

Impacto de la violencia colectiva en la salud. Resultados del estudio ISAVIC en el País Vasco

Itziar Larizgoitia^{a,*}, Isabel Izarzugaza^a, Ioseba Iraurgi^b, Javier Ballesteros^c, Carlos G. Forero^d,
Iñaki Markez^a y Jordi Alonso^{d,e}, en nombre del equipo ISAVIC[◇]

^a Equipo ISAVIC

^b Unidad I+D+i en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Deusto, Bilbao, España

^c Facultad de Medicina, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Leioa, España

^d Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona, España

^e CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de junio de 2010

Aceptado el 24 de septiembre de 2010

On-line el 4 de marzo de 2011

Palabras clave:

Violencia

Terrorismo

Estado de salud

Métodos epidemiológicos

R E S U M E N

Objetivo: A pesar de la ubicuidad de la violencia y de su posible importancia para la salud de las personas y las colectividades, su papel y mecanismos de acción en este sentido no están apenas analizados. Este estudio, realizado en los años 2005-2008 en el País Vasco, trata de estimar la asociación de la violencia colectiva con la salud de sus víctimas primarias.

Métodos: Se emparejó una muestra intencional de 33 víctimas primarias (receptores directos de la violencia o familiares en primer grado de personas asesinadas), en función de su edad, sexo, nivel de estudios y provincia de residencia, con sujetos (en una proporción 1:5) procedentes de una muestra representativa de la población mayor de 16 años residente en el País Vasco. Todos completaron un cuestionario que incluía medidas de salud (WHO-DAS-II-12, GHQ-12, SF-12, escalas de soledad y estigma) y variables potencialmente mediadoras (apoyo y clima social, y otras). Se compararon mediante regresiones condicionales a la experiencia de violencia colectiva.

Resultados: Las víctimas primarias presentan entre cuatro y siete veces un mayor riesgo de padecer peor salud física y emocional, y ocho veces más de sufrir alteraciones funcionales. También perciben una mayor soledad y estigma, y valoran negativamente el apoyo y el clima social. No se observó asociación en los sujetos que declararon exposición a una violencia interpersonal leve.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la violencia colectiva se asocia a una pérdida considerable de salud en las víctimas primarias. Su asociación en la población general requiere una investigación más específica.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Impact of collective violence on health status. Results of the ISAVIC study in the Basque Region (Spain)

A B S T R A C T

Objectives: Despite the ubiquity of violence and its possible impact on individual and collective health, the role and causal pathways of this phenomenon as a health determinant have not been widely studied. The present study was conducted between 2005 and 2008 in the Basque Region of Spain and aimed to estimate the health effects of collective violence on its primary victims.

Methods: A purposive sample of 33 primary victims (direct victims of collective violence and the first degree relatives of murder victims) was matched (1:5 ratio) with a random selection of persons drawn from a representative sample of the population aged more than 16 years old living in the Basque Region. Matching criteria were age, sex, educational level and province of residence. All participants completed a questionnaire that included health status measures (WHO-DAS-II-12, GHQ-12, SF-12, loneliness and stigma scales) and other potentially mediating variables such as social support and emotional climate. The results were assessed by regression analysis conditional to exposure to collective violence.

Results: The odds of perceiving worse physical and emotional health were 4 to 7 times higher among primary victims than among the general population and were 8 times higher for experiencing functional

Keywords:

Violence

Terrorism

Health status

Epidemiologic methods

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: itziar_larizgoitia@yahoo.es (I. Larizgoitia).

◇ Equipo ISAVIC (Impacto en Salud de la Violencia Colectiva) formado por: Itziar Larizgoitia, Isabel Izarzugaza, Iñaki Markez, Itziar Fernández, Ioseba Iraurgi, Arantza Larizgoitia, Javier Ballesteros, Jordi Alonso, Alberto Fernández Liria, Florentino Moreno y Ander Retolaza.

disability. Primary victims also perceived more loneliness and stigma and negatively valued their social support and emotional climate. No significant impact was found among the general population with some experience of interpersonal violence.

Conclusions: These results suggest that collective violence is associated with substantial impairment in health status. More specific studies to assess the health effects of collective violence in the general population are warranted.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La violencia, en sus diferentes manifestaciones, es una constante en las relaciones humanas, pero también es un problema de salud pública, tal como destacó la Organización Mundial de la Salud en su informe *Violencia y salud*¹. La «violencia colectiva», es decir, la derivada de guerras, terrorismo, levantamientos, conflictos étnicos, religiosos o similares, luchas de bandas y extorsiones mafiosas, y en general toda agresión y extorsión realizada por un colectivo organizado contra otros grupos, civiles o militares, es indudablemente una causa importante de mortalidad y de graves alteraciones y secuelas en la salud. No obstante, la investigación epidemiológica sobre este tema aún no tiene la madurez suficiente para describir en profundidad su alcance a medio y largo plazo en la salud de sus afectados y del conjunto social en que se produce.

