

Original

Secuelas de la violencia colectiva: hablan las víctimas del estudio ISAVIC

Itziar Larizgoitia^{a,*}, Itziar Fernández^b, Iñaki Markez^a, Isabel Izarzugaza^a, Arantza Larizgoitia^a, Florentino Moreno^b, Darío Páez^c y Carlos Martín Beristain^d, en nombre del equipo ISAVIC[◇]^a Equipo ISAVIC, España^b Departamento de Psicología Social, Universidad Complutense, Madrid, España^c Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España^d Instituto de Derechos Humanos Padre Arrupe, Universidad de Deusto, Bilbao, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de agosto de 2010

Aceptado el 10 de noviembre de 2010

On-line el 5 de marzo de 2011

Palabras clave:

Violencia

Terrorismo

Estado de salud

Métodos epidemiológicos

Investigación cualitativa

RESUMEN

Objetivo: A pesar de la importancia de la violencia colectiva en la salud, aún quedan muchas lagunas sobre la naturaleza de las lesiones que produce y su relación con el bienestar y la calidad de vida de sus víctimas. Durante los años 2005-2008 se realizó en el País Vasco el estudio ISAVIC para estimar los efectos de este tipo de violencia en la salud. El estudio intentó comprender las características de las secuelas de la violencia colectiva en la salud de las víctimas a partir de sus percepciones.

Métodos: Se seleccionó una muestra intencional de 36 víctimas primarias, a través de redes de contactos y mediadores. Se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas, analizadas en función del modelo conceptual del estudio.

Resultados: Los testimonios sugieren que las víctimas han experimentado un proceso traumático de gran intensidad que no han superado en su totalidad y que es causa de una importante pérdida de calidad de vida. Se describen las principales limitaciones funcionales observadas en términos físicos, emocionales y sociales.

Conclusiones: Los resultados cualitativos son coherentes con los obtenidos mediante instrumentos estandarizados, a los que dotan de mayor sentido al explicar la naturaleza de las limitaciones de la salud. También permiten intuir algunas de las relaciones entre las diferentes limitaciones funcionales y su impacto en la calidad de vida. Conviene verificar los resultados con muestras más amplias de víctimas y profundizar en el estudio de la relación entre violencia y salud, incluyendo el impacto del contexto social.

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

Sequelae of collective violence: victims' voices in the ISAVIC study

ABSTRACT

Objective: Despite the significant influence of collective violence on the health status of its victims, there are still many gaps in our understanding of the nature of the functional limitations this violence produces and its impact on victims' wellbeing and quality of life. The ISAVIC study was carried out in the autonomous region of the Basque Country from 2005-2008 to estimate the effects of collective violence on health. The assessment included victims' perceptions of these sequelae and their impact on health.

Methods: A purposive sample of 36 primary victims was selected through contact networks and mediators. The victims' perceptions were collected through semi-structured in-depth interviews, which were later analyzed according to the study's conceptual framework.

Results: The victims' testimony suggests that they were profoundly traumatized by the collective violence experienced, which was often not yet completely overcome and significantly impaired their quality of life. The main functional, physical, emotional and social limitations described by the victims were identified.

Conclusions: The qualitative results of this study are coherent with those obtained through the parametric phase of the ISAVIC study and provide a more complete overview of the nature of the sequelae of collective violence and its impact on quality of life. These results should be verified in larger studies and the influence of the social context on the relationship between collective violence and health should be analyzed in greater depth.

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

Keywords:

Violence

Terrorism

Health status

Epidemiologic methods

Qualitative research

* Autora para correspondencia.

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

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

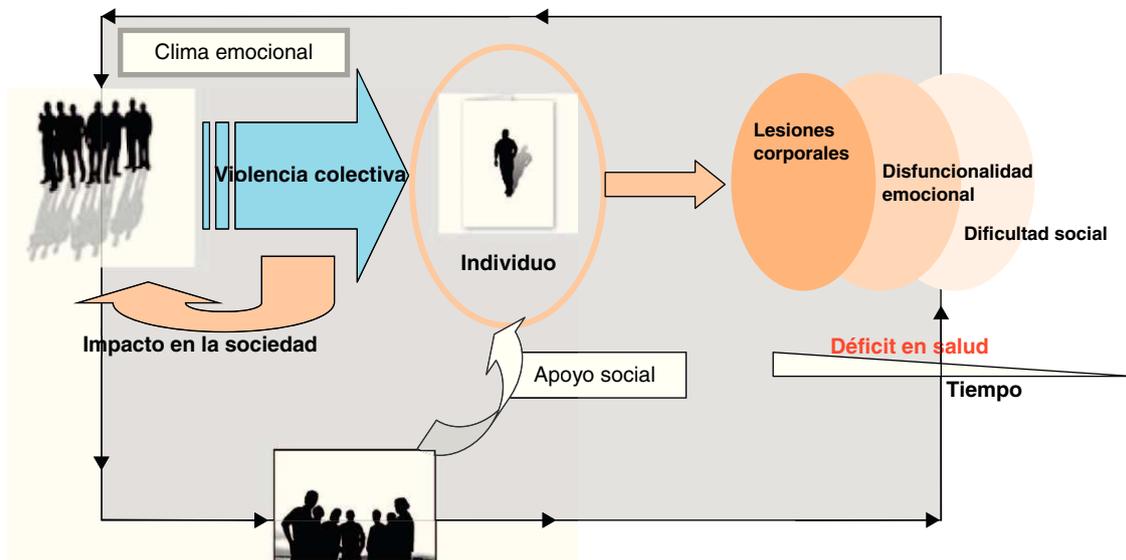


Figura 1. Modelo conceptual sobre la implicación de la violencia colectiva en la salud.

Introducción

La violencia es una constante en las relaciones humanas. También es un determinante de la salud con consecuencias, en muchos casos, devastadoras. La violencia colectiva se define como «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 determinados objetivos políticos, económicos o sociales»¹. La investigación, realizada sobre todo en población sometida a conflictos bélicos, sugiere que entre el 30% y el 60% de los individuos expuestos pueden presentar secuelas emocionales de moderadas a graves^{2,3}, aunque el porcentaje puede ser más alto^{4,5}. No obstante, apenas se conoce su impacto en términos de discapacidad, de alteraciones en el bienestar o en la calidad de vida de sus víctimas y de la colectividad donde opera, sobre todo en situaciones de violencia esporádica o de menor intensidad social. En España, sólo unos pocos estudios han señalado la pérdida de salud en las víctimas de la violencia colectiva^{6,7}.

