

Artículo especial

¿Cómo influye la violencia colectiva en la salud?

Modelo conceptual y diseño del estudio ISAVIC

Itziar Larizgoitia^{a,*}, Isabel Izarzugaza^a, Iñaki Markez^a, Itziar Fernández^b, Ioseba Iraurgi^c, Arantza Larizgoitia^a, Javier Ballesteros^d, Alberto Fernández-Liria^e, Florentino Moreno^b, Ander Retolaza^f, Darío Páez^g, Carlos Martín-Beristaín^h y Jordi Alonsoⁱ, en nombre del equipo ISAVIC[◇]

^a Equipo ISAVIC, España

^b Departamento de Psicología Social, Universidad Complutense, Madrid, España

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

^d Facultad de Medicina, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea, Leioa, España

^e Asociación Española de Neuropsiquiatría, España

^f Asociación Vasca de Salud Mental, España

^g Facultad de Psicología Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea, San Sebastián, España

^h Instituto de Derechos Humanos Padre Arrupe, Universidad de Deusto, Bilbao, España

ⁱ Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de mayo de 2010

Aceptado el 3 de enero de 2011

On-line el 6 de abril de 2011

Palabras clave:

Violencia

Estado de salud

Métodos epidemiológicos

R E S U M E N

Objetivos: La investigación epidemiológica de la violencia colectiva (con fines políticos, sociales o económicos) es muy incipiente a pesar de su creciente reconocimiento como un problema de salud pública. Este artículo describe el modelo conceptual y el diseño de una de las primeras investigaciones realizadas en España para medir el Impacto en la Salud de la Violencia Colectiva (estudio ISAVIC).

Métodos: A partir de una amplia revisión no sistemática de la literatura se describe el alcance global de dicho impacto y se propone un marco teórico que describe la relación. La revisión identifica las posibles consecuencias de la violencia colectiva en las dimensiones física, emocional y social de la salud. El modelo sirve de base para establecer el diseño del estudio y sus instrumentos de medida.

Resultados: Se describe el conjunto de posibles secuelas producidas por la violencia colectiva y se propone un marco relacional y temporal. El modelo considera el efecto en víctimas primarias y secundarias, y su relación con el medio social. Se diseña un estudio empírico con una metodología mixta para estimar la magnitud y la naturaleza de la posible afectación de la salud por la violencia colectiva.

Conclusiones: El estudio ISAVIC señala la coherencia del modelo diseñado, apoyando que la violencia colectiva puede afectar a las principales dimensiones de la salud en relación con el marco social donde opera. Es necesario validar estos resultados con nuevos estudios.

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

How does collective violence shape the health status of its victims? Conceptual model and design of the ISAVIC study

A B S T R A C T

Objectives: Epidemiologic research on collective violence (violence exerted by and within groups in pursuit of political, social or economic goals) is very scarce despite its growing recognition as a major public health issue. This paper describes the conceptual model and design of one of the first research studies conducted in Spain aiming to assess the impact of collective violence in the health status of its victims (study known as ISAVIC, based on its Spanish title *Impacto en la Salud de la Violencia Colectiva*).

Methods: Starting with a comprehensive but non-systematic review of the literature, the authors describe the sequelae likely produced by collective violence and propose a conceptual model to explain the nature of the relationships between collective violence and health status. The conceptual model informed the ISAVIC study design and its measurement instruments.

Results: The possible sequelae of collective violence, in the physical, emotional and social dimensions of health, are described. Also, the review distinguishes the likely impact in primary and secondary victims, as well as the interplay with the social environment. The mixed methodological design of the ISAVIC study supports the coherence of the conceptual model described.

Conclusions: The ISAVIC study suggests that collective violence may affect the main dimensions of the health status of its victims, in intimate relation to the societal factors where it operates. It is necessary to validate these results with new studies.

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

Keywords:

Violence

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.

Introducción y objetivos

La violencia, en sus diferentes manifestaciones, es una constante en las relaciones humanas, además de un factor de riesgo para la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su primer informe sobre este tema¹ señaló que la violencia representa un problema de salud de primera magnitud, y animó a los gobiernos e instituciones relacionadas con la salud pública a poner en marcha medidas de análisis, prevención y tratamiento. Una de sus categorías, 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. Es la violencia que resulta de la relación entre supuestos miembros de grupos, reales o imaginados, con la intención, en al menos una de las partes, de causar algún tipo de daño en la otra. Incluye las guerras, el terrorismo, los levantamientos y rebeliones, la agresión y extorsión organizadas contra prisioneros y ciudadanos, también las luchas entre bandas o pandillas, la violencia derivada de conflictos étnicos, religiosos o similares, y las extorsiones de las mafias¹.

El estudio epidemiológico de estos fenómenos de origen marcadamente social es todavía algo limitado. Los primeros análisis sobre el impacto de la violencia colectiva en la salud se centraron en las repercusiones psicológicas de los supervivientes de la primera y de la segunda guerra mundial, y de los soldados y prisioneros de la guerra de Vietnam². Posteriormente se han ido ampliando las poblaciones de estudio, incluyendo a civiles residentes en zonas de conflicto, en campos de refugiados o en el exilio, e incluso a descendientes de víctimas directas y a población victimizada de forma indirecta o periférica. Con bastante menor frecuencia se ha estudiado el impacto de la violencia colectiva considerada de menor intensidad, o en ausencia de conflictos bélicos reconocidos, y que por ello afecta de manera muy desigual a las personas de una misma sociedad.

Con todo ello, la investigación sobre el impacto de la violencia colectiva en la salud se ha caracterizado por una relativa fragmentación disciplinaria y por una mirada relativamente estrecha. La mayor parte de los estudios epidemiológicos se ha centrado en aspectos muy concretos de la salud mental, como la aparición de estrés postraumático u otras afecciones psiquiátricas como la depresión. Apenas se ha contemplado el impacto en otras dimensiones de la salud³, como puede ser en el conjunto de discapacidades, en el bienestar emocional de las víctimas o en su desarrollo personal y social. Algunos modelos psicológicos, de importancia para la comprensión de la reacción humana ante el trauma psicológico, así como otros psicosociales y sociológicos sobre el impacto de la violencia colectiva en las dinámicas de la comunidad y en sus repercusiones individuales, también han tenido un eco limitado en el análisis epidemiológico. El estudio de la relación entre la violencia colectiva y la salud es, por ello, un campo todavía poco explorado, al mismo tiempo que un reto conceptual.