Se ha documentado extensivamente la alta frecuencia de secuelas psicológicas que sufren los combatientes y la población civil en los conflictos bélicos o similares²⁻⁴. Así, se han referido frecuencias de síndrome de estrés postraumático y de depresión cercanas al 30%, e incluso al 100% en algunos grupos muy selectos de afectados^{5,6}. Estas cifras reflejan situaciones graves desde un punto de vista de salud pública, pero al mismo tiempo se centran en aspectos muy específicos de la salud. Se sabe menos sobre otras posibles alteraciones de la calidad de vida de las víctimas. Algunos investigadores sugieren la conveniencia de estudiar también el entorno social que rodea a la víctima y en el cual se produce la violencia, ya que puede resultar lesionado y agravar la salud de los miembros de la colectividad^{4,7,8}.

En el País Vasco se ha dado un clima de violencia colectiva, aunque su intensidad pueda considerarse baja en comparación con los conflictos bélicos. En él han destacado situaciones de amenazas y extorsiones continuadas contra personas y grupos; revueltas y enfrentamientos callejeros; asesinatos y secuestros; y atentados con explosivos contra personas y bienes. Se estima que se han producido cerca de 1000 asesinatos y un número mayor de heridos graves⁹. También se ha sugerido un mayor riesgo de psicopatología y peor calidad de vida entre los supervivientes¹⁰. Dada la escasa investigación en este tema, cualquier abordaje está sujeto a grandes retos conceptuales y metodológicos.

Entre los años 2005 y 2008 se realizó en el País Vasco un estudio epidemiológico denominado ISAVIC (Impacto en la SALud de la Violencia Colectiva), dirigido a valorar la magnitud y las características de los efectos de la violencia colectiva en la salud de una selección de víctimas primarias. El estudio valoró la afectación funcional de la salud en sus dimensiones física, emocional y social. Su modelo teórico y su diseño, así como las vivencias de las víctimas, se describen en otros artículos. Aquí se comentan las principales asociaciones observadas entre violencia colectiva y salud.

Métodos

Modelo conceptual

El modelo utilizado se detalla en otro lugar. Básicamente describe las relaciones entre la exposición a la violencia colectiva y

la salud del individuo expresada por su capacidad para realizar sus funciones biológicas y emocionales, y sus actividades sociales, según una definición multidimensional de la salud¹¹. También contempla la relación entre estas variables y el ámbito social, en términos de apoyo social y clima emocional, ambas consideradas potencialmente mediadoras.

Definición de víctima

Víctima de la violencia es «todo ser humano que sufre un malestar a causa del daño intencionado provocado por otro ser humano»¹². Se consideraron «víctimas primarias» las personas que reconocieron haber recibido directamente un hecho de violencia colectiva y los familiares en primer grado de personas asesinadas por actos de violencia colectiva¹³. Quienes sufrieron ante la visualización o el conocimiento de hechos violentos en terceras personas se consideraron «víctimas secundarias»^{14,15}.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional realizado en la comunidad autónoma del País Vasco (en adelante País Vasco) sobre una selección de 33 víctimas primarias. Cada víctima se emparejó de manera aleatoria (en función del sexo, la edad, el nivel de estudios y la provincia de residencia) con cinco personas no expuestas a la violencia colectiva procedentes de una muestra de 2007 individuos representativa de la población residente en el País Vasco mayor de 16 años.

Identificación de la población de estudio

Las víctimas primarias se identificaron exclusivamente mediante contactos, mediadores sociales y personal sanitario, con el fin de facilitar su participación y evitar una reagudización de sus posibles problemas de salud. Se trata de una muestra intencional que respondió a la siguiente categorización de tipos de violencia: 1) familiar íntimo de asesinato, 2) superviviente de atentados o agresiones, o 3) superviviente de amenazas; y de periodos de tiempo: 1) antes de 1990, 2) 1990-2000, y 3) a partir de 2000. Se intentó cubrir todo el espectro social y político. La identificación de las víctimas duró 18 meses, a partir del otoño de 2005. De cerca de 100 víctimas primarias contactadas, 36 participaron en el estudio y 33 completaron el cuestionario. El resto expresaron deseos de preservar su dolor en privado, así como desconfianza hacia el estudio y su utilización.

La muestra de la población general, estratificada por provincias, se realizó en las siguientes etapas: 1) fijación del número de entrevistas por provincia y 2) comarcas según criterios de proporcionalidad; 3) en cada comarca, selección sistemática de municipios en proporción al número de hogares; y 4) selección aleatoria de hogares realizada por el Instituto Vasco de Estadística. Se seleccionó una persona por hogar teniendo en cuenta su edad y sexo en función de la distribución poblacional. El trabajo de campo se realizó el año 2006.

