

La violencia también es un problema de salud pública

Itziar Larizgoitia

Grupo de trabajo para el estudio de la violencia colectiva de la SEE y grupo ISAVIC.

(Violence is also a public health issue)

Resumen

En 1996 la Organización Mundial de la Salud reconoció que la violencia es un problema de salud pública susceptible de estudio e intervención. En España, sin embargo, a pesar de que las estadísticas sobre maltrato y defunción entre compañeros íntimos continúan mostrando una tendencia creciente; a pesar de los primeros datos preocupantes sobre violencia en las escuelas, de que continúa habiendo un problema de violencia política persistente, y de haber pasado por la trágica experiencia de los atentados del 11-M, todavía no se ha producido un posicionamiento claro sobre el papel de la salud pública en el estudio y abordaje de la violencia. En este artículo se intenta caracterizar el impacto de la violencia en la salud de las personas, a partir de una revisión no sistemática de la literatura clínica, psicológica y social, y de datos sobre prevalencia existentes en España. Se presta especial énfasis a la violencia contra las mujeres y a la violencia de carácter político. El artículo señala la escasez de información precisa sobre la extensión del problema en sus diferentes manifestaciones, y sobre su impacto en la salud. El artículo recoge también las opiniones de algunos profesionales del sector sobre la relación entre violencia y salud pública. Concluye con un llamamiento a los profesionales y grupos interesados, incluidas las sociedades científicas del ámbito de la salud pública, a profundizar esta reflexión de cara a determinar con mayor precisión el papel de las estructuras de salud pública en el abordaje del problema de la violencia en España.

Palabras clave: Violencia. Salud pública. Evaluación de necesidades. Condiciones sociales.

Abstract

In 1996, the World Health Organization declared violence a major and growing public health problem across the world. In Spain, despite the growing incidence of reports of deaths and abuse due to intimate partners violence; the emergent data on school-based violence among children and adolescents; the persisting political violence and the tragic experience of the 11-M attacks in Madrid; a clear positioning over the role of the public health structures in the study and intervention of violence has not taken place. This article provides a characterization of the impact of violence in the health of its victims, as derived from a non-systematic review of the clinical, psychological and social literature. It also includes some prevalence data from Spanish studies. Special emphasis is given to violence against women, and political violence. The article highlights the scarcity of epidemiological data, which hinders the assessment of the health impact of violence in Spain. It brings, instead, the opinions of a number of public health professionals over the role of the Spanish communities of epidemiology and public health in this matter. The article concludes with a call to public health professionals, including the Spanish scientific societies involved in public health, to facilitate the public debate leading to the definition of the role of the Spanish public health in the understanding and reduction of the impact of violence on the health of its victims.

Key words: Violence. Public health. Needs assessment. Social conditions.

«...la confrontación con lo horrible del ser humano.» Judith L. Herman¹

Introducción: desvelando un problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de un millón y medio de personas mueren al año a causa de la violencia². Para el año 2020, ésta llegará a ser una de las primeras 15 causas de carga de enfermedad y muer-

te³ (la tabla 1 presenta la categorización de la violencia propuesta por la OMS que, a efectos operativos, se utiliza en este informe)². En España, sin embargo, la violencia no se percibe como un problema de salud pública. Asociada tradicionalmente a criminalidad⁴, y asumida implícitamente como un problema limitado a segmentos marginales, no ha implicado aún al sector y a cuerpos profesionales. Efectivamente, las tasas de homicidio (1,41 y 0,41 por 100.000 en varones y mujeres, respectivamente, en 2001)⁵ son significativamente menores que la media mundial de 8,6 defunciones por 100.000 y muy por debajo de los 50 homicidios por 100.000 habitantes de algunos países³. Sin embargo, la realidad es que la violencia está presente en todos los ámbitos de las relaciones humanas. De hecho, el suicidio, especialmente entre la población joven, ocupa

Correspondencia: Itziar Larizgoitia.
Avinyó, 27. 08001 Barcelona. España.
Correo electrónico: Itziar_larizgoitia@yahoo.es

PARTE II. ESTILOS DE VIDA

Tabla 1. Definiciones operativas de violencia adoptadas por la Organización Mundial de la Salud en el Informe Mundial sobre Violencia y Salud (WHO 2002)