Entre los años 2005 y 2008 se llevó a cabo el estudio epidemiológico denominado ISAVIC (Impacto en la SALud de la Violencia Colectiva), que intentó estimar por primera vez en el País Vasco los efectos de la violencia colectiva en la salud de una selección de víctimas primarias y secundarias. Este artículo describe el modelo conceptual y el diseño utilizados en este estudio, y discute algunos de sus retos epidemiológicos más importantes.

Desarrollo de un marco conceptual

Al inicio del proyecto ISAVIC fue necesario diseñar un marco teórico que describiera el conjunto de posibles efectos en la salud de la violencia colectiva en concordancia con sus definiciones operativas

adoptadas en el estudio^{1,3} (tabla 1). Con este fin, se constituyó un comité asesor que incluyó epidemiólogos generales y psiquiátricos, psicólogos y psiquiatras clínicos, psicólogos sociales, sociólogos, especialistas en investigación en derechos humanos y resolución de conflictos, mediadores sociales y médicos generalistas. La mayoría de los miembros del comité contaban con experiencia en el tratamiento de víctimas de conflictos, incluidas guerras y otros hechos de violencia colectiva, y varios de ellos también representaron a varias sociedades científicas y grupos profesionales de relevancia en este tema. El comité aportó directrices teóricas y contribuyó a interpretar y ordenar la base científica. Ésta se obtuvo de sucesivas revisiones de la literatura, que buscaron identificar las posibles dimensiones de la salud y los factores mediadores que pudieran verse afectados por hechos de violencia colectiva. Se realizaron búsquedas no sistemáticas de estudios originales y revisiones en Medline utilizando combinaciones de los descriptores «violencia», «terrorismo», «guerra», «shock traumático», «desorden de estrés postraumático» y «estado de salud», que fueron ampliándose con nuevos términos y palabras clave a medida que se reconocían nuevas dimensiones relevantes para el modelo, como «duelo», «resiliencia psicológica», «apoyo social», «enfrentamiento», etc. También se realizaron búsquedas en la Social Science Research Network y en Internet a través de Google, sobre todo para identificar literatura social y gris, añadiendo términos como «clima emocional», «trauma social», «violencia colectiva» y «violencia política», entre otros. A partir de la información recogida y tras discusiones y jornadas de trabajo específicas con el comité asesor, se acordó el marco conceptual del estudio que se describe a continuación de manera narrativa y se refleja en la figura 1.

Las posibles secuelas de la violencia colectiva en la salud

Las consecuencias de la violencia en la salud: la muerte y otras lesiones

Las consecuencias más evidentes de la violencia son aquellas asociadas con agresiones físicas. La muerte es la consecuencia más dramática, y la violencia es una de sus primeras causas en todo el mundo, sobre todo en las personas jóvenes^{4,5}. La muerte puede ser consecuencia directa de las agresiones o resultar de la provocación o agravación de afecciones. No obstante, con mucha mayor frecuencia la violencia causa lesiones no fatales. Por ejemplo, un estudio en Sudáfrica estimaba que por cada agresión mortal se producían otras 50.000 no mortales⁶. La diversidad de lesiones corporales que puede ocasionar la violencia es muy amplia, en función del tipo de agresión, del agente utilizado y de los órganos o tejidos agredidos. Politraumatismos, quemaduras, destrucción o amputación de miembros y órganos, intoxicación o ahogamiento por inhalación o ingestión, heridas por armas de fuego o estallido, aplastamiento o lesiones por onda explosiva, son todos ejemplos de posibles lesiones derivadas de agresiones físicas. Todas ellas pueden desencadenar numerosas secuelas funcionales, agravar afecciones preexistentes o inducir la aparición de nuevas alteraciones.

La reacción psicológica ante el hecho violento: el trauma

Con mucha frecuencia, como también ocurre con otros sucesos graves, los hechos violentos intensos pueden constituir un fenómeno traumático para la víctima. En estos casos, su vivencia y superación tienen una gran influencia en la salud.

El trauma o el *shock* traumático es la conmoción emocional provocada por un hecho que se percibe como amenaza importante y se vive generalmente con temor intenso, desesperanza u horror⁷. Es una reacción temporal y normal ante un hecho grave,