Durante los años 2005-2008 se realizó en el País Vasco un estudio epidemiológico denominado ISAVIC (Impacto en la SALud de la Violencia Colectiva), que intentaba estimar los efectos de este tipo de violencia en la salud de una selección de víctimas. Sus resultados principales, presentados en otro artículo⁸, sugieren que las víctimas primarias tienden a presentar mayores dificultades funcionales de orden fisiológico, emocional y social, con *odds ratios* entre 4 y 8 veces las de la población sin experiencia de violencia. Además, tienden a sentirse más solas y a percibir un clima emocional más hostil. Estos datos, aunque importantes, no describen las características de las limitaciones. En una segunda fase del estudio se intentó profundizar en la naturaleza de dichas dificultades, para lo cual se recogieron y analizaron las vivencias de los problemas de salud de las víctimas primarias. Los resultados principales de esta fase del estudio se describen aquí y complementan los resultados epidemiológicos presentados con anterioridad.

Método

Modelo conceptual

Describe las relaciones entre la exposición a la violencia colectiva y la salud del individuo, expresada ésta por su capacidad para

realizar sus funciones biológicas, emocionales y sociales según una definición multidimensional de salud⁹. También contempla la relación entre estas variables y el marco social en términos de apoyo social y clima emocional, ambas consideradas potencialmente mediadoras (fig. 1).

Diseño

Se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas en función del modelo conceptual a una muestra intencional de víctimas primarias, para recoger sus percepciones sobre las secuelas derivadas de una experiencia de violencia colectiva ocurrida en el pasado.

Sujetos del estudio

Víctima de la violencia es «todo ser humano que sufre un daño intencionado provocado por otro ser humano»¹⁰. Los sujetos de este estudio fueron «víctimas primarias», es decir, que habían experimentado violencia colectiva en su persona o eran familiares íntimos de personas asesinadas, que pueden sufrir una reacción traumática similar a los recipientes directos de la violencia y también han de afrontar el impacto afectivo y social de los hechos¹¹. Se consideraron «hechos de violencia colectiva» aquellos atribuidos a razones de índole política, social o económica.

Selección de las víctimas primarias

El ámbito del estudio fue la Comunidad Autónoma del País Vasco (en adelante País Vasco). Se seleccionaron víctimas primarias residentes en el País Vasco que habían sufrido al menos un episodio de violencia colectiva desde finales de los años 1970 hasta ese momento. Siguiendo el consejo de especialistas en la atención a víctimas, éstas se seleccionaron por terceras personas (mediadores) que fueron identificados a través de instituciones públicas, organizaciones de apoyo a víctimas y especialistas en atención psicológica y social. Se realizó un gran esfuerzo para incluir a mediadores de todo el arco político y social. Ellos identificaron a las víctimas primarias mediante sus redes de contactos. El proceso de identificación y selección comenzó en enero de 2006 y se prolongó 18 meses, hasta alcanzar un número suficiente de casos. Se intentó que las víctimas representaran hechos violentos y periodos temporales diversos. En total aceptaron participar 36 víctimas primarias, de más de 100

Tabla 1
Razones frecuentes del rechazo a participar en el estudio ISAVIC

- El trabajo está muy bien, es interesante, pero no va a servir para nada.
- Se trata de un tema muy doloroso, sobre el que no quiero hablar.
- Se trata de algo privado.
- No quiero considerarme, ni que me consideren, una víctima.
- No quiero colaborar con algo organizado por XXX.
- No quiero que mi dolor se utilice para fines políticos o de otro tipo.
- No quiero que se investigue a mi costa para que otros medren.
- No quiero mezclarme con “los otros”.
- No quiero hacer daño a mi familia.
- No me fío de que sea anónimo.
- No creo que sea un momento político adecuado.

contactadas. La mayoría expresaron su motivación por ofrecer su testimonio para mejorar la situación de las víctimas y de la sociedad. Las 36 víctimas ofrecen suficiente sustantividad y variabilidad de experiencias. La *tabla 1* refleja los motivos de rechazo de quienes rechazaron participar.

Entrevista

La entrevista y la formación de los entrevistadores se basaron en el Informe de Reconstrucción de la Memoria Histórica de Guatemala¹², una de las pocas experiencias de investigación cualitativa con víctimas de violencia colectiva, adecuada para este estudio. La entrevista se estructuró en las siguientes etapas: 1) ¿Qué pasó?; 2) ¿Qué consecuencias tuvo? (en el momento y en la actualidad); 3) ¿Cómo lo afrontó? (en el momento y en la actualidad); 4) ¿Por qué piensa que pasó?; y 5) ¿Qué se puede hacer para que no se repita? Las etapas 1, 2 y 3 recogen las experiencias de las víctimas sobre el hecho violento y su impacto en la salud, así como las acciones llevadas a cabo por la víctima. La etapa 4 atribuye el hecho a fenómenos de violencia colectiva. La etapa 5 permite a la víctima reflexionar sobre el futuro. La formación de los entrevistadores incluyó seminarios teóricos y ejercicios prácticos basados en simulacros de entrevistas y entrevistas piloto a víctimas reales.

Se realizaron 36 entrevistas válidas, con una duración media de 50 minutos. En otros cuatro casos, la víctima abandonó la entrevista por alguna de las razones expuestas en la *tabla 1*, lo cual llevó a su anulación. Todas las entrevistas fueron grabadas previa autorización de las víctimas, quienes también

aprobaron, en algunos casos tras ligeras modificaciones, su transcripción.

Análisis

Inicialmente se trató cada entrevista con un programa de textos (QSR NUD*ist 6) y posteriormente se revisaron todas manualmente, para identificar vivencias relativas a los elementos representados en el modelo conceptual. Las vivencias se ordenaron en una hoja de cálculo (Excel) para facilitar su interpretación. Para ello se construyó una matriz en función de los tipos de hechos violentos y de las variables clave según el modelo conceptual. A modo ilustrativo se extrajeron algunas expresiones literales (testimonios) para incorporarlas a la descripción de resultados que se ofrece a continuación.

