el abordaje de la violencia, e insta a emprender medidas que aborden este problema mediante su caracterización y evaluación de su impacto, y

mediante la adopción de intervenciones dirigidas a prevenir sus efectos en la salud de las personas.

Llegar a identificar el valor añadido que pueden ofrecer las metodologías y las estructuras de epidemiología y salud pública, para contribuir, desde esta perspectiva, al tratamiento del problema de la violencia puede ser de gran interés. Este proceso podría verse facilitado por la reflexión tanto en el área de investigación como de intervención. Algo que, quizá, las sociedades científicas de salud pública puedan incluso propiciar. Con el reconocimiento y apoyo social, con atención y cuidados profesionales necesarios, ayudando siempre a minimizar el sufrimiento. Teniendo presente que el apoyo social es muy distinto a ese abusivo recordatorio de acontecimientos traumáticos.





## BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, M. (2004). *Universales del Odio: creencias, emociones y violencia*. Bilbao: Bakeaz.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Baca Baldomero, E. y Cabanas Arrate, M.L. (1997). Niveles de salud mental y calidad de vida en las víctimas del terrorismo en España. *Archivos de Neurobiología*, 60 (4), 283–296.
- Baca, E y Cabanas, M L. (Eds.) (2003). *Víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid: Triacastela.
- Cohen, D. y Nisbett, R.E. (1994). Self-protection and the culture of honor: Explaining southern violence. *Personality and Social Psychology Bulletin* 20(5): 551–567.
- Crenshaw, M. (2004). The Psychology of political terrorism. En J.T. Jost y J. Sidanius (Eds.), *Political Psychology*. New York: Psychology Press.
- De la Corte, L.; Sabucedo, J.M. y Moreno Martín, F. (2004). Dimensiones psicosociales del terrorismo. En L. De la Corte; A. Blanco y J.M. Sabucedo (Eds.). *Psicología y derechos humanos* (pp. 189–220). Barcelona: Icaria.
- De Jong JTVM, Komproe IH, Ommeren MV. Common mental disorders in postconflict settings. *Lancet* 2003; 361: 2128–30.
- De Rivera, J. Emocional Climate: Social structure and emocional dynamics. *Internacional Review of Studies on Emotion*, Ed: Strongman T. 1992; 2: 197–218.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma*. Madrid: Piramide.
- Fernández, I.; Ayllón, E. y Moreno Martín, F. (2003). ¿Cuándo se legitima la violencia? Una tipología psicosocial sobre las justificaciones que sirven para legitimar el uso de la violencia. *Encuentros en Psicología Social*, 1, (2), 148–151.
- Fry, D. P. (1998). Anthropological perspectives on aggression. *Aggressive Behavior*, 24, 81–95.
- Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS. Prospective study of post-traumatic stress, anxiety and depressive reactions after earthquake and political violence. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 911–916.
- Goldberg, D. y Williams, P. (2001). *Cuestionario de Salud General (GHQ) General Health Questionnaire. Adaptación española de A. Lobo y P.E. Muñoz*. Barcelona: Masson
- Hallyday, F. (2004). Terrorismo y perspectivas históricas: Comprender y evitar el pasado. *Vanguardia Dossier*, 10, 14–32.
- Ibáñez Rojo, V., Díaz del Peral, D y Moreno Martín, F. (1999). La sociedad ante la guerra. *Jano. Psiquiatría y humanidades*, 1, (4), 13–18.
- Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 1979; 41: 209–218.
- Krug EG, Dahlberg LL; Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Larizgoitia, I. La violencia también es un problema de salud pública. *Gac Sanit*. 2006; 20 (supl 1): 63–70. [www.sespas.es/gs](http://www.sespas.es/gs) y [www.doyma.es/gs](http://www.doyma.es/gs).
- Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ–28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 1986; 16: 135–140.
- Martín Beristain, C. y Páez, D (2000). *Violencia, apoyo a las víctimas y reconstrucción social*. Madrid: Ed. Fundamentos.
- Martín-Baró, I. (1983). *Acción e Ideología Psicología. Social desde Centroamérica I*. San Salvador: UCA Editores.