Tabla 1
Ficha técnica del estudio ISAVIC

Objetivos	- En las víctimas primarias, ¿se observa una alteración del estado de salud asociada a la exposición a la violencia colectiva? ¿Qué dimensiones de la salud resultan afectadas? ¿Cuál es la magnitud de la asociación? ¿Cuáles son los factores posiblemente mediadores que aparecen modificados? - En la población general, ¿se observa una alteración del estado de salud asociada a la exposición a la violencia colectiva? ¿Qué dimensiones de la salud resultan afectadas? ¿Cuál es la prevalencia de la exposición declarada a actos de violencia colectiva de la población residente en el País Vasco?
Definiciones	- Salud: capacidad del individuo de desarrollar sus funciones biológicas, fisiológicas, emocionales y sociales, y de realizar y participar en actividades complejas (basado en el modelo de la Clasificación Internacional de Funcionalidad³) - Violencia colectiva: la ejercida por personas que se identifican como miembros de un grupo, transitorio o de larga duración, contra otro grupo o conjunto de individuos, con el fin de conseguir objetivos políticos, económicos o sociales¹
Diseño	- Ámbito: Comunidad Autónoma País Vasco - Fase 1. Estudio retrospectivo de vivencias: entrevista semiestructurada en profundidad para una muestra intencional de víctimas primarias (36 casos) - Fase 2. Estudio transversal, observacional, por encuesta estandarizada a: - Muestra probabilística representativa de la población residente >16 años (2007 sujetos) - Muestra intencional de víctimas primarias (33 casos)
Variables	- Variable respuesta: estado de salud en sus dimensiones funcionales (fisiológica, emocional y social) - Variable independiente: exposición a la violencia colectiva - Covariables: demográficas, impacto en creencias y valores básicos, estrategias de afrontamiento, percepción de apoyo social y de clima social
Instrumentos de medición	- Entrevista semiestructurada en profundidad - Cuestionario estandarizado descrito en la tabla 2
Análisis	- Análisis de las entrevistas en profundidad: - Extracción de vivencias en relación con las variables de interés e interpretación según el modelo conceptual - Análisis del estudio transversal: - Comparación entre víctimas primarias y población general (razón 1:5) emparejadas en función del sexo, la edad, la educación y la residencia. Cálculo de frecuencias, análisis bivariado y regresión condicional en función de la exposición a la violencia colectiva - Frecuencias y análisis bivariado en la población general en función de su exposición declarada a la violencia
Marco temporal	- Preparación: 2003-2004 - Periodo de ejecución: 2005-2008 - Trabajo de campo: 2005-2007 - Análisis: 2007-2008 - Diseminación a colectivos afectados, movimiento asociativo, sociedad civil: 2009 - Diseminación científica: 2011

cuya superación requiere un proceso de adaptación a la nueva realidad^{8,9}. La reacción traumática se acompaña a menudo de reacciones adaptativas, como estupor o ansiedad, trastornos del sueño, angustia, sensaciones de culpa y vergüenza, tristeza, irritabilidad, desesperanza, e incluso alteraciones psicosomáticas y otras¹⁰. El trauma puede superarse en unos meses, pero en ocasiones puede cronificarse y producir secuelas importantes. El carácter súbito y brutal que acompaña a la violencia colectiva parece dificultar su

resolución^{11,12}, en particular en los casos más graves, como pueden ser los asesinatos¹³⁻¹⁵.

Secuelas emocionales

Casi todos los tipos de violencia, aun en ausencia de agresiones físicas, pueden generar daño emocional¹⁶. Se estima que entre el 30% y el 60% de las personas expuestas a una violencia colectiva

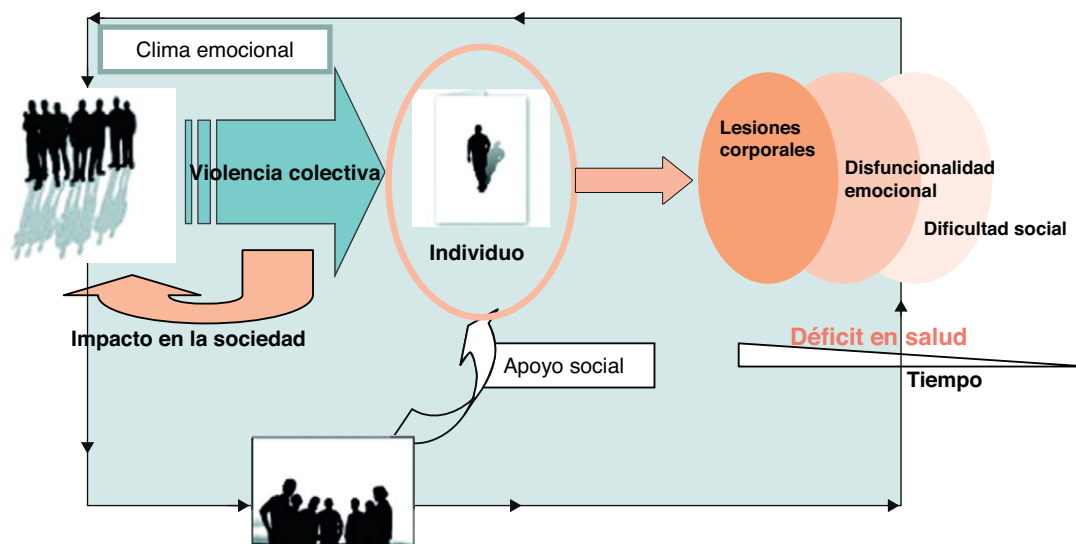


Figura 1. Modelo conceptual sobre la implicación de la violencia colectiva en la salud.

intensa es posible que sufran secuelas psicológicas que pueden llegar a ser graves y persistentes^{17,18}. Por ejemplo, se han observado secuelas en soldados décadas después de finalizado el conflicto bélico¹⁹, al igual que en supervivientes de los campos de concentración nazis²⁰.

Las lesiones psicológicas asociadas a la violencia son numerosas y muy a menudo coexisten varias de ellas¹⁷. Destacan los trastornos afectivos y de ansiedad, somatizaciones y el síndrome de estrés postraumático (SEPT), además de sentimientos negativos como vergüenza, desesperación y hostilidad, y alteraciones de la conducta y de las relaciones interpersonales.