Resultados

Las víctimas

Las 36 personas entrevistadas fueron víctimas primarias de un suceso violento, catalogado como violencia colectiva. Casi todas ellas sufrieron al menos una agresión por su supuesta adscripción a un grupo determinado considerado por los perpetradores como enfrentado a otro que ellos representaban. En algunos casos, las víctimas sufrieron agresiones dirigidas contra otras personas. No obstante, la naturaleza y la intencionalidad de la agresión se encuentran igualmente presentes independientemente de la identidad del receptor.

Más de la mitad de las personas entrevistadas (19) sufrieron el asesinato de un familiar íntimo. Otras (6) sobrevivieron a atentados o intentos de asesinato dirigidos contra ellas mismas, o fueron víctimas accidentales (4) de atentados, manifestaciones u otras acciones dirigidas contra otros sujetos o bienes. Un número importante de las víctimas (7) sufrió amenazas y extorsiones reiteradas. Algunas acumularon experiencias de violencia colectiva durante años, normalmente en forma de amenazas y extorsiones, en ocasiones incluyendo un hecho traumático intenso (un asesinato o un atentado). Nueve víctimas sufrieron el hecho violento antes de 1990, ocho durante los años 1990 y el resto se convirtieron en víctimas primarias a partir del año 2000 (tres casos no pudieron ser clasificados temporalmente) (*tabla 2*).

Tabla 2
Descripción de la muestra y clasificación de las entrevistas.

Fecha del hecho traumático	Tipo de hecho traumático	Relación con el hecho	Sexo del entrevistado (19 hombres y 17 mujeres)
Hasta 1990 (9 entrevistas) 3 mujeres 6 hombres	Asesinato (5) Atentado (1) Enfrentamientos (2) Extorsión/amenazas (1)	Esposa (1) Hijos (4) Herido (1) Heridos (2) Víctima directa (1)	1 mujer 2 mujeres, 2 hombres 1 hombre 2 hombres 1 hombre
De 1991 a 1999 (8 entrevistas) 3 mujeres 5 hombres	Asesinato (4) Atentado (2) Amenazas (2)	Esposa (2) Hijo (1) Hermano (1) Heridos (2) Víctimas directas (2)	2 mujeres 2 hombres 2 hombres 1 mujer, 1 hombre
De 2000 a 2005 (16 entrevistas) 9 mujeres 7 hombres	Asesinato (8) Atentado (4) Amenazas (4)	Esposa (4) Madre (1) Hermana (1) Hermana (1) Hijos (2) Heridos (4) Víctimas directas (4)	7 mujeres, 1 hombre 1 mujer, 3 hombres 1 mujer, 3 hombres
Sin especificar (3 entrevistas) 2 mujeres 1 hombre	Asesinato (2) Atentado (1)	Esposa (2) Herido (1)	2 mujeres 1 hombre

El momento inicial: el trauma

La mayoría de las víctimas entrevistadas manifestaron haber sufrido un choque emocional intenso a raíz del acto violento, que no han olvidado y reviven con intensidad. Las víctimas destacaron emociones de dolor, miedo, rabia e impotencia, tristeza, ganas de llorar, angustia, nerviosismo, odio y malestar al recordar el hecho violento. Aunque prácticamente todas las víctimas recordaron el hecho con dolor, los testimonios que abren este análisis recogen el sufrimiento intenso expresado por las víctimas que padecieron la muerte violenta de un familiar íntimo (tabla 3, testimonios 1).

Independientemente de la naturaleza del hecho violento, las víctimas señalaron que les produjo una sensación de ruptura existencial asociada a emociones negativas que marca un antes y un después (tabla 3, testimonios 2).

El duelo

El proceso saludable del duelo implica una elaboración de la pérdida, resituarla internamente, renovar el significado y rehacer la propia vida. Las víctimas de este estudio sufrieron experiencias muy estresantes y a las cuales es difícil atribuir un significado. Muchas mostraron signos de seguir confrontando las consecuencias de procesos de duelo muy traumáticos en los que no terminan de poder reconstruir sus vidas (tabla 4, testimonios 3).

Lesiones y secuelas

El relato de las víctimas descubrió una amplia relación de lesiones y secuelas en todos los ordenes estudiados. Quienes sufrieron agresiones físicas señalaron lesiones relacionadas con dichas agresiones y con los órganos afectados, además de hospitalizaciones e intervenciones complejas. Su testimonio expresó el impacto funcional ocurrido en el momento de la agresión y también sus consecuencias a lo largo del tiempo, que en algunos casos denotan secuelas físicas de gravedad e intensidad considerables (tabla 5, testimonios 4).

La gran mayoría de las víctimas, independientemente de las características del hecho violento, refirieron síntomas emocionales cuya intensidad y persistencia hacen de él un aspecto muy importante en la expresión de su salud. Se observaron somatizaciones (tabla 5, testimonios 5) y emociones de tristeza, cólera, miedo,

Tabla 3
El momento inicial

Testimonios 1: El shock traumático
<ul style="list-style-type: none"> «Yo pensaba en algunos momentos, durante los primeros días que fueron ¡muy duros! Yo pensaba que no iba poder llegar al siguiente instante. Yo pensaba que cada minuto el dolor me iba a reventar. Porque la sensación de dolor es apabullante...» [74: 79-82] «Mira, ese es un hecho que nunca se olvida. ¡Nunca! ¡Nunca! ¡Nunca! Ahora lo vives un poco más tranquilo, más reflexivo, pero ¡Nunca!... ¡Todos los días! ¡Todos! ¡Todos! ¡Todos! Todos los días lo recuerdas ¡Todos los días!... (...) y ¡Mucha rabia! ¡mucha rabia! ¡mucho dolor! y ¡mucha rabia! (...) ¡Es muy duro! ¡Es muy duro! A pesar del tiempo que ha pasado, esto lo tienes presente siempre. No se te olvida nunca. ¡Todos los días! Siempre tienes algún detalle, que recuerdo, algún detalle!...» [22: 468-471/165-167] «Sólo recuerdo dolor. ¡Dolor! No recuerdo más que dolor; más que llorar; más que noches sin dormir». [93:219] «A mí, me llevaron a casa de unos tíos (...) para quitarme de aquel ambiente de dolor. Pero a la semana volví a casa y era eso, era gris, era negro. Si tuviera que definirlo era dolor y era negro lo que se vivía en mi casa. Y mi madre totalmente ida...» [43: 117-120]
Testimonios 2: El trauma como ruptura
<ul style="list-style-type: none"> «Yo creo que cambió la forma de ver la vida.» [47: 77-77] «Hay un antes y un después.» [82: 360-360] «Yo me quedé en este mundo como algo ... Como una pluma que flota por ahí, que ... que no tiene donde agarrarse...» [92: 549-550]