Violencia	El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La intimidación y las amenazas, el abandono, la negligencia o los actos de omisión están también contemplados en esta definición
Violencia autoinfligida	Es la violencia ejercida por un individuo contra sí mismo. Comprende el suicidio, parasuicidio y autoabuso
Violencia interpersonal	Se caracteriza porque uno o un grupo pequeño de individuos actúan contra otros individuos en el marco de sus relaciones interpersonales o en encuentros fortuitos. La violencia doméstica, de calle o de comunidad, incluidos los asaltos y la violencia callejera, o la que se produce en instituciones como escuelas, residencias, prisiones, etc. forman parte de esta categoría
Violencia colectiva	Es 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 sociales

una de las primeras causas de defunción (la segunda posición en varones entre 15 y 24, y 25 y 34 años, con tasas respectivas de 6,7 y 11,5 por 100.000), aunque está presente en todos los grupos de edad (llega a alcanzar tasas de 35 y 70 por 100.000 en varones entre 80 y 84 años, y mayores de 84 años, respectivamente, mientras que en mujeres mayores de 84 años la tasa es de 9,62 por 100.000)⁵. Las estadísticas sobre maltrato y muerte entre compañeros íntimos continúan mostrando una tendencia creciente⁶ (entre 1998 y 2000 las muertes por violencia entre compañeros íntimos aumentaron en un 49%)⁷ y llegaron a 100 muertes el 2004⁸. Hay un problema de violencia política persistente y también se ha producido el principal magnicidio de orden político-religioso de Europa. La población española convive con la violencia. No obstante, no se conoce con precisión su extensión, ni distribución y, sobre todo, no se conoce su impacto en la salud, especialmente cuando no desemboca en la defunción de sus víctimas.

Este artículo surge ante esta paradoja e intenta ofrecer algunos elementos de reflexión sobre la oportunidad del abordaje de la violencia desde la epidemiología y la salud pública en España. Intenta también caracterizar el problema en términos de impacto clínico y extensión a partir de algunos datos descriptivos para los tipos de violencia de mayor frecuencia: la vio-

lencia doméstica y la colectiva. En 1996 la OMS reconoció que la violencia es un problema de salud pública susceptible de estudio e intervención⁹. Este artículo quiere contribuir a su reconocimiento en el contexto español.

Impacto de la violencia en la salud

La muerte señala la manifestación más extrema e infrecuente de la violencia. Con mucha mayor frecuencia las víctimas sobreviven a sus agresiones (en Sudáfrica se ha estimado que la razón entre agresión mortal y agresiones no fatales puede llegar a ser de 1 por 50.000¹⁰). La comprensión de las alteraciones en la salud de los supervivientes representa un reto para los profesionales del sector. Un reto que surge, inicialmente, del escaso reconocimiento del problema y que se agrava por la falta de instrumentos específicos de medida. La principal dificultad a la hora de intentar describir el impacto de la violencia en la salud resulta de la ausencia de un modelo explicativo que permita entender el recorrido lesivo de la violencia a través de las diferentes dimensiones de la salud en los sujetos expuestos, y que además permita caracterizar los tipos de exposición y su impacto, en función de una serie de variables potencialmente modificadoras. La literatura clínica, la psiquiátrica y la de psicología social descubren distintas perspectivas, las cuales, yuxtapuestas, dibujan un conjunto sintomatológico con posibilidad de ser plausible y en necesidad de verificación. Se intenta ofrecer, a continuación, una síntesis descriptiva.

Las agresiones físicas pueden ocasionar un amplio espectro de alteraciones corporales y funcionales en orden creciente de gravedad y extensión en función de las características y la intensidad de la agresión y de los órganos o tejidos afectados. También pueden agravar o desencadenar estados mórbidos¹¹. Pero, además, las agresiones, ya sean físicas o psicológicas, pueden originar alteraciones psicológicas persistentes y graves. Entre el 30 y el 60%^{12,13} de los afectados por violencia grave pueden desarrollar alteraciones que incluyen el síndrome de estrés posttraumático (que se caracteriza por una respuesta de alarma exagerada, hipervigilancia e hiperactividad fisiológica, junto a conductas de evitación y reducción de la sensibilidad ante el mundo exterior), distimia y depresión, ansiedad, somatizaciones y cuadros mixtos¹⁴⁻¹⁶. Además de por las características y reiteración de la violencia¹⁷, estos efectos están también condicionados por la reacción del entorno social¹⁸, la relación entre víctima y victimario y la resistencia psicológica del sujeto^{19,20}. En particular, la violencia doméstica y la colectiva presentan sintomatología

específica en función de estas variables que será descrita en las secciones siguientes.

El impacto de la violencia en los niños merece mención especial ya que puede incidir en fases críticas de su desarrollo emocional y psicológico. Efectivamente, se han descrito tasas muy elevadas de morbilidad psicológica en niños expuestos a traumas. Particularmente muestran gran vulnerabilidad ante las agresiones ejercidas en, y por, su círculo íntimo. Pero de manera paradójica, se ha observado que pueden presentar mayor resistencia psicológica ante ciertas condiciones²¹. Especialmente los niños mayores y los adolescentes pueden habituarse y llegar a aceptar situaciones de violencia, sobre todo si son explicadas y apoyadas por su entorno íntimo y social²¹. El riesgo de que los niños expuestos a la violencia aprendan que ésta es una, sino la principal, forma de relación humana es evidente. También que adultos traumatizados, socializados en su infancia en la violencia, transmitan estas actitudes a sus descendientes²².