El SEPT es una afección específica asociada a la vivencia de violencia y de otros traumas psicológicos graves. Se considera un trastorno de ansiedad complejo, caracterizado por la reexperimentación del suceso traumático junto a sentimientos angustiosos e inquietud, conductas de evitación que pueden llegar a la inhibición, e insensibilidad emocional y reacciones fisiológicas del tipo de hiperreactividad, irritabilidad, hipervigilancia y respuesta de alarma exagerada, especialmente ante evocaciones recurrentes del trauma²¹. Algunos autores lo consideran un epifenómeno²², mientras que otros lo consideran una reacción esperada ante un trauma grave e intenso²³. Las estimaciones de prevalencia del SEPT oscilan según las poblaciones de estudio y la metodología utilizada. Se estima que lo pueden desarrollar alrededor de un 25% de las personas que sufren un trauma grave, pero la frecuencia puede ser mayor ante situaciones de amenaza vital²⁴. Entre las víctimas de violencia colectiva intensa con frecuencia se observan altas tasas de SEPT. Por ejemplo, en Israel se han estimado frecuencias de cerca del 40% en las víctimas de ataques terroristas, frente al 18% en supervivientes de accidentes de tráfico²⁵. Se han citado cifras que oscilan entre el 25% y el 30% en algunas muestras de población civil en Ruanda²⁶ y Yugoslavia²⁷, respectivamente. Las cifras parecen aumentar en relación con la intensidad de los hechos traumáticos. Por ejemplo, un estudio con niños que habían sufrido bombardeos en Palestina refería cifras cercanas al 60%, frente a un 25% en los niños que habían sufrido otras agresiones²⁸. En algunos estudios con veteranos y refugiados de guerra se han observado frecuencias que sobrepasan el 80%²⁹ e incluso se acercan al 100%^{30–32}, aunque a menudo se trata de muestras pequeñas y muy específicas. En situaciones de menor intensidad bélica, como en Irlanda del Norte, se ha estimado que puede presentarlo un 8,5% de la población a lo largo de su vida³³. Con frecuencia el SEPT se acompaña de otros problemas psicológicos, como la depresión³⁴. Un metaanálisis reciente con cerca de 80.000 sujetos, entre refugiados y población sometida a conflictos bélicos, estimaba una prevalencia de SEPT cercana al 30% y de otro 30% para la depresión³⁵. La exposición a la tortura parecía ser el principal factor predictivo de SEPT, mientras que la repetición de hechos traumáticos lo era de depresión.

La prevalencia de depresión aislada en víctimas de violencia colectiva también parece muy alta. Un estudio entre población sudamericana estimaba en un 36% la prevalencia de depresión en las víctimas de violencia colectiva, frente al 20% en el resto de la población; en un 18% y un 8%, respectivamente, la prevalencia de SEPT; y en un 11% y un 5%, respectivamente, la de trastornos de pánico³⁶.

Factores contribuyentes, mitigadores y resiliencia

La comprensión de los factores que favorecen la resolución del trauma, o que por el contrario lo agravan, parece esencial para comprender la variabilidad de las consecuencias de la violencia colectiva.

La actitud de la víctima ante el trauma es uno de estos factores. Las estrategias de afrontamiento son las reacciones psicológicas conscientes e inconscientes dirigidas a controlar el sufrimiento, y

de cuya eficacia depende en gran medida su superación^{37,38}. Las estrategias llamadas «pasivas», como la evitación, la negación, la desconexión emocional u otras conductas escapatorias, intentan reducir la carga emocional del momento³⁹; las «activas» buscan solucionar o comprender el suceso e incluso afrontarlo. En general, estas últimas se consideran más eficaces, aunque también pueden resultar perjudiciales (p. ej., en situaciones de amenaza vital), mientras que las pasivas también pueden resultar en ocasiones beneficiosas (al amortiguar las emociones más intensas)^{9,39,40}. En general, se postula que la mejor opción es adaptar las estrategias de manera dinámica al marco social³⁷.

La valoración que el individuo haga de la pérdida sufrida y su capacidad para integrar la interpretación del hecho violento en un significado más amplio y fundamental también parecen importantes⁸. Suele considerarse que las valoraciones muy negativas y el estilo atribucional interno se asocian a la perduración de los síntomas⁹. Las víctimas con antecedentes de síntomas psiquiátricos, menor resistencia al estrés o inferior madurez emocional, parecen más susceptibles de sufrir secuelas prolongadas⁴¹, al igual que los niños^{42–45}. Se ha propuesto que la violencia puede interferir en la formación de su identidad⁴⁶ y moral^{47,48}, y en su capacidad para establecer relaciones sociales⁴⁹, así como arrastrarles a una cultura de la violencia⁵⁰ y en ciertos contextos favorecer la aparición de patología mental en la edad adulta⁵¹. Al contrario, las personas capaces de afrontar los hechos traumáticos mediante la reelaboración positiva de lo ocurrido o su aceptación no desesperanzada, y aquellos que muestran más emocionalidad positiva, se asocian a una mayor resiliencia psicológica⁵².

La disponibilidad de otras personas que presten cuidados, apoyo emocional, aprecio o amor, parece fundamental para resolver el trauma. Se cree que las relaciones familiares positivas⁵³ y el apoyo social satisfactorio modulan la reactividad psicológica de las víctimas ante el estrés, aminoran su percepción del daño y ayudan a reinterpretar más favorablemente la situación^{54–56}. También la convicción y la identificación ideológica con alguno de los discursos que expliquen la situación violenta parecen poderosos protectores de la integridad psicológica^{57–59}, como se observa en algunos soldados y en civiles que desarrollan estrategias de afrontamiento activas en contextos de significado positivo de la violencia^{37,53,60}.

Impacto social

La violencia colectiva tiene una dimensión social indudable al darse en un ámbito determinado y sobre todo al interpretarse colectivamente^{22,61}. La psicología social ha descrito el concepto «clima social» para expresar el conjunto de emociones que se transmiten y comparten por una colectividad, y que, aunque atribuidas al entorno, modulan las emociones individuales⁶². En situaciones de violencia colectiva se describe a menudo la instauración de un clima emocional caracterizado por miedo, ansiedad, inseguridad, desesperanza y desconfianza en la sociedad y en las instituciones, que también parece favorecer las relaciones sociales marcadas por la polarización y las creencias estereotipadas^{63–65}. En este ambiente, los individuos pueden desarrollar conductas de evitación y aislamiento, sentimientos de culpa y vergüenza, limitar su solidaridad o desconectar cognitivamente y en su conducta; también puede facilitarse nueva violencia^{66,67}. El concepto «trauma social»⁶⁸ describe la afectación emocional que prevalece en una comunidad como consecuencia de la violencia colectiva, e implica que las repercusiones individuales de la violencia también se derivan del vínculo de los individuos con la sociedad^{68–70}. Por ejemplo, las altas frecuencias de ansiedad (94%) y SEPT (65%) observadas en algunos grupos de jóvenes en Gaza, atribuidas a las condiciones de vida o a la participación en estrategias de afrontamiento⁷¹, pueden sugerir este fenómeno.