Tabla 4
El duelo inacabado

Testimonios 3
<ul style="list-style-type: none"> «Pero no estoy bien. No estoy bien porque llevo por dentro mucha tristeza y, pues bueno, con mucha pena por la situación.» / «Bueno, no tengo proyectos. Para mi persona no tengo ni uno.» [63: 150-151 / 430-430] «¡Muy duro! ¡Muy difícil! Hoy es el día que llegan unas Navidades y yo no quiero ni que lleguen... Como la vida sigue... no te queda más remedio que tirar... pero... llevas ya una mochila encima que, aunque vivas 100 años, aunque vivas 2000. O sea, me da igual. A mí, esto de encima, no me lo quita nadie.» [62:69-73/80-81] «Pues esa impotencia que sientes, de que sientes que tu vida no vale para nada, que tu vida se ha truncado, que no vas a poder rehacer tu vida...» [42: 176-178]

culpabilidad, etc. Muy a menudo las víctimas refirieron episodios depresivos y de ansiedad de larga duración, e incluso síntomas compatibles con el síndrome de estrés postraumático y otras afecciones psiquiátricas (tabla 5, testimonios 6).

Dadas las características del estudio, no fue posible establecer perfiles de respuesta en función de los tipos de hechos violentos o de las víctimas. No obstante, se observó que las víctimas de asesinatos relataron episodios de tipo depresivo, aunque éstos también se observaron en otras víctimas. También resultan llamativas las emociones de miedo, angustia y ansiedad, y los sentimientos de persecución y culpa expresados por quienes sufrieron amenazas o extorsiones reiteradas (tabla 6, testimonios 7).

Tabla 5
Lesiones y secuelas fisiológicas y emocionales en las víctimas

Testimonios 4: Secuelas físicas
<ul style="list-style-type: none"> «... cada vez estaba peor. Tenía una fobia tremenda que me obligaba a estar en casa a oscuras porque ya no aguantaba ni la luz ni nada. Me hicieron una evisceración del... me pusieron una prótesis interna. Luego otra ... externa... Al cabo de unos años, hará ahora 3 o 4, tuve una infección tremenda que ocasionó la expulsión espontánea de la prótesis interna y me dijeron que ya no era conveniente volver a ponerla. Después, me tuvieron que realizar una nueva intervención para la reconstrucción de... pues no cesaban las infecciones debido a la sutura antigua...» [42:68-76] «En mi mente está la estancia... un mes en la UVI. Y fue muy grave, afectó a muchos órganos. Todas las especialidades quirúrgicas, ¡he pasado por todas! Y luego, la hospitalización domiciliaria y la convalecencia... se ha prolongado... hasta ahora. Es hasta ahora ...» [94: 127-131]
Testimonios 5: Somatizaciones
<ul style="list-style-type: none"> «A mis problemas con el sueño se unió la aparición de reacciones alérgicas fortísimas que tardaron en desaparecer pese a ser tratadas con antihistamínicos. Yo creo que todo era producto de mi desorden psíquico; de la falta de descanso; de la tremenda tensión; del estrés. Tuve numerosos trastornos digestivos...» [51:192-197] «Porque claro, yo me sentía mal en todos los aspectos. Yo sentía que me dolía la cabeza, que me dolía no se qué... Yo iba a los médicos y me decían "tú no tienes nada, lo tuyo es todo obsesivo. Qué estás todo el día pensando y eso repercute".» [42: 200-204]
Testimonios 6: Secuelas emocionales
<ul style="list-style-type: none"> «Estuve con una depresión de mil pares de (...) Y mucho tiempo que me daba igual cualquier cosa. Antes tenía muchísima ilusión, pues... ¡yo que sé! por cocinar; por hacer cosas; por salir; por... Perdí la ilusión de todo. Es que me daba igual salir por esta puerta, que salir por la ventana (...) y lloraba y lloraba y lloraba y lloraba...» [62: 73-73 / 128-132/246-247] «Estuve con depresiones. Me metía en mi habitación y no quería saber nada. No me vestía; ni salía; ni comía...» [72: 226-227] «...ha sido casi un trastorno borderline. Es que yo llegué a pensar que era otra persona. Quería huir. Quería escapar de mi realidad y me fabriqué otra personalidad más homologable o más fácil de digerir para mí. Entonces, eso me llevó a crear una ficción en torno a mí.» [33: 139-144] «Yo me meto a la cama y estoy agotada, pero mi cabeza no descansa. Y esas pistolas apuntando... Aparecen muchas veces. Y te despiertas con un sobresalto horrible.» [45:172-174] «...veía flashes: con determinado proyectil que por determinado gesto que yo había hecho no me dio en la cabeza... Continuamente era repetir escenas. Eran escenas, digamos humanas, no terribles. No era la parte trágica, dramática o horrible, sino la parte más normal de la escena ...» [93:358-360] «...la destrucción absoluta de todo tu edificio psicológico... o tu catedral psicológica. (...) Es la destrucción absoluta.» [94:178-180]