- Martín-Baro, Ignacio. (1988). La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de Psicología de El Salvador*, 7 (28), 123–141.
- Martín-Baro, I. *Psicología social de la guerra*. Ed. UCA. 1990. El Salvador.
- Moreno Martín, F. (1999). Actitudes autoritarias y violencia en Madrid. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5 (4/5), 286–294.
- Moreno Martín, F. (2001). Violencia y salud pública. En A. Sarriá (Ed), *Promoción de la salud en la comunidad* (pp. 383–401). Madrid: UNED.
- Moreno Martín, F. (2004). Reflexiones sobre el trauma psicológico y la violencia política. De las guerras centroamericanas al 11 de Marzo de 2004. *Clínica y salud*, 15, (3), 227–271.
- Moreno Martín, F. (2005) *La medida de la exposición al trauma violento*. Jornadas Técnicas organizadas por ISAVIC sobre “Instrumentos de medida para evaluar el impacto en salud de la violencia colectiva”. Bilbao, 28–29 Abril 2005.
- Murdock, G.P. & White, D.R. (1969). Standard Cross Cultural Sample. *Ethnology*, 8, 329–369.
- National Center for PTSD. (2004). *Disaster Mental Health: Dealing with the Aftereffects of Terrorism* (<http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd/>)
- Norris FH. Screening for traumatic stress: a scale for use in the general population. *J Appl Social Psychology*, 1990; 20: 1704–1718.
- Oliver-Smith, A. (1996). Anthropological research on hazards and disasters. *Annual Review of Anthropology*, 25, 303–328.
- OMS (2002). *World report on violence and health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999). Estudio Activa. Número monográfico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5 (4/5).
- Ormazabal, S (2006). Por un futuro con memoria. *Hika* 174: 16–17. 2006.
- Ormazabal, S. (2003). *Un mapa (inacabado) del sufrimiento*. Bilbao: Fundación Manu Robles– Aragin Institutoa.
- Páez, D. (2004) *Violencia colectiva, clima emocional y procesos socio-culturales: el caso del 11-M en España*. Documento de trabajo Grupo consolidado de Investigación, Cultura, Cognición y Emoción. Dpto. Psicología Social, UPV, San Sebastián. 2004. Documento no publicado.
- Páez D, Ruíz , Gailly O, Kornblit AL, Wiesenfeld E, Vidal CM. Clima emocional: su concepto y medición mediante una investigación transcultural. *Revista de psicología Social*; 1997; 1: 79–98.
- Páez D; Iraurgi J, Valdosedá M, Fernández I. Factores psicosociales y salud mental: un instrumento de detección de sujetos adolescentes en riesgo. *Bol Vasco-Nav Ped*; 1993; 87: 34–48.
- Ross, M.H. (1995). *La cultura del conflicto: las diferencias interculturales en la práctica de la violencia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Pitman RK. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 630–637.
- Sponsel, L. E. (1998). Yanomani: An area of conflict and aggression in the Amazon. *Aggressive Behavior*, 24, 97–122.
- Stamm, B.H. , Rudolph, J.M., Dewane, S., Gaines, N., Gorton, K. Paul, G., McNeil, F. Bowen, G. Ercolano, M. (1996). Psychometric review of Stressful Life Experiences Screening. In B.H. Stamm (Ed.). *Measurement of Stress, Trauma and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- WHO. (2001) *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Organización Mundial de la Salud, 2001.
- WHO, 49 Assembly of the World Health Organization. Resolution WHA 49.25. Preventing violence: a public health priority. 1996.



XXIII  
CONGRESO  
AEN  
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUATRÍA

*“Abriendo claros,  
construyendo compromisos”*

PALACIO EUSKALDUNA • BILBAO  
10-13 de mayo de 2006  
[www.ome-aen.org/23congreso-aen](http://www.ome-aen.org/23congreso-aen)