Tabla 2

Instrumento de medida estandarizado utilizado en el estudio ISAVIC

Variable	Dimensión	Instrumento propuesto
Variable respuesta: salud	Disfuncionalidad general Percepción de bienestar general Riesgo de alteración psiquiátrica Alteración de la participación social	WHO DAS II/12 ⁸⁰ SF-12 ⁸¹ GHQ 12 ⁸² UCLA de soledad ^{83,84} , estigma de Wayment ⁸⁵
Variable independiente: violencia	Taxonomía del trauma	Escala de cribado de hechos traumáticos de Norris ⁸⁶ Adaptado del Cuestionario ACTIVA ⁸⁷
Covariables individuales	Estrategia de afrontamiento Impacto en creencias Impacto en valores Demográficos	Escala de afrontamiento de Carver ^{88,89} Escala de impacto en creencias Tedeschi ⁹⁰ Escala de valores sociales de Schwartz ⁹¹ Referencia Encuesta Vasca de Salud
Covariables de contexto	Apoyo social percibido Clima emocional	Escala de apoyo social percibido Vaux ^{92,93} Escala de clima emocional de Paez ⁹⁴ y de De Rivera ⁶²

WHO DAS II: World Health Organization's Disability Assessment Scale II; SF-12: Short form 12 health survey; GHQ 12: 12-Item General Health Questionnaire.

Victimización

En términos amplios, víctima de la violencia es «todo ser humano que sufre un daño intencionado provocado por otro ser humano»⁷². Quienes reciben directamente la agresión se consideran «víctimas primarias». Otros allegados de las víctimas, los testigos o el personal de auxilio e incluso terceras personas, pueden sensibilizarse ante la visualización o el conocimiento de la violencia, por transferencia emocional e intelectual o por reactivación de memorias de traumas anteriores, como ocurre a menudo en antiguas víctimas primarias^{73,74}. Son éstas las «víctimas secundarias», quienes también pueden desarrollar ansiedad, depresión, somatizaciones e incluso estrés postraumático^{73,75}. En los atentados del 11-S en Nueva York, un 5% de una muestra de la población general presentaba estrés postraumático 1 mes después de los atentados⁷⁶ y un 6,4% de los trabajadores que participaron en las labores de rescate hasta 6 meses después^{77,78}.

Resumen: la relación entre la violencia colectiva y la salud

Del conjunto de la literatura destaca que la violencia colectiva puede llegar a provocar en sus víctimas un conjunto de lesiones corporales si media agresión física, y con frecuencia una conmoción traumática, cuya evolución determinará las posibles secuelas funcionales, ya sean fisiológicas, emocionales o sociales. Las características de los hechos violentos, su intensidad, duración y reiteración, podrán influir en el estado de salud. Algunas características del individuo, como su resistencia psicológica y la eficacia de las estrategias de afrontamiento que adopte, así como la disponibilidad de apoyo social en su entorno o la calidad del clima social imperante, pueden mediar en esta relación (figura 1).

El diseño del estudio ISAVIC

A partir del marco teórico descrito se diseñó el estudio ISAVIC de manera que permitiera valorar la asociación entre la violencia colectiva y la salud en víctimas primarias y secundarias de la Comunidad Autónoma del País Vasco (en adelante País Vasco). Se consideró como víctimas primarias a quienes habían sufrido directamente la violencia colectiva y a los familiares en primer grado de personas asesinadas; y víctimas secundarias a otros allegados de las víctimas primarias o a población sensibilizada de manera indirecta.

El proyecto se contempló en dos fases complementarias: una dirigida a recoger las vivencias y la percepción de la salud de las víctimas primarias a través de entrevistas en profundidad, y otra dirigida a establecer comparaciones entre la salud de las víctimas y la población general mediante una encuesta estructurada sobre una muestra transversal de la población general además del grupo de

víctimas. El comité asesor supervisó y ejerció un control de calidad a lo largo del estudio. Los resultados de cada una de estas fases, así como sus diseños específicos, se han descrito en otros artículos.

La realización del estudio en un ámbito en el cual la violencia colectiva se percibía como una amenaza real planteó una serie de dificultades evidentes a la hora de suscitar la colaboración de la población. A ello se añadió la necesidad de tratar a las víctimas primarias con suma delicadeza, dada su probable afectación y riesgo de nueva victimización ante la rememoración de los hechos. Por ello, la selección de las víctimas primarias fue intencional, siguiendo un procedimiento de identificación y comunicación personalizado facilitado por mediadores, que buscaba la colaboración de las víctimas dentro de un marco de respeto. En él participaron numerosas instituciones públicas, organizaciones de víctimas radicadas en el País Vasco, mediadores sociales y especialistas en atención psicológica y de apoyo a víctimas. El conjunto de mediadores identificó a las 36 víctimas primarias que colaboraron en el estudio.

El modelo conceptual ofreció la estructura para diseñar los instrumentos de recogida de datos del estudio. Así, las entrevistas en profundidad recogieron las lesiones y secuelas percibidas y atribuidas a los hechos de violencia colectiva por las víctimas, mientras que un cuestionario construido a partir de la yuxtaposición de instrumentos validados (tabla 2) permitió estimar la magnitud de la asociación entre la experiencia de violencia colectiva y la salud en varias de sus dimensiones. Para establecer la comparación entre los dos grupos analizados, se emparejaron las víctimas primarias con una muestra de sujetos sin experiencia de violencia colectiva extraídos de una muestra de 2007 personas representativa de la población mayor de 16 años residente en el País Vasco.