Tabla 6
Vivencias asociadas a amenazas y extorsiones reiteradas

Testimonios 7: Síntomas de ansiedad por amenazas

- «Mi meta era... que mi hija y mi familia no se enterasen de nada (...) Lógicamente vives unas situaciones de ansiedad, de estrés, de temores constantes (...) pues empiezas a estar en una situación, ya te digo... de ansiedad. También empiezo a entrar en un estado de... de... como te digo... de, de... de pérdida, de... de que parece que no tiene sentido tu vida... que todo lo que haces lo haces mal... que a tu familia le has... has sido tú el culpable. (...) Pensé en el suicidio en aquellos momentos... y... vengo a casa, me tumbo en el sofá... y... y ¡nada! pues con ganas de llorar... Para... a todo esto ¡había llorado! ¡No te puedes imaginar cuánto! Que yo... del llanto no te he hablado... pero qué terapia más buena es... ¡jopé!» [92:374-375/394-395/582-588/ 720-723]
- «¡Terror! Sentí muchísimo miedo ¡eh!... Porque algo que parece... Como te decía, sentí miedo, miedo de que le pasara algo ¡eh!... ¡miedo!... Exactamente, ¡sentí miedo!» [21:96-103]
- «...Pues no acabas de desconectar y eso pues a mí me produce una actitud que... no estoy (...) Pues muy mal ¡Muy mal! Porque han pasado tres años, ¿no? Y... ¡Tres años ya! Tres años han pasado y que continuemos así en la misma situación con escoltas y toda esta historia.» [82:141-158]
- «Siempre tienes miedos. (...) Estás un rato pensando que aquél estará pensando que yo soy tal o soy cual. Y no lo sabes, porque no sabes de qué pie cojea. Pero bueno, lo piensas...» [61:119/169-170]
- «Vivimos en una situación de alerta. Estar continuamente pendientes de lo que se movía a nuestro entorno, si alguien nos seguía o no.» [51: 199-201]
- «¡Los gritos! A mí, los gritos... se te quedan. Un continuo nerviosismo, cualquier ruido que oyes o cualquier tumulto te altera...(.). Sí, porque te da miedo. No en casa, sino que a mí me daban mucho miedo los tumultos. Los sitios con mucha gente, lugares que no tuvieran salida. O sea, que entras en un bar y buscas la salida. La sensación esa, sí. Yo me daba cuenta de que no estaba en mis cabales.» [84:114-115/125-128]

Impacto en la dimensión social

La violencia colectiva también puede afectar a la capacidad de las víctimas para relacionarse con otras personas, para realizar actividades complejas o para participar en la sociedad. Según los testimonios recogidos, el hecho traumático condicionó las relaciones íntimas de las víctimas, en muchos casos en sentido negativo, aunque también se dieron situaciones más favorables (tabla 7, testimonios 8). Más allá del círculo íntimo, la mayoría de las víctimas expresaron dificultades para relacionarse (tabla 7, testimonios 9) y, en muchos casos, para desarrollar actividades laborales o relacionadas con su proyecto de vida (tabla 7, testimonios 10). Sus reflexiones reflejan el impacto percibido de estas limitaciones sociales, laborales o económicas al agravar su calidad de vida y bienestar (tabla 7, testimonios 11).

La dimensión colectiva de la violencia: viviendo en sociedad

En situaciones de violencia colectiva, la relación entre las víctimas y la sociedad en que se produce la violencia es especialmente relevante. La reacción de la sociedad ante las víctimas y la prestación de apoyo emocional y material son algunos de los aspectos que pueden condicionar el impacto de la violencia en la salud. Las víctimas relataron aislamiento, rechazo y estigma, quizás más frecuentes en tiempos más lejanos (tabla 8, testimonios 12). A menudo transmitieron la percepción de falta de apoyo fuera de su círculo íntimo, pero también narraron situaciones más acogedoras y positivas (tabla 8, testimonios 13). Los testimonios sobre las reacciones del entorno social sugieren una mayor variabilidad, quizás expresando el impacto de otros factores, como el periodo temporal, las características sociales y políticas del entorno, u otros. El papel de dichos factores en la modulación del impacto de la violencia en la salud no ha podido ser analizado con el diseño de este estudio.

Sobreviviendo al trauma

El recorrido por la salud de las víctimas se cierra con dos observaciones complementarias. A pesar del tiempo transcurrido, los testimonios sugieren que el trauma y sus secuelas persisten en muchos casos, pero también señalan experiencias de crecimiento

Tabla 7
Mantenimiento de relaciones sociales y realización de actividades

Testimonios 8: El círculo íntimo

- «Rompi mi relación de pareja después de 4 años y medio porque (...) como teniendo a ser un poco introvertida en estas cosas, tendía a guardármelo para mí.» [65:79-81]
- «Nuestro dolor era aislado. Mi madre por un lado, mi padre por otro, mi hermana por otro y yo.» [43:125-126]
- «Es que la familia se rompe. Vamos a empezar por que la familia se rompe... O sea, como romper un edificio, una estructura, ¿no? Algo que está formado de repente se destroza... Es eso. La sensación es esa... Y cada uno tiene su propio dolor.» [93:355/363-364]
- «Mis hijas han estado como una piña y entre las tres, una por no disgustar mirando a la otra y la otra mirando a la una. Al final, por no hacernos sufrir la una a la otra, hemos intentado sobrellevarlo de la mejor manera posible. Pero muy unidas. Mucho más de lo que estábamos antes.» [63:87-89]

Testimonios 9: Relaciones sociales

- «Tienes como una fobia social al principio muy grande. Es más, una de mis hijas, la mayor, todavía no puede estar entre mucha gente, se agobia muchísimo y, bueno, hay muchísimos sitios por los que no puedes pasar...» [63:97-99]
- «Es que era encerrarte en casa...» [42: 205]
- «Me costaba salir sola a la calle o... bueno, salir por ahí. Me costó salir... No quería que nadie me viera, que me reconociera. Era la situación ésta de que... vas por la calle y todo el mundo te mira. Es como verte en un espejo reflejada.» [65:60-61]

Testimonios 10: Desempeño laboral

- «¡Con lo que tienes! Yo no rendía ni la mitad; porque se me iban las cosas. (...) Pero sí... durante esos dos años estuve con muchos bajones, pero siempre manteniendo; porque mis hijos no me podían ver mal.» [91: 213-216]
- «Después de cinco años es ahora cuando me siento incapaz. Estoy de baja. ¡Es que me siento incapaz!» [75: 184-186]