Tabla 1
Composición de la muestra: víctimas primarias y controles poblacionales

	Total	Grupo A Controles poblacionales sin exposición a violencia	Grupo B Controles poblacionales con alguna exposición a violencia	Víctimas primarias
<i>Sujetos</i>	198	136 (68,9%)	29 (14,6%)	33 (16,5%)
<i>Edad media (años)</i>	48,6 (46,8-50,4)	49,1 (47,0-51,3)	45,8 (41,8- 49,8)	48,6 (44,2-50,8)
<i>Sexo (hombres)</i>	48,5%	47,1%	55,2%	48,5%
<i>Educación</i>				
Estudios primarios	15,8%	15,4%	6,9%	12,1%
Estudios universitarios	31,8%	29,4%	37,9%	36,4%
<i>Territorio histórico</i>				
Álava	12,1%	12,5%	3,4%	18%
Gipuzkoa	34,5%	34,6%	24,1%	42,4%
Bizkaia	53,5%	52,9%	72,4%	39,4%

El emparejamiento se realizó entre el total de la muestra de la población general y las víctimas primarias, con los siguientes resultados: sexo, $p=1,0$; edad, $p=0,96$; nivel de estudios, $p=0,28$; provincia de residencia, $p=0,18$.

Cuestionario y variables del estudio

El cuestionario utilizado se elaboró a partir de instrumentos de validez probada para cada una de las variables del modelo (disponible solicitándolo a los autores). La principal variable de respuesta, el estado de salud, se midió mediante las versiones reducidas a 12 ítems de tres instrumentos complementarios: 1) el WHO DAS II¹⁶, que valora la discapacidad percibida en la ejecución de ciertas actividades y mediante dos índices globales y otros seis en función de otras tantas dimensiones de discapacidad (D1-Comprensión y comunicación; D2-Capacidad para moverse en su entorno; D3-Cuidado personal; D4-Relaciones con otras personas; D5-Actividades de la vida diaria; D6-Participación en la sociedad); 2) el SF¹⁷; y 3) el GHQ¹⁸. Ambos miden, respectivamente, la percepción subjetiva de la salud (un índice de percepción de bienestar físico y otro de bienestar emocional) y el riesgo de presentar psicopatología.

Otras variables del estado de salud fueron el número de enfermedades declaradas, a partir de ítems tomados de la Encuesta Vasca de Salud, y la percepción de soledad y estigma, medidas respectivamente por la versión de cuatro ítems de la Escala de Soledad de UCLA^{19,20} y por las de estigma de Wayment²¹ y Pau Pérez. La principal variable independiente, la exposición a la violencia colectiva, se midió con el cuestionario ACTIVA²² y fue completada con la escala de hechos traumáticos de Norris²³. Otras variables, consideradas mediadoras, fueron el apoyo social, medido por la escala del apoyo social percibido de Vaux et al^{24,25} y objetivo de Páez et al²⁶; las estrategias de afrontamiento, medidas por la escala adaptada de Carver et al²⁷; el impacto en las creencias básicas, medido por la escala de Tedeschi²⁸; y el clima emocional, medido por las escalas de Páez et al²⁹ y de De Rivera³⁰. Además, se incluyeron ítems demográficos y de percepción de problemas de salud incluidos en la Encuesta Vasca de Salud.

Análisis

Se compararon las distribuciones de las variables respuesta entre las víctimas primarias y sus cinco controles. Éstos se clasificaron en dos grupos en función de su exposición declarada a ninguna (grupo A) o alguna violencia (grupo B). Se postuló que las personas del grupo B tendrían valores de salud intermedios. La asociación entre la exposición a la violencia y el estado de salud se determinó mediante regresiones, lineal y logística, condicionales a la exposición a la violencia colectiva. Las diferencias entre escalas cuantitativas se analizaron utilizando ANOVA multivariado, para controlar el posible error de tipo I debido al análisis simultáneo de las variables respuesta. El resto de las asociaciones se midieron mediante contraste de medias y regresiones lineales y logística simples según la naturaleza de la variable criterio. Para las compa-

raciones de medias se utilizó la corrección de Brown-Forsythe, y en el análisis de las variables categóricas la corrección por continuidad.

Resultados

Composición de la muestra y exposición a la violencia

En la **tabla 1** se describe la composición de la muestra y su distribución en función de la exposición a la violencia. La muestra estaba formada por 33 víctimas primarias de la violencia colectiva y 165 personas de la población general emparejadas en una proporción de cinco por cada víctima primaria. De éstas, 29 (un 17,6% de los sujetos emparejados) declararon haber experimentado algún episodio de violencia, en general interpersonal (grupo B); el resto (136 personas) declararon no haber sufrido violencia (grupo A).

De las 33 víctimas primarias, 18 sobrevivieron al asesinato de un familiar íntimo, 10 sufrieron agresiones que les causaron heridas de gravedad, y 5 recibieron amenazas y extorsiones reiteradas sin agresiones físicas. Muchas sufrieron episodios de violencia repetidos, normalmente en forma de amenazas, en ocasiones junto a asesinatos o atentados. Un tercio de las víctimas refirieron amenazas contra su vida o la de sus familiares en los 12 meses anteriores a la realización del estudio. Aproximadamente un 30% sufrieron el hecho clave de violencia 15 años antes del estudio y el 36% entre los últimos 5 y 10 años.