Reflexiones finales

Los resultados obtenidos apoyaron la coherencia del modelo al sugerir que las víctimas primarias tendían a mostrar patrones de salud sensiblemente peores en prácticamente todos los parámetros analizados, en correspondencia con las dimensiones de la salud contempladas en el modelo conceptual. Las víctimas obtuvieron valoraciones significativamente peores en su percepción de bienestar físico y emocional, parecieron mostrar mayor riesgo psiquiátrico y mayores dificultades en su capacidad de realizar actividades, incluyendo la participación social. También parecieron sentirse más solas y estigmatizadas. De manera complementaria, las entrevistas en profundidad añadieron una gran cantidad de matices sobre la sintomatología asociada a la violencia, en concordancia con la información derivada de la literatura. También se suscitaron nuevas preguntas de investigación, entre las que destacan las relacionadas con el impacto de la violencia colectiva en la salud de las víctimas secundarias, que no pudo analizarse con el diseño del estudio.

La complejidad de fenómenos, como el de la violencia colectiva, cuyo origen, relaciones y recorridos causales van más allá del ámbito tradicional biomédico hasta el social, conductual y antropológico, entre otros, sugiere la conveniencia de adoptar aproximaciones y metodologías multidisciplinares. El modelo teórico elaborado para este estudio es el resultado de ordenar una selección extensa del conocimiento existente sobre las consecuencias en la salud de la violencia colectiva, a partir de la adopción de unas definiciones amplias de los conceptos de salud y de violencia colectiva. Así, se han podido relacionar diferentes modelos de afectación de la salud por la violencia colectiva que proceden de dominios conceptuales de distintas especialidades clínicas, sociales y antropológicas. Dada la novedad de esta aproximación, parece conveniente verificar y profundizar su base conceptual, así como su validación empírica. En particular, los conceptos procedentes de las disciplinas sociales apenas han formado parte de las investigaciones epidemiológicas, por lo que su comprensión e integración en estudios epidemiológicos adquiere particular interés.

Una de las dificultades encontradas en la aplicación del modelo conceptual fue la falta de instrumentos específicos para medir aspectos de la salud asociados a la experiencia de violencia colectiva, lo que llevó a utilizar instrumentos genéricos y quizás a alguna pérdida de sensibilidad en las mediciones realizadas. Por ello, una de las recomendaciones del estudio ISAVIC consiste en avanzar el desarrollo metodológico de instrumentos y medidas específicas sobre la relación entre la violencia colectiva y la salud, entendiendo ésta desde un punto de vista integral, tal como se ha intentado describir aquí.

El impacto de la violencia colectiva en la salud es un problema de importancia que ha permanecido oculto para muchas de las víctimas y para el conjunto social en general. Este estudio ha permitido desvelar parte de esta realidad para un marco social determinado. Por ello, su diseminación, más allá de los círculos académicos, se consideró indispensable para mejorar el bienestar y la dignidad de las víctimas. El informe del estudio ISAVIC se transformó en un libro de divulgación, *La noche de las víctimas*⁷⁹, cuya difusión se dirigió al conjunto general de víctimas, al movimiento asociativo y al público general. Su campaña de divulgación incluyó ruedas de prensa, conferencias y exposiciones, reseñas en medios de comunicación y presentaciones en conferencias, en un ejercicio de diseminación y transferencia del conocimiento. Éste es uno de los primeros trabajos de la serie científica que persigue poner sobre la mesa la importante realidad de las víctimas de la violencia colectiva.

Declaraciones de autoría

I. Larizgoitia, I. Izarzugaza e I. Markez fueron codirectores del estudio. I. Larizgoitia realizó la revisión y la síntesis bibliográfica descrita, en colaboración con el resto de autores, diseñó el modelo conceptual, y fue la redactora principal del manuscrito final. I. Izarzugaza contribuyó a su conceptualización, diseño y redacción. I. Markez facilitó su estructura administrativa y contribuyó a su conceptualización y a la selección de víctimas primarias. I. Iraurgi y J. Ballesteros diseñaron el plan de análisis y analizaron la encuesta de población. I. Fernández diseñó el análisis cualitativo y analizó las entrevistas en profundidad. A. Larizgoitia coordinó el desarrollo del estudio, contribuyó a estructurar las entrevistas en profundidad y supervisó el trabajo de campo. J. Alonso guió el diseño epidemiológico y la interpretación de los resultados. A. Fernández-Liria, F. Moreno, A. Retolaza, D. Paez y C. Martín Beristain asesoraron a lo largo del estudio en su conceptualización, diseño e interpretación. C. Martín Beristain y D. Páez guiaron el diseño de las entrevistas en profundidad y el plan de formación de las entrevistadoras. Todos los autores contribuyeron a la redacción del manuscrito.

Financiación

El estudio fue financiado por la Fundación Fernando Buesa Blanco Fundazioa.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento más sincero a Carlos Martín y Darío Páez, quienes contribuyeron a la ideación y puesta en marcha inicial del estudio. Agradecemos el apoyo y la colaboración de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), representada por Jordi Alonso, Ildefonso Hernández y Josep Maria Jansá; de la Asociación Vasca de Salud Mental, representada por Ander Retolaza; de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, representada por Alberto Fernández-Liria; y del Grupo de Investigación Consolidado sobre Cultura y Procesos Psico-sociales de la UPV/EHU. De este último grupo, Nekane Basabe, Darío Páez y los entonces estudiantes de doctorado Elza Techio, Olga Gabaldón, Alicia Calderón, Miryam Campos, Edurne Elgorriaga, Agustín Espinosa, Amaia Jiménez, Sonia Mayordomo y Diana Ramos, participaron activamente en el desarrollo metodológico y en el estudio de campo. Nuestro agradecimiento 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; al apoyo generoso y 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 Carlos G. Forero, por su colaboración y análisis; a Francisco Morales e Itziar Fernández, de la UNED; y a Cristina Merino, abogada y mediadora de GUEZ, por su asesoría en la puesta en marcha del estudio. Gracias a Fermín 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 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, representada 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; [edición electrónica] 2002. (Consultado 10/10/2005.) Disponible en: www.who.int.
2. Moreno Martín F, De la Corte L, Sabucedo JM. Psicología de la guerra: causas y efectos. En: De la Corte L, Blanco A, Sabucedo JM, editores. Psicología y derechos humanos. Barcelona: Icaria Editorial; 2004. p. 145–87.
3. WHO. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
4. Iraq Family Health Survey Study Group. Violence-related mortality in Iraq from 2002 to 2006. *N Engl J Med*. 2008;358:454–93.
5. Strohmeier KP, Malik M, Köhler G, et al. Introduction. En: Strohmeier KP, Köhler G, Laaser U, editores. Pilot research project on urban violence and health: determinants and management; a study in Jakarta, Karachi and conurbation Ruhrgebiet. WHO Kobe Center: Lage-Jacobs; 2002. p. 13–27.
6. Cornelius-Taylor B, Handajani YS, Jordan S, et al. Urbanization and public health: a review of the scientific literature. En: Strohmeier K, Malik M, Köhler G, et al., editores. Pilot research project on urban violence and health: determinants and management. WHO Kobe Center: Lage-Jacobs; 2002. p. 31–78.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
8. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma. New York: The Free Press; 1992.