Testimonios 11: Impacto de las limitaciones sociales

- «... Sí, porque yo iba a trabajar, iba a trabajar y no podía. Y claro, si vas a trabajar y no puedes llevar tu trabajo, tú que estás de encargado, me vas a decir: "Oye, yo no te puedo tener aquí porque no me cumples con tu trabajo". Y, claro, entre yo no poder; porque, claro, yo he sido siempre muy activo, me ha gustado llevar mis cosas bien y trabajar y trabajar. Yo no me he dedicado más que a eso. Entonces qué pasa, que tú no puedes... y ves que no llegas y dices "¡me cago en la madre que me parió!" y se te cae el mundo entero.» [41: 245-249]
- «Cuando ya dependes de otra persona, cuando no puedes hacer lo que deseas; que te tienen que llevar; te tienen que traer y, si no, tú andas malamente por la calle, te corta toda la independencia que tenías.» [42: 183/210-213/290-293]
- «Pues se vive malamente. Se vive, pues, reclusa... Parece tortura y absolutamente inhumano... Es obligatorio, todos los días de la vida: yo no puedo abrir la puerta de casa; yo tengo que pagar un buzón de correos; yo no puedo llevar la basura, ¡no puedo pararme en un contenedor de basura!» [83: 136/225-232]
- «Me volví bastante más reservado, bastante más tímido y prácticamente no tuve una adolescencia, no. Cambia mucho la vida, porque no hacía las cosas que hacía la gente de mi edad, ir a discotecas, bailar, salir con chicas...» [33: 169-171]

positivo. Éstas se refieren principalmente al desarrollo de unas mayores fortaleza y seguridad personal, y de nuevas relaciones e intereses, en muchos casos asociados a actividades de apoyo y ayuda a otras víctimas (tabla 9, testimonios 14); las víctimas señalan su voluntad de superación, de recordar y transmitir sus lecciones a la sociedad (tabla 9, testimonios 15).

Discusión

Los testimonios que han compuesto este relato aportan un conjunto de matices sobre la naturaleza y la intensidad percibida del sufrimiento que acompaña a la experiencia de violencia colectiva, que complementan, enriqueciéndolos, los resultados del estudio epidemiológico basado en instrumentos de medida estandarizados. Según éste, el riesgo de las víctimas primarias de presentar dificultades físicas, emocionales y sociales asociadas a la experiencia de violencia colectiva tiende a ser entre 4 y 8 veces superior al de la muestra representativa de la población general del País Vasco que sirvió de referencia. También señalaban la tendencia de las

Tabla 8
Viviendo en sociedad

Testimonios 12: Percepción de aislamiento, rechazo y estigma

- «Mis compañeras me hicieron el vacío por ser víctima» [72:138]
- «En el propio portal, dos o tres vecinos intentaron echarme de la casa. Alegaron que entraban los guardaespaldas y que no podía ser (...), que no era seguro tampoco que yo estuviera allí.» [61:145-146/149-150]
- «Mi hijo era un crío pues muy normal y (...) tuvo problemas, a la hora de que hubo gente que... que... pues que se metieron con él; le rompieron dos o tres veces la moto que tenía... Se la tiraban y se la arrastraban y tal.» [91:425-428]
- «En (los ochenta) ¡encima! tú salías a la calle y la gente se paraba a preguntarte por qué. “¿Y por qué le han hecho eso a tu padre?” ... Tu decías “¡como que hubiera un porqué para que alguien haga algo!” “¿Qué ha hecho?” “Pues, ¿qué ha hecho?” ... Era una pregunta de lo más común. O yo recuerdo ... salir con amigas y a alguno de los padres de alguna amiga, pues, no apeteceerle mucho que tuviera ese tipo de relación; o sea, que fuera amiga tuya o que estuviera contigo... pues porque ... ¡el miedo! En aquel entonces estaba muy instalado el miedo, ¿no?» [93:142-148]
- «Allá mismo, también, en un pueblo... que son bastante ¡impresentables! ¡impresentables! es la palabra... Gente, chavales, pues, le insultaban y le... se reían y le decían... eso. Le insultaban. Y después de muerto ...pues algunos todavía ¡más a la suya! No habían pasado ni dos meses del asesinato ... y en el camino del cementerio no sé qué ponía... ponía insultos ¡con pintadas! ¡en la puerta del cementerio y en el camino!» [75:566-571]

Testimonios 13: Percepción de apoyo social

- «Nunca ha habido ningún apoyo, en ningún aspecto, por parte de la empresa.» [13: 593-594]
- «Lo que he podido asumir, hasta el momento, ha sido gracias a mi familia, a mis hijos, a mis amigos. Eh... al final a cuatro, al final a cuatro.» [45: 413- 414]
- «Yo creo que la gente en general reaccionó bien. Yo creo que nosotros tuvimos bastante suerte en el momento en que nos ha tocado esto, y todo y la reacción (...), la gente que se nos acerca sobre todo es con cariño. Sí que hay gente que se acerca.» [65:164-166]
- «La reacción ha sido en general, en un 90%, totalmente positiva. Había gente que te venía, que te saludaba, que te abrazaba, que se solidarizaba. Eso en los primeros días era un poco complicado porque te tienes que parar cada 2 metros.» [76:486-489]

Tabla 9
Sobreviviendo al trauma

Testimonios 14: Persistencia de secuelas y crecimiento postraumático

- «Yo, en el tiempo que yo llevo en todo esto, le he dado muchas vueltas a la cabeza. Intento, a ver si me entiende, ¿cómo puedo quitarme el muerto de encima? Me lo intento quitar, pero no se me borra de la cabeza. ¡No se me borra de la cabeza!» [41: 342-344]
- «Pero fue una cosa terrible, ¡terrible! ¡terrible! Bueno es que si lo piensas... y ¡vamos!... y es que, lo tienes aquí (señala la cabeza)... Recuerdas tal y como fue porque no se te olvida...» [82: 67-70]
- «...Pero hay muchas cosas buenas y habrá que contarlas. Porque estas cosas generan cosas buenas también, sobre todo con la gente que lo ha vivido; genera muchas relaciones, muchos sentimientos. Yo creo que ves mucha humanidad.» [84: 428-431]
- «Yo lo único que creo es que lo que no te mata te hace más fuerte. De eso estoy casi convencida. Entonces, si de ésta sales... lo que sales es fortalecida. Eso sí está claro. Te hace ser mejor persona. Te hace ser... más comprensiva.» [93: 395-403]
- «...Después veo mi vida que ha sido útil; que he hecho cosas y he ayudado a muchas personas. Les he contado cosas y creo que estoy haciendo cosas importantes...» [72:368-369]
- «... y estoy dentro del foro de las víctimas. Un poco, más que todo, mi manera de participar ha sido un poco... un poco porque mi dolor no se quede únicamente en dolor y no sirva para nada; sino el poner mi granito de arena...» [62: 397-400]