La mitad de los episodios de violencia interpersonal declarados por los individuos emparejados con las víctimas primarias se debieron a robos y peleas callejeras. Otro tercio refirieron amenazas, relacionadas en su mayoría con intentos de robo. Un porcentaje menor refirió el suicidio de allegados. Todas estas agresiones se resolvieron sin secuelas físicas o con mínimas repercusiones.

Asociación entre la exposición a la violencia y el estado de salud

La **tabla 2** muestra las diferencias en el estado de salud de las víctimas primarias que participaron en el estudio ISAVIC y los controles emparejados. Según estos datos, las víctimas presentan indicadores de salud significativamente peores que las personas de la población general independientemente de que estas últimas hayan experimentado alguna otra violencia. Así, señalan mayores dificultades en casi todas las dimensiones funcionales medidas por el WHO DAS II; muestran mayor malestar físico y emocional (con 5 y 12 puntos, respectivamente, por debajo de los valores esperados en el SF12); refieren más síntomas psiquiátricos (3,2 las víctimas primarias, 1,3 quienes declararon exposición a violencia interpersonal y 0,7 las personas no expuestas, según el GHQ); y hasta el 43% de ellas están en riesgo de presentar psicopatología, frente al 8% en la población no expuesta (GHQ). Las *odds* de sufrir mal estado

Tabla 2

Contraste entre niveles de exposición a la violencia y salud (datos emparejados por edad, sexo, nivel de estudios y provincia de residencia; los resultados se representan en valores medios, desviaciones estándar y *odds ratio*)

	Exposición a la violencia				Contrastes <i>post-hoc</i> ^b
	Controles poblacionales		Víctimas primarias (n = 33)	p ^a	
	Grupo A sin exposición a violencia (n = 136)	Grupo B con alguna exposición a violencia (n = 29)			
WHO-DAS					
D1-Comprensión y comunicación	6,3 (11,8)	6,0 (9,2)	25,0 (22,1)	<0,001	A-VP/B-VP
D2-Manejo entorno	5,9 (14,1)	3,0 (8,6)	18,5 (23,8)	<0,001	A-VP/B-VP
D3-Cuidado personal	1,8 (6,9)	0,4 (2,3)	3,8 (9,1)		-
D4-Relación otras personas	3,6 (8,4)	3,4 (8,7)	18,9 (22,1)	<0,001	A-VP/B-VP
D5-Actividades diarias	6,4 (15,2)	5,6 (11,3)	29,5 (28,6)	<0,001	A-VP/B-VP
D6-Participación sociedad	8,6 (13,1)	13,8 (19,5)	34,1 (27,1)	<0,001	A-VP/B-VP
Suma de dificultades	1,8 (2,7)	1,7 (1,9)	5,4 (3,5)	<0,001	A-VP/B-VP
DAS total	5,4 (9,1)	5,4 (6,9)	21,6 (16,7)	<0,001	A-VP/B-VP
OR ^c de presentar dificultades funcionales (WHO-DAS total > percentil 90) condicional a la experiencia de violencia colectiva respecto al grupo A		1,06 (0,1-9,8)	8,07 (3,3-19,8)		
SF-12					
PCS (Índice de salud física)	51,4 (7,8)	51,6 (6,1)	45,9 (11,0)	<0,01	A-VP/B-VP
OR ^c de presentar mala salud física (PCS < 42 o 0,8 DE) condicionado a haber sufrido violencia colectiva respecto al grupo A		2,08 (0,45-9,48)	4,13 (1,7-9,7)		
MCS (Índice de salud mental)	51,4 (7,2)	50,6 (8,6)	38,2 (13,4)	<0,001	A-VP/B-VP
OR ^c de presentar mala salud mental (MCS < 42 o 0,8 DE) condicionado a haber sufrido violencia colectiva respecto al grupo A		0,60 (0,20-1,81)	6,68 (3,14-14,2)		
GHQ-12					
Suma de síntomas	0,7 (1,7)	1,3 (2,3)	3,2 (3,8)	<0,001	A-VP / B-VP
Porcentaje posibles casos psiquiátricos (n) (valor ≥ 3)	8,1% (11)	20,1% (6)	43,8% (14)	<0,001	A-B/A-VP/B-VP
OR ^c de ser posible caso psiquiátrico (valor ≥ 3) condicionado a haber sufrido violencia colectiva respecto al grupo A		1,08 (0,98-8,74)	6,78 (2,68-17,2)		
Nº enfermedades declaradas	0,68 (0,9)	1,24 (1,1)	2,42 (1,2)	<0,001	A-B/A-VP/B-VP
Nº enfermedades tratadas	0,38 (0,7)	0,59 (0,9)	1,00 (1,2)	<0,01	A-VP
Soledad (escala UCLA) ^d	16,00 (16,7)	13,59 (13,9)	24,19 (21,2)	<0,04	B-VP
Aislamiento (escalas Wayment y Pau Pérez) ^{##}	12,00 (17,4)	5,00 (6,9)	21,72 (23,5)	<0,01	B-VP

Todas las escalas en métrica centesimal (valores comprendidos entre 0 y 100). Las mayores puntuaciones indican mayor intensidad de la dimensión medida por la escala.