El trauma es contagioso²³. Se sugiere que incluso puede transmitirse de manera intergeneracional²⁴. El trauma no sólo afecta a los receptores directos de las agresiones, quienes se consideran víctimas primarias. Su impacto puede extenderse a las personas que experimentan la violencia de manera indirecta, mediante su visualización, o su proximidad afectiva con víctimas primarias. Los familiares, amigos o vecinos de éstas, testigos, trabajadores de rescate y sanitarios, o quienes se solidarizan emocionalmente con las víctimas, aún por el mero conocimiento del hecho, pueden ser víctimas secundarias²⁵⁻²⁷.

Violencia doméstica: cuando lo horrible está en la intimidad

Las relaciones abusivas entre sujetos vinculados por una relación interpersonal profunda (en la violencia doméstica puede incluir maltrato físico, psicológico y sexual, y acompañarse de conductas de degradación y menosprecio, y aislamiento familiar, social y laboral) pueden causar efectos especialmente destructivos en la identidad y los sistemas de protección psicológicos de sus víctimas¹, y pueden ser particularmente devastadoras para el desarrollo emocional y psicológico de los niños²⁸. Con frecuencia se produce una pérdida de sentido vital y disfunciones graves en la capacidad de relación y regulación de los impulsos afectivos de las víctimas²⁹. También se asocia a sensación de ineficacia, vergüenza, desesperación y conductas autodestructivas³⁰.

En 2004 en España habían muerto por violencia doméstica 100 personas, 84 mujeres y 16 varones. De ellos, 69 mujeres y 3 varones fueron asesinados por

su pareja o ex pareja⁸. Según la misma fuente, la cifra de muertes en 2003 fue de 103, y de 66 en 2002. El Instituto de la Mujer estima en un 12% las mujeres en situación objetiva de violencia en el entorno familiar³¹, de las cuales menos del 10% comunica su situación³². La violencia doméstica contra las mujeres se ha descrito como un proceso normalizado e invisible, debido a la tradicional relación de superioridad e incluso dominación de las mujeres por los varones³³. No obstante, como señala el «Informe sobre malos tratos a mujeres en España», «...cuando la sociedad ha comenzado a darse cuenta de la incompatibilidad de la violencia con los valores democráticos, la violencia doméstica contra las mujeres ha comenzado a salir a la luz»⁶.

Los servicios sanitarios, sobre todo los de atención primaria y urgencias, ocupan una posición privilegiada para detectar el problema y orientar su atención. No obstante, se trata de un abordaje delicado que requiere además de formación y de recursos especializados, de la coordinación con otros servicios de apoyo extrasanitarios, sociales y judiciales, lo cual es un reto que necesita ser abordado. Algunas iniciativas desarrolladas en el sector sanitario constatan la escasez de recursos para ofrecer atención específica a víctimas y maltratadores³⁴.

La violencia doméstica no se circunscribe a la violencia contra las mujeres. También la violencia ejercida contra el cónyuge masculino, contra niños, ancianos u otros miembros del núcleo familiar forma parte de este problema. Lamentablemente, el conocimiento sobre la prevalencia de estas otras manifestaciones es muy limitado. Se han observado prevalencias de maltrato infantil, intrafamiliar, en el 1,5% de los niños españoles, aunque se considera una subestimación³⁵. Un estudio realizado en una muestra de ancianos sin déficits cognitivos estimó una prevalencia de maltrato intrafamiliar del 12%³⁶. Probablemente la realidad sea también superior, especialmente entre ancianos con déficits cognitivos.

La OMS considera la violencia doméstica como un tipo de violencia interpersonal. En esta gran categoría se incluyen las agresiones ejercidas entre sujetos unidos por vínculos de proximidad. La violencia entre niños en las escuelas, o el acoso laboral, formarían parte de esta categorización. Según el informe sobre violencia escolar presentado por el Defensor del Pueblo en 1999, casi 3 de cada 10 alumnos de ESO han sufrido alguna agresión de sus compañeros, pero sólo un 10% de las agresiones llega a conocimiento de los profesores³⁷. La tarea pendiente para desvelar la magnitud y la extensión del problema en el ámbito de las relaciones interpersonales es aún muy grande. Es indudable que el sector sanitario podría contribuir, junto con otros sectores sociales, al estudio, la comprensión y el diseño de soluciones.

Lo horrible está alrededor: la violencia colectiva

*«La distinción entre nosotros y los extraños,
identidades opuestas nosotros-ellos
y su extrema intensificación
...la violencia es la varita mágica
de la sobresimplificación.»*
Beck³⁸.