9. Bonnano GA, Kaltman S. Towards an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*. 1999;125:760–76.
10. Pennebaker JW. A social stage model of collective coping: the Persian Gulf War and other natural disasters. *J Soc Issues*. 1993;49:125–45.
11. Cabrera ML, Martín Beristain C, Jiménez A, et al. Violencia sociopolítica y cuestionamiento de creencias básicas sociales. *Psicología Política*. 2006;32:107–30.
12. Breslau N, Kessler RC, Childcoat HD, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:626–32.
13. Mollica R, McInnes K, Poole C, et al. Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *J Psychiatry*. 1998;173:482–8.
14. Martín Beristain C, Páez Rovira D. Violencia, apoyo a las víctimas y reconstrucción social: experiencias internacionales y el desafío vasco. Madrid: Editorial Fundamentos; 2000.
15. Figley CR, Bride BE, Mazza N, editores. *Death and trauma: the traumatology of grieving*. Washington, DC: Taylor and Francis; 1997.
16. Davidson JT, Foa EA. Diagnostic issues in post-traumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991;100:346–55.
17. De Jong JTVM, Komproe IH, Ommeren MV. Common mental disorders in post-conflict settings. *Lancet*. 2003;361:2128–30.
18. 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.
19. De Vries M. How to prevent turning trauma into a disaster? *World Psychiatry*. 2006;5-1:32–3.
20. 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. *Psychological Medicine*. 1999;29:87–95.
21. Vieweg WVR, Julius DA, Fernández A, et al. Posttraumatic stress disorder: clinical features, pathophysiology and treatment. *Am J Med*. 2006;119:383–90.
22. Summerfield D. War and mental health: a brief overview. *BMJ*. 2000;321:232–5.
23. Engdahl B, Dikel TN, Eberly R, et al. Posttraumatic stress disorder in a community group of former prisoners of war: a normative response to severe trauma. *Am J Psychiatry*. 1997;154:1576–81.
24. Green BL. Psychosocial research in traumatic stress: an update. *J Trauma Stress*. 1994;7:341–62.
25. Shalev AY, Freedman S. PTSD following terrorist attacks: a prospective evaluation. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1188–91.
26. Pham P, Weinstein H, Longman T. Trauma and PTSD symptoms in Rwanda: implications for attitudes toward justice and reconciliation. *JAMA*. 2004;292:602–12.
27. Basoglu M, Livanou M, Crnobaric C, et al. Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *JAMA*. 2005;294:580–90.
28. Abdel Aziz Mousa Thabet, Abed Y, Vostanis P. Emotional problems in Palestinian children living in a war zone: a cross-sectional study. *Lancet*. 2002;359:1801–4.
29. Bleich A, Koslowsky M, Dolev A, et al. Post-traumatic stress disorder and depression. *Br J Psychiatry*. 1997;170:479–82.
30. 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.
31. 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.
32. Carlson EB, Rosser-Hogan R. Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1548–51.
33. Ferry F, Bolton D, Bunting B, et al. Trauma, health and conflict in Northern Ireland. The Northern Ireland Centre for Trauma and Transformation; [edición electrónica] 2008. (Consultado 22/11/2009.) Disponible en: www.ulster.ac.uk/nishs.
34. 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.
35. Steel Z, Chey T, Silove D, et al. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302:537–49.
36. Eisenman D, Gelberg L, Liu H, et al. Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence. *JAMA*. 2003;290:627–34.
37. Punamäki RL, Suleiman R. Predictors and effectiveness of coping with political violence among Palestinian children. *Br J Soc Psychol*. 1990;29:67–77.
38. Desmond DM, MacLachlan M. Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Soc Sci Med*. 2006;62:208–16.
39. Chaffin M, Wherry JN, Dykman R. School age children's coping with sexual abuse: abuse stress and symptoms associated with four coping strategies. *Child Abuse Negl*. 1997;21:227–40.
40. Compass BE. Agenda for coping research and theory. *Int J Behav Dev*. 1998;22:231–7.
41. Feiring C, Taska L, Lewis M. Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *J Interpers Violence*. 1998;13:240–60.
42. Moreno Martín F. Infancia y guerra en Centroamérica. San José, Costa Rica: FLACSO; 1991.
43. Quota S, Punamäki RL, Montgomery E, et al. Predictors of psychological distress and positive resources among Palestinian adolescents: trauma, child, and mothering characteristics. *Child Abuse Negl*. 2007;31:699–717.
44. Thabet AA, Vostanis P. Post traumatic stress disorder reactions in children of war: a longitudinal study. *Child Abuse Negl*. 2000;24:291–8.
45. Mackoud M, Aber J. The war experience and psychological development of children in Lebanon. *Child Dev*. 1996;67:70–88.
46. Punamäki RL. The uninvited guest of war enters childhood. Developmental and personality aspects of war and military violence. *Traumatology*. 2002;21:349–70.
47. Elbedour S, Baker AM, Charlesworth WR. The impact of political violence on moral reasoning in children. *Child Abuse Negl*. 1997;21:1053–66.
48. Baker AM, Shalhoub-Kevorkian N. Effects of political and military traumas on children: the Palestinian case. *Clin Psychol Rev*. 1999;19:935–50.
49. Elbedour S, Van Slyck MR, Stern M. Psychosocial adjustment in Middle Eastern adolescents: the relative impact of violent vs non-violent social disorganization. *Community Ment Health J*. 1998;34:191–205.
50. Pearn J. Children and war. *J Paediatr Child Health*. 2003;39:166–72.
51. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, et al. Previous exposure to trauma and PTSD effects on subsequent trauma: results from the Detroit Area survey of trauma. *Am J Psychiatry*. 1999;156:902–7.
52. Tugade M, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *J Pers Soc Psychol*. 2004;86:320–33.
53. Punamäki RL, Qouta S, El Sarraj E. Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *Int J Behav Dev*. 2001;25:256–7.
54. Schweitzer R, Melville F, Steel Z, et al. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:179–87.
55. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Soc Sci Med*. 1995;40:1073–82.
56. Punamäki R, Komproe I, Qouta S, et al. The deterioration and mobilization effects of trauma on social support: childhood maltreatment and adulthood military violence in a Palestinian community sample. *Child Abuse Negl*. 2005;29:351–73.
57. Saab BR, Chaaya M, Doumit M, et al. Predictors of psychological distress in Lebanese hostages of war. *Soc Sci Med*. 2003;57:1249–57.
58. Speed N, Engdahl BE, Swartz J, et al. Posttraumatic stress disorder as a consequence of POW experience. *J Nerv Ment Dis*. 1989;177:147–53.
59. Punamäki RL. Can ideological commitment protect children's psycho-social wellbeing in political violence? *Child Dev*. 1996;67:55–69.
60. Jones L. Adolescent understanding of political violence and psychological well-being: a qualitative study from Bosnia-Herzegovina. *Soc Sci Med*. 2002;55:1351–71.
61. Mollica R. Efectos psicosociales y sobre la salud mental de las situaciones de violencia colectiva. En: Pérez P, editor. *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Madrid: Exlibris Salud Pública. Exlibris Ediciones SL; 1999. p. 45–61.
62. De Rivera J. Emotional climate: social structure and emotional dynamics. *International Review of Studies on Emotion*, 2. Strongman T@John Wiley & Sons Ltd.; 1992. p. 197–218.
63. Bar-Tal D, Halperin E, de Rivera J. Collective emotions in conflict situations: societal implications. *J Soc Issues*. 2007;63:441–60.
64. Crenshaw M. The psychology of political terrorism. En: Jost I, Sidanius J, editores. *Political psychology*. New York: Psychological Press; 2004. p. 379–413.
65. Pérez P. Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política. Madrid: Exlibris Salud Pública. Exlibris Ediciones SL; 1999.
66. Fullilove MT, Heon V, Jiménez W, et al. Injury and anomie: effects of violence on an inner-city community. *Am J Public Health*. 1998;88:924–7.
67. Kanyangara P, Rimé B, Philippot P, et al. Collective rituals, emotional climate and intergroup perception: participation in “Gacaca” tribunals and assimilation of the Rwandan genocide. *J Soc Issues*. 2007;63:387–403.
68. Martín-Baró I. *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador, El Salvador: UCA Editores; [edición electrónica] 1990. (Consultado el 10/10/2005.) Disponible en: www.sites.google.com.
69. CODEPU. The effects of torture and political repression in a sample of Chilean families. *Soc Sci Med*. 1989;28:735–40.
70. Sotero M. A conceptual model of historical trauma: implications for public health practice and research. *J Health Dispar Res Pract*. 2006;1:93–108.
71. Elbedour S, Onwuegbuzie AJ, Ghannam J, et al. Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety among Gaza Strip adolescents in the wake of the second uprising (Intifada). *Child Abuse Negl*. 2007;31:719–29.
72. Echeburua E. Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Pirámide; 2004.
73. 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.
74. 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.
75. Shigemura J, Nomura S. Mental health issues of peacekeeping workers. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2002;56:483–91.
76. Galea S, Vlahov D, Resnick H, et al. Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *Am J Epidemiol*. 2003;158:514–24.