^a Contraste de medias.

^b Niveles de exposición cuyo contraste de medias resulta estadísticamente significativo. A: no exposición; B: alguna exposición; VP: víctimas primarias. Para el contraste de diferencias de medias o proporciones se ha realizado un análisis de varianza multivariado, utilizando la traza de Pillai como corrección de la prueba F. Las medias se compararon con la corrección de Brown-Forsythe para el caso de no homogeneidad de varianzas. Para las variables categóricas sexo y GHQ-12 categorizado se aplicó la corrección de continuidad a la prueba χ^2 .

^c *Odds ratios* obtenidas mediante regresión lineal y logística condicionada a haber experimentado violencia colectiva. El grupo de referencia fue el de población que no ha experimentado violencia colectiva.

de salud física (PCS) y emocional (MCS), y de presentar psicopatología (GHQ), habiendo sufrido violencia colectiva, en las víctimas primarias del estudio son entre cuatro y siete veces superiores a las del resto de la población, mientras que el riesgo de presentar dificultades funcionales es hasta ocho veces superior en las víctimas primarias (WHODAS). Las víctimas también refieren un mayor número de enfermedades (hasta 2,4 en promedio, frente a menos de una en quienes no declaran exposición) y señalan más sensación de soledad y de aislamiento, con puntuaciones entre 1,5 y 1,7 veces superiores a las de quienes no han experimentado violencia colectiva. Por el contrario, las personas de la población general que declararon alguna exposición a la violencia no parecen mostrar alteraciones significativas en comparación con la población sin exposición declarada.

Apoyo social, creencias y percepción del clima emocional

Se analizaron una serie de variables consideradas como potenciales mediadoras o moduladoras del efecto final en la salud de

las víctimas (tabla 3). Todas las víctimas de la violencia tienden a mostrar más oportunidades de apoyo social objetivo, pero las víctimas primarias de la violencia colectiva parecen valorarlo de manera menos suficiente o satisfactoria, sin que la diferencia sea estadísticamente significativa. Éstas también muestran mayor tendencia a afrontar el trauma con actitudes de confrontación o expresión, así como a haber sufrido cambios negativos en sus creencias básicas con valores sobre la motivación personal y la visión benevolente sobre los otros y el mundo significativamente menores. Su percepción sobre el clima emocional también tiende a ser más negativa, al señalar una mayor hostilidad ambiental, miedo y tristeza (con puntuaciones superiores a 50 frente a 30 en el resto de la población), y al mismo tiempo parecen percibir unas menores solidaridad, alegría, libertad para hablar y confianza en las instituciones.

Discusión

Las víctimas primarias de la violencia colectiva que han participado en este estudio muestran un patrón de salud afectado en todas

Tabla 3
Variables mediadoras: percepción de apoyo social, estrategias de afrontamiento, cambios de creencias y clima emocional según la exposición a la violencia

	Controles poblacionales		Víctimas primarias (n=33)	p	Contrastes <i>post-hoc</i> ^a
	Grupo A, sin exposición a violencia (n=136)	Grupo B, con alguna exposición a violencia (n=29)			
<i>Apoyo social subjetivo (Vaux)</i>	73,11 (24,5)	81,87 (21,0)	72,76 (23,2)	0,326	
<i>Apoyo social objetivo</i>	52,55 (18,96)	59,31 (20,65)	57,98 (22,76)	0,52	
<i>Afrontamiento</i>					
Componente expresión	36,00 (25,05)	29,39 (24,11)	44,53 (19,24)	<0,01	B-VP
Componente inhibición	15,11 (23,62)	14,62 (20,96)	21,87 (22,13)	0,250	
<i>Creencias del mundo (Corsini)</i>					
Yo digno de respeto (autoconfianza)	52,55 (20,6)	57,89 (26,7)	41,93 (25,8)		
Yo motivado y eficaz	34,83 (29,3)	33,77 (28,7)	25,80 (18,7)		
Sentido de la vida	63,77 (21,1)	59,72 (18,5)	50,53 (27,1)	0,04	A-VP
Visión benevolente de los otros	57,83 (20,5)	59,21 (30,4)	39,51 (20,6)	<0,01	A-VP/B-VP
Integración social	61,33 (22,0)	62,28 (23,9)	42,74 (26,1)	<0,01	A-VP/B-VP
Visión benevolente del mundo	52,16 (21,7)	53,94 (25,9)	35,48 (23,1)	<0,01	A-VP/B-VP
<i>Clima emocional (Páez) global</i>					
De esperanza	58,35 (13,0)	61,31 (13,18)	43,06 (12,8)	0,000	A-VP, B-VP
Solidario, ayuda mutua	62,68 (19,0)	67,24 (20,2)	54,68 (21,5)	0,04	B-VP
Confianza en las instituciones	58,27 (20,2)	56,89 (22,0)	44,35 (25,6)	0,01	A-VP
Miedo, ansiedad	49,62 (22,6)	43,10 (21,0)	35,15 (21,8)	<0,01	A-VP
Enojo, hostilidad, agresividad	33,27 (23,9)	23,27 (16,2)	57,81 (23,3)	<0,001	A-VP/B-VP
Tristeza, pasividad	30,69 (24,3)	30,17 (20,4)	55,46 (24,4)	<0,001	A-VP/B-VP
Alegría, confianza	33,14 (23,0)	22,41 (18,1)	56,25 (20,1)	<0,001	A-VP/B-VP
Tranquilidad para hablar	55,51 (19,8)	53,57 (25,1)	40,62 (15,2)	<0,01	A-VP/B-VP
Buena situación económica	54,04 (24,4)	46,55 (22,8)	32,81 (29,4)	<0,001	A-VP
Buen ambiente general	59,00 (17,6)	59,48 (15,5)	66,40 (17,5)	0,08	
Balanza clima social	57,72 (20,7)	59,48 (20,5)	42,96 (21,3)	0,001	A-VP/B-VP
Clima emocional (Rivera)	0,93 (1,1)	1,08 (0,9)	-0,56 (1,3)	<0,001	A-VP/B-VP
	41,00 (15,4)	43,42 (17,6)	52,01 (16,5)	<0,01	A-VP