Testimonios 15: Recuerdo y memoria

- «Es muy importante para esta sociedad que no caiga en el olvido, ¡que ha habido esto! Por ejemplo, yo, esto, al nieto, ¡se lo tengo que contar! ¿Entiendes? Tengo un nieto y se lo tengo que contar para que la sociedad que llegue no se tenga que enfrentar nunca a esto. Porque esto es muy duro.» [41: 419-421]
- «Darles nombres y apellidos, porque son personas totalmente ignoradas; escucharles; aprender de lo que sintieron; lo que les supuso la pérdida de ese ser querido cercano o la pérdida de su modus vivendi... Y escucharles.» [35: 392-400]
- «Mira, la sociedad, yo creo que... que sí, se tiene que dar cuenta un poco del sufrimiento y de la realidad. Pues que... que no la sabe... Porque realmente la sociedad en sí, cuando vemos las cosas desde lejos, en la televisión o desde una ventana cuando está pasando, no tenemos el concepto real de lo que hay detrás, del sufrimiento, del dolor, del esfuerzo...» [91: 874-879]

víctimas a sentirse más solas y estigmatizadas que la población general. Los testimonios aquí recogidos refuerzan aquellas observaciones y las dotan de mayor sentido al delinear la naturaleza de dicho sufrimiento, facilitando la comprensión del impacto de la violencia colectiva en la salud de sus víctimas de una manera más completa.

Las víctimas recordaron el trauma asociado al hecho violento¹³ y la sensación de ruptura vital que se tradujo en las secuelas emocionales y sociales descritas. La persistencia, en muchas víctimas, de un dolor intenso al recordar el momento, incluso tras una o más décadas desde el *shock* inicial, puede indicar que el tiempo transcurrido no ha sido suficiente para recolocar el recuerdo de lo sucedido en un lugar desde el cual no invada cualquier experiencia presente, tal como se ha observado en otras víctimas de violencia colectiva intensa¹⁴. Aunque a partir de este análisis no pueden establecerse diagnósticos clínicos, los testimonios ofrecen vivencias compatibles con problemas psicológicos, entre los que destacan las referencias a síntomas depresivos, ansiedad e incluso estrés postraumático, en consonancia con estudios anteriores^{2,15,16}. Las expresiones de ansiedad asociadas a la vivencia de amenazas sugieren la relevancia del impacto de la violencia colectiva aun en ausencia de agresiones físicas. Los familiares íntimos de personas asesinadas han ofrecido testimonios de gran crudeza, concordantes con reacciones traumáticas muy intensas y de larga evolución en estas víctimas^{11,17-19}. Es destacable la observación de limitaciones funcionales de carácter crónico derivadas de las agresiones físicas, ya que, aunque esperables, a menudo no se describen, así como las muy frecuentes dificultades sociales, que en muchos casos generan mayor discapacidad y sintomatología emocional, y que han sido descritas sobre todo por investigadores sociales²⁰⁻²².

Las formas de afrontamiento positivo ante las consecuencias de la violencia que han expresado algunas víctimas es un dato interesante y esperanzador que completa el círculo de la afectación de la salud. El concepto de «crecimiento postraumático» está bien descrito en el ámbito de la psicología clínica y social, y se refiere a la potencialidad de las víctimas de traumas devastadores no sólo de rehacer su vida sino incluso de superar algunos de sus rasgos psicológicos anteriores al trauma y construir otros nuevos a partir de cambios cognitivos, emocionales y conductuales²³.

El conjunto de estos testimonios, aun con las limitaciones derivadas del diseño y del reducido número de víctimas, permite dibujar las grandes pinceladas de unas situaciones que están cargadas de matices de sufrimiento y de voluntad de superación, y que sugieren una carga de enfermedad asociada a la experiencia de violencia colectiva que puede ser significativa. Las vivencias expresadas por las víctimas primarias concuerdan con las observadas en conflictos bélicos, lo cual podría sugerir que, a pesar de que la colectividad ha recibido menor intensidad de violencia, las víctimas primarias perciben los hechos en su intensidad desde su experiencia directa e íntima. No obstante, la posible influencia del ámbito es un aspecto que merece ser analizado con mayor profundidad, dada la naturaleza social de la violencia colectiva²⁴. La psicología social y la sociología han desarrollado, entre otros, los conceptos de «clima emocional» para definir el conjunto de emociones colectivas que influyen en los individuos²⁵ y de «trauma social» para describir la huella, o el impacto negativo, que deja la violencia colectiva en una comunidad²⁶. Este estudio sugiere una cierta variabilidad en el papel de los factores contextuales. Su relación con la salud de las víctimas y de la sociedad necesita ser estudiada.

Las víctimas que participaron en el estudio ISAVIC no son representativas de otras víctimas de la violencia colectiva en el País Vasco. Constituyen un grupo limitado y heterogéneo de personas que generosamente decidieron ofrecer sus vivencias. Sus características personales y sociales, sus posiciones políticas y sus experiencias de violencia colectiva, tanto de los hechos como de los perpetradores, son diferentes. Sin embargo, a pesar de las limitacio-

nes a la validez externa, los testimonios recogidos son coherentes con resultados anteriores y ofrecen además una respuesta consistente ante la experiencia de violencia colectiva que quizás ayude a comprender cómo el hecho traumático repercute en la salud. Indudablemente, estos resultados merecen ser validados en nuevas muestras de víctimas. Conviene señalar, no obstante, que la falta de registros completos de víctimas, el deseo o la necesidad de privacidad de algunas de ellas, sus dificultades emocionales y funcionales, y el riesgo de reagudización, o la ansiedad derivada del estudio, aconsejarían el uso de muestras intencionales.