77. Zimering R, Gulliver SB, Knight J, et al. Posttraumatic stress disorder in disaster relief workers following direct and indirect trauma exposure to Ground Zero. *J Traumatic Stress.* 2006;19:553–7.
78. CDC. Mental health status of World Trade Center rescue and recovery workers and volunteers - New York City, July 2002–August 2004. *MMWR.* 2004; 53:812–5.
79. Larizgoitia I, Izarzugaza I, Markez I, et al. La noche de las víctimas: investigación sobre el Impacto en la Salud de la Violencia Colectiva (ISAVIC) en el País Vasco. Vitoria: Fernando Buesa Blanco Fundazioa; 2009.
80. 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.
81. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 health survey. *Med Clin (Barc).* 1995;104:771–6.
82. 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.
83. Russell D. The UCLA Loneliness Scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess.* 1996;66:20–40.
84. 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. p. 355–64.
85. Wayment HA. It could have been me: vicarious victims and disaster-focused distress. *Pers Soc Psychol Bull.* 2004;30:515–28.
86. Norris FH. Screening for traumatic stress: a scale for use in the general population. *J Appl Soc Psychol.* 1990;20:1704–18.
87. 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.
88. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Personality Soc Psychol.* 1989;56:267–83.
89. Basabe N, Valdoseda M, Páez D. Memoria afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social. En: Páez D, editor. Salud, expresión y represión social de las emociones. Valencia: Promolibro; 1993.
90. Tedeschi RG. Violence transformed: posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggress Violent Behav.* 1999;4:319–41.
91. Schwartz S, Dohrenwend BP, Levav I. Nongenetic familial transmission of psychiatric disorders? Evidence from children of Holocaust survivors. *J Health Soc Behav.* 1994;35:385–402.
92. Basabe N. Salud, factores psicosociales y cultura. En: Páez D, editor. Psicología social, cultura y educación. Madrid: Pearson; 2004.
93. 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.
94. 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.