Todas las escalas en métrica centesimal (valores comprendidos entre 0 y 100). Las mayores puntuaciones indican mayor intensidad de la dimensión medida por la escala.

^a A: no exposición; B: alguna exposición; VP: víctimas primarias.

las dimensiones analizadas. Los resultados sugieren que las víctimas presentan mayor discapacidad y menor calidad de vida que la población general, con secuelas físicas, emocionales y sociales de carácter crónico. Los resultados también apuntan a una pérdida de las creencias básicas sobre uno mismo y el mundo, acompañada de la sensación de menor apoyo social y de un medio social más negativo y hostil. En definitiva, sugieren un volumen de carga de enfermedad considerable y persistente años después de ocurrida la violencia, asociado a un conjunto de factores psicosociales de aspecto negativo que podrían incidir en su estado de salud y dificultar su bienestar y recuperación.

Estos resultados son coherentes con las observaciones sobre la presencia de secuelas psicológicas^{5,6,31,32-33} y psicosociales^{7,24,34} documentadas sobre todo en supervivientes de grandes conflictos bélicos, así como en un estudio con víctimas primarias realizado en España a mediados de los años 1990¹⁰. El estudio ISAVIC aporta además algunos matices relativamente innovadores al explorar en mayor medida las implicaciones funcionales atribuidas a la vivencia de violencia colectiva en términos de discapacidad y de calidad de vida percibida, y al presentarlas junto a la dimensión psicosocial, ofreciendo una perspectiva más integral de la afectación de la salud por la violencia colectiva. El alto riesgo de presentar malestar físico y emocional (entre cuatro y siete veces superior al de la población general) es muy destacable y constituye una aportación clave del estudio. También lo es la relación encontrada entre la experiencia de violencia colectiva y las dificultades funcionales, expresadas por un riesgo ocho veces mayor que el de la población general, en la realización de actividades cotidianas, en la comunicación y la relación con otras personas, y en la participación social. A ello se añade la mayor sensación de soledad y estigma, expresando en conjunto una serie de síntomas de orden psicosocial que no habían sido bien documentados con anterioridad.

Algunos investigadores han llamado la atención sobre la importancia de considerar el entorno donde se produce la violencia

colectiva, así como la relación entre éste y la víctima, para poder comprender el conjunto de alteraciones de la salud de manera más completa^{4,7}. Se ha postulado que la violencia colectiva puede lesionar el entorno social al debilitar los mecanismos de apoyo y protección para con sus miembros, además de llevar a un clima emocional dominado por el miedo, la inhibición y las creencias estereotipadas³⁰. No hay mucha información sobre estos aspectos en conflictos de intensidad baja y, por tanto, con muy desigual exposición a la violencia. Por ejemplo, en Irlanda del Norte se han documentado observaciones concordantes con un clima emocional alterado³⁵, pero también escasa afectación o gran eficacia de sus estrategias de afrontamiento^{36,37}. La diferente percepción sobre el entorno social (apoyo y clima emocional) entre las víctimas primarias y la población sin experiencia de violencia colectiva, en consistencia esta última con otras observaciones de la época³⁸, podría sugerir que la experiencia de violencia colectiva interfiere en la relación de las víctimas con su entorno. La forma, la dirección y la fuerza de esta posible influencia en la salud de la comunidad y de sus miembros es un aspecto muy importante que requiere ser investigado.

La prevalencia declarada de exposición a la violencia general (grupo B) fue similar a la de otros estudios.³⁹ Contrario a lo que se esperaba, no se observaron grados intermedios de afectación de la salud en este grupo, quizás en parte por la escasa exposición declarada. Dada su importancia, conviene seguir investigando en esta línea.