La importancia de este estudio radica en el desvelamiento, todavía incompleto, del sufrimiento, de gran intensidad, complejidad y persistencia, en que viven las víctimas de la violencia colectiva, así como su posibilidad de crecimiento y recuperación. Su fortaleza reside en la ordenación de las experiencias personales alrededor del modelo conceptual descrito y su yuxtaposición con el estudio paramétrico. Muestra así la potencialidad del análisis cualitativo como complemento del más estandarizado para ayudar a comprender una realidad tan compleja como la tratada en este estudio. Finalmente, anima a ampliar esta línea de investigación, incluyendo acciones para aminorar y prevenir la carga de enfermedad ocasionada por la violencia colectiva.

Declaraciones de autoría

I. Larizgoitia, I. Izarzugaza y I. Markez codirigieron el estudio. I. Larizgoitia fue la redactora principal del manuscrito, y junto con I. Fernández analizaron las entrevistas en profundidad. A. Larizgoitia coordinó y supervisó el trabajo de campo, y junto con I. Izarzugaza y D. Paez completaron la entrevista y la formación de los entrevistadores. F. Moreno asesoró su conceptualización, diseño e interpretación de los resultados. D. Paez y C.M. Beristain diseñaron la estructura de las entrevistas en profundidad y la formación de los entrevistadores, y asesoraron a lo largo del estudio. A. Fernández-Liria, A. Retolaza, I. Iraurgi, J. Ballesteros y J. Alonso asesoraron y contribuyeron a la interpretación de los resultados. Todos los autores han contribuido a la redacción del manuscrito final.

Financiación

El estudio fue financiado por la Fernando Buesa Blanco Fundazioa.

Conflicto de intereses

Los autores no presentan ningún conflicto de intereses para la realización de este estudio.

Agradecimientos

A todas las personas que asesoraron y colaboraron en el estudio. Agradecemos el apoyo y la colaboración de Ildefonso Hernández y de Josep Maria Jansá por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE); de la Asociación Vasca de Salud Mental y de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; y de Nekane Basabe, del Grupo de Investigación Consolidado sobre Cultura y Procesos Psico-sociales de la UPV/EHU. También 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 al apoyo esencial de David Bolton, Director del Northern Ireland Center for Trauma and Transformation; a Yolanda Pérez y Santiago Esnaola, del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, por su colaboración en el muestreo de población; a Francisco Morales e Itziar Fernández Sedano, de la UNED; y a Cristina Merino, abogada y mediadora de GUEZ, por su

asesoría en la puesta en marcha del estudio. Gracias también a Fermín Apeztegia, por facilitar su finalización. Reconocemos a todos los grupos, asociaciones y mediadores sociales de apoyo a víctimas que facilitaron el estudio. Nuestro agradecimiento a la colaboración desinteresada de las 36 víctimas primarias de la violencia colectiva y los 2000 participantes anónimos que respondieron a la encuesta de población, y al apoyo financiero e institucional de la Fundación Fernando Buesa, representados por Milagros García de la Torre y Jesús 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. Davidson JT, Foa EA. Diagnostic issues in post-traumatic stress disorder. *J Abnormal Psychol.* 1991;100:346-55.
3. De Jong JTVM, Komproe IH, Ommeren MV. Common mental disorders in post-conflict settings. *Lancet.* 2003;361:2128-30.
4. Cardozo BL, Bilukha OO, Gotway Crawford CA, et al. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA.* 2004;292:575-84.
5. Ahmad A, Sofi MA, Sundelin-Wahlsten V, et al. Posttraumatic stress disorder in children after the military operation "Anfal" in Iraqi Kurdistan. *Eur J Child Adolesc Psychiatry.* 2000;9:235-43.
6. Baca Baldomero E, Cabanas Arrate ML. Las víctimas de la violencia. Madrid: Editorial Triacastela; 2003.
7. Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A, Iruarizaga I, et al. Consecuencias psicológicas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Insert. Ansiedad y Estrés.* 2004;10:1-11.
8. Larizgoitia I, Izarzugaza I, Iraurgi I, et al. Impacto de la violencia colectiva en la salud. Resultados del estudio ISAVIC en el País Vasco. *Gac Sanit.* 2011;25:115-21.
9. OMS. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
10. Echeburua E. Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Pirámide; 2004.
11. Figley CR, Bride BE, Mazza N, editors. Death and trauma: the traumatology of grieving. Washington, DC: Taylor and Francis; 1997.
12. Guatemala: nunca más. Informe de Recuperación de la Memoria Histórica (REMHI). Proyecto Interdiocesano Recuperación de la Memoria Histórica. Guatemala, Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, 1998. [Consultado 5/7/2010.] Disponible en: <http://www.odhag.org.gt/03publicns.htm>.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
14. Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, et al. Prospective study of posttraumatic stress, anxiety and depressive reactions after earthquake and political violence. *Am J Psychiatry.* 2000;157:911-6.
15. Shalev AY, Freedman S, Peri T, et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry.* 1998;155:630-7.
16. Cardozo BL, Vergara A, Agani F, et al. Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *JAMA.* 2000;284:569-77.
17. Bonnano GA, Kaltman S. Towards an integrative perspective on bereavement. *Psychol Bull.* 1999;125:760-76.
18. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma. New York: The Free Press; 1992.
19. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, et al. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry.* 1997;154:904-10.
20. Pérez P. El trabajo en salud mental en situación de violencia política o conflicto armado. Perspectiva histórica y redes internacionales. En: Pérez, P., editor. Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política. Exlibris Salud Pública. Exlibris ediciones; 1999.
21. Fullilove MT, Heon V, Jiménez W, et al. Injury and anomie: effects of violence on an inner-city community. *Am J Pub Health.* 1998;88:924-7.
22. Martín-Baró I. Psicología social de la guerra. San Salvador, El Salvador: UCA Editores. 1990. [Consultado el 10/10/2005.] Disponible en: www.sites.google.com.
23. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG, editores. *Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of Crisis.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1998.
24. Summerfield D. War and mental health: a brief overview. *BMJ.* 2000;321:232-5.
25. De Rivera J. Emotional climate: social structure and emotional dynamics. International review of studies on emotion. Strongman T @ John Wiley & Sons Ltd.; 1992, 2, 197-218.
26. Martín-Baró I. La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de Psicología de El Salvador.* 1988;7:123-41.