Las víctimas primarias que han participado en este estudio no son representativas del universo de víctimas, por lo que los resultados deben ser tomados con cautela. Es posible que presenten mejor estado de salud que otras víctimas, ya que fueron capaces de participar y recordar las circunstancias de su trauma. En este supuesto, las dificultades observadas representarían una estimación conservadora de la asociación entre la violencia colectiva y la salud de las víctimas primarias. Parece menos probable lo contrario, consi-

derando el alto índice de rechazo de muchas víctimas por razones de salud. No obstante, conviene confirmarlo con nuevos grupos de afectados. A pesar de las limitaciones de validez externa, derivadas del método de selección utilizado, es probable que este sea el único posible dadas las dificultades que parece presentar la investigación de la violencia colectiva para las víctimas.

Otras limitaciones importantes se derivan de la utilización de instrumentos de medida quizás poco sensibles y específicos para el estudio de la violencia colectiva. En concreto, el SF12 y el WHODAS no se han diseñado para ser utilizados en el ámbito de este estudio, y tampoco los instrumentos de medida de exposición (escala de Norris, ACTIVA). Es probable que se haya producido una pérdida de sensibilidad en la medición de algunas variables importantes. En tal caso, presumiblemente se habría infraestimado una situación más grave.

Los resultados de esta investigación, aun sujetos a limitaciones metodológicas, revisten importancia porque sugieren una carga de enfermedad considerable asociada a un fenómeno cuya comprensión desde el punto de vista epidemiológico es todavía limitada. Las víctimas primarias de la violencia colectiva analizadas sufren un conjunto de problemas de salud relativamente amplio, en el cual se entremezclan factores individuales y sociales. Es importante ampliar la investigación para comprender mejor el alcance de este problema, y también facilitar medidas terapéuticas y de salud pública apropiadas para este colectivo.

Contribuciones de autoría

I. Larizgoitia, I. Izarguaza e I. Markez codirigieron el estudio. I. Larizgoitia fue la redactora principal del manuscrito. C. G. Forero y J. Ballesteros diseñaron y realizaron el análisis de los datos, y contribuyeron a la redacción del manuscrito. J. Alonso guió el diseño epidemiológico del estudio, su análisis e interpretación, y contribuyó a su redacción. A. Fernández Liria, F. Moreno y A. Retolaza asesoraron y contribuyeron a su conceptualización, diseño e interpretación del estudio. A. Larizgoitia lo coordinó, contribuyó a su diseño y a la redacción del manuscrito. I. Fernández diseñó el plan de análisis cualitativo, analizó las entrevistas en profundidad y contribuyó a la redacción del manuscrito final.

Financiación

El estudio fue financiado por la Fundación Fernando Buesa Blanco.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todas las personas que asesoraron y colaboraron a lo largo del estudio. Gracias a C.M. Beristáin y D. Páez por su desinteresada e importante colaboración en la ideación, puesta en marcha e interpretación del estudio. Agradecemos el apoyo y la colaboración de I. Hernández y J.M. Jansá por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE); de la Asociación Vasca de Salud Mental y de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; y de N. Basabe por el Grupo de Investigación Consolidado sobre Cultura y Procesos Psico-sociales de la UPV/EHU. También al programa Juan de la Cierva FSE (JCI-2009-05486), del Ministerio de Ciencia e Innovación, que permitió la colaboración del Dr. C. García Forero, y a la Red Española de Centros de Investigación de Epidemiología y Salud Pública (RECSP) por su apoyo en la financiación de una de las cuatro jornadas de trabajo del comité asesor. Nuestro agradecimiento por su esencial apoyo a D. Bolton, Director del Northern Ireland Center for Trauma and Transformation; a Y. Pérez y S. Esnaola, del Departamento de

Sanidad del Gobierno Vasco, por su colaboración en el muestreo de población; a F. Morales e I. Fernández Sedano, de la UNED; y a C. Merino, abogada y mediadora de GUEZ, por su asesoría en la puesta en marcha del estudio. Gracias a F. Apeztegia por facilitar su finalización. Reconocemos a todos los grupos, asociaciones y mediadores sociales de apoyo a víctimas que facilitaron el estudio. Gracias a la colaboración desinteresada de las 36 víctimas primarias de la violencia colectiva y a los 2000 participantes anónimos que respondieron a la encuesta de población, y al apoyo financiero e institucional de la Fundación Fernando Buesa, representados por M. García de la Torre y J. Loza, quienes de manera cercana acompañaron el estudio y lo hicieron posible.

Bibliografía

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al., editores. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. 2002. [Consultado 10/10/2005.] Disponible en: www.who.int.
2. De Jong JTVM, Komproe IH, Ommeren MV. Common mental disorders in post-conflict settings. *Lancet*. 2003;361:2128–30.
3. Favaro A, Rodella FC, Colombo G, et al. Post-traumatic stress disorder and major depression among Italian Nazi concentration camp survivors: a controlled study 50 years later. *Psychol Med*. 1999;29:87–95.
4. Summerfield D. War and mental health: a brief overview. *BMJ*. 2000;321:232–5.
5. Sierles FS, Chen J-J, McFarland RE, et al. Posttraumatic stress disorder and concurrent psychiatric illness: a preliminary report. *Am J Psychiatry*. 1983;140:1177–9.
6. Davidson JR, Kudler HS, Saunders WB, et al. Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry*. 1990;31:162–70.
7. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press; 1992.
8. Martín-Baró I. La violencia política y la guerra como causas en el país del trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de Psicología de El Salvador*. 1988;7:123–41.
9. Martín Beristáin C, Páez Rovira D. Violencia. In: *Apoyo a las víctimas y reconstrucción social: experiencias internacionales y el desafío vasco*. Madrid: Editorial Fundamentos; 2000.
10. Baca Baldomero E, Cabanas Arrate ML. Niveles de salud mental y calidad de vida en las víctimas del terrorismo en España. *Arch Neurobiol*. 1997;60:283–96.
11. OMS. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
12. Echeburua E. *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide; 2004.
13. Figley CR, Bride BE, Mazza N, editores. *Death and trauma: the traumatology of grieving*. Washington, DC: Taylor and Francis; 1997.
14. Collins S, Long A. Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health care workers, a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003;10:417–24.
15. Chung MCh, Easthope Y, Farmer S, et al. Psychological sequelae: post-traumatic stress reactions and personality factors among community residents as secondary victims. *Scand J Caring Sci*. 2003;17:265–70.
16. Vázquez-Barquero JL, Vázquez Bourgon E, Castanedo Herrera S, et al. Spanish version of the new World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO DAS II): initial phase of development and pilot study. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28:77–87.
17. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 health survey. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771–6.
18. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*. 1986;16:135–40.
19. Russell D. The UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 1996;66:20–40.
20. Expósito F, Moya M. Validación de la UCLA Loneliness Scale en una muestra española. En: Loscertales F, Marín M, editores. *Dimensiones psicosociales de la educación y de la comunicación*. Sevilla: Eudema; 1993. pp. 355–64.
21. Wayment HA. It could have been me: vicarious victims and disaster-focused distress. *Pers Soc Psychol Bull*. 2004;30:515–28.
22. Fournier M, De los Ríos R, Orpinas P, et al. Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia (proyecto ACTIVA): metodología. *Rev Panam Salud Publica*. 1999;5:222–32.
23. Norris FH. Screening for traumatic stress: a scale for use in the general population. *J Appl Soc Psychol*. 1990;20:1704–18.
24. Basabe N. Salud, factores psicosociales y cultura. En: Páez D, editor. *Psicología social, cultura y educación*. Madrid: Pearson; 2004.
25. Vaux A, Phillips J, Holly C, et al. The social support appraisals (SSA) scale: studies of reliability and validity. *Am J Comm Psychol*. 1986;14:195–219.
26. Páez D, Iraurqui I, Valdosedá M, et al. Factores psicosociales y salud mental: un instrumento de detección de sujetos adolescentes en riesgo. *Boletín de la Asociación Vasco-Navarra de Pediatría*. 1993;27:34–48.

27. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Personality Soc Psychol.* 1989;56:267-83.
28. Tedeschi RG. Violence transformed: posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggress Violent Behav.* 1999;4:319-41.
29. Páez D, Ruiz JI, Gailly O, et al. Clima emocional: su concepto y medición mediante una investigación transcultural. *Revista de Psicología Social.* 1997;1:79-98.
30. De Rivera J. Emotional climate: social structure and emotional dynamics. *International review of studies on emotion.* Strongman T & John Wiley & Sons Ltd.; 1992. pp. 197-218.
31. Cardozo BL, Bilukha OO, Gotway Crawford CA, et al. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA.* 2004;292:575-84.
32. Bleich A, Gelkopf M, Solomon Z. Exposure to terrorism, stress related mental health symptoms, and coping behaviours among a nationally representative sample in Israel. *JAMA.* 2003;290:612-20.
33. Bryce JW, Walker N, Ghorayeb F, et al. Life experiences, response styles and mental health among mothers and children in Beirut, Lebanon. *Soc Sci Med.* 1989;28:685-95.
34. Martín Beristain C. Nunca más. *Forced Migration Review.* 1998;3:23-6.
35. Smith M. Half the battle: understanding the impact of the troubles on children and young people in Northern Ireland. *The cost of the troubles study.* INCORE. 1998.
36. Murphy H, Lloyd K. Civil conflict in Northern Ireland and the prevalence of psychiatric disturbance across the United Kingdom: a population survey using the British Household Panel survey and the Northern Ireland Household Panel Survey. *Int J Soc Psychiatry.* 2007;53:397-407.
37. Cairns E. Understanding conflict and promoting peace in Ireland: psychology's contribution. *Irish Journal of Psychiatry.* 1994;15:480-93.
38. Equipo EUSKOBARÓMETRO. Estudio periódico de la opinión pública vasca. Mayo 2006. [Consultado 30/3/2008.] Disponible en: <http://www.ehu.es/cpvweb>.
39. Cruz JM. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. *Rev Panam Salud Publica.* 1999;5:259-67.