La violencia política es un tipo de violencia colectiva que persigue la imposición de una agenda política mediante la agresión a una comunidad. A los efectos en la salud descritos anteriormente, la violencia colectiva añade otros efectos psicosociales que no son reducibles al impacto individual³⁹. La victimización secundaria por rememoración o sensibilización es especialmente importante²⁵⁻²⁷. Además, la violencia colectiva puede instaurar un clima emocional de miedo, ansiedad e inseguridad⁴⁰; producir mayor aislamiento⁴¹ y menor confianza social e institucional^{42,43}. El trauma psicosocial⁴⁴ expresa la cristalización en individuos de relaciones sociales basadas en la violencia, la polarización social y las creencias estereotipadas. Son frecuentes la desesperanza⁴⁵, la desconexión cognitiva, la evitación y el abuso de sustancias tóxicas⁴⁶. Los niños y adolescentes pueden verse atrapados en un discurso legitimador de la violencia⁴⁷, quizá también protegidos psicológicamente²². Precisamente, la principal fuente de resistencia al trauma está en la solidez del tejido social de los supervivientes^{48,49}, y en su convicción ideológica^{50,51}. El clima social dominado por el miedo, el odio y la ansiedad, el trauma psicosocial, la pérdida de autoestima, la desesperanza y la sensación de injusticia de las víctimas pueden facilitar la perpetuación de la violencia^{52,53}.

Los atentados del 11-M en Madrid causaron 192 muertos y alrededor de 2.000 heridos. Se estima⁵⁴ que en las últimas cuatro décadas se han producido hasta 1.221 víctimas mortales atribuidas a grupos como ETA, GRAPO, Batallón Vasco Español, GAL y otros; no todas han sido reconocidas. Otros 113 miembros de estos grupos murieron de forma violenta. Hasta 1982, cerca de 90 personas murieron a manos de las Fuerzas de Seguridad en controles de tráfico, manifestaciones o dependencias policiales. Cincuenta y cinco personas fueron secuestradas, de las cuales 12 murieron a manos de sus secuestradores. Algunas otras muertes y suicidios entre presos y simpatizantes de ETA se han atribuido por sus allegados al clima de violencia. El número de heridos en enfrentamientos es difícil de estimar. Al menos se contabilizan 3.200 heridos por actos de terrorismo hasta fines del año 2002. Hasta 1981 se registraron más de 2.000 personas heridas de consideración en enfrentamientos con la policía. Según Gesto por la Paz, en 2002 se estimaba en 42.000 las perso-

nas directamente amenazadas por grupos terroristas. En los últimos 25 años se han denunciado más de 5.000 víctimas de tortura, aunque la gran mayoría no están oficialmente confirmadas⁵⁵. Se podría estimar que las 5.250 peticiones de resarcimiento solicitadas por los familiares de las víctimas reconocidas de ETA, GRAPO y GAL⁵⁶ son víctimas secundarias. Asociaciones de víctimas contabilizan a 8.000 familiares⁵⁷. A este cómputo podrían agregarse los familiares de los 113 miembros de grupos terroristas muertos y los de los casi 700 presos.

Según un estudio reciente, casi un 40% de las víctimas primarias de atentados terroristas en España tienen riesgo de presentar patología psiquiátrica⁵⁸. Tímidamente se ha comenzado a contabilizar el coste humano de este tipo de violencia⁵⁹. No obstante, el análisis de la violencia política desde otra perspectiva distinta del discurso político, sociológico, jurídico o policial continúa siendo difícil en España.

Contribuciones para un debate

Sólo recientemente se está comenzando a percibir que la violencia, a pesar de que responde a determinantes que exceden el ámbito estrictamente sanitario, también es un problema de salud pública, causante de muerte y de carga de enfermedad evitables. No obstante, la interpretación de la violencia como problema de salud pública está sin duda sujeta a matices. No resulta evidente comprender cuál será el valor añadido de las acciones de salud pública en la búsqueda de soluciones. Es probable que las respuestas a este interrogante vayan surgiendo del debate, el estudio y el trabajo de los profesionales y grupos interesados en la solución de este problema. En esta sección se recogen las aportaciones de algunos profesionales del sector a unas cuestiones básicas sobre el papel de la epidemiología y salud pública en el abordaje de la violencia (tabla 2).*

¿Qué puede aportar la epidemiología al problema de la violencia en la sociedad?

«Desde el punto de vista epidemiológico, el análisis de la violencia y su impacto en salud no se ha pro-

*Esta sección se ha construido a partir de las reflexiones semiestructuradas de Jordi Alonso (JA), Carlos Álvarez Dardet (CAD), Carlos Artundo (CA), Pilar Blanco (PB), Carme Borrell (CB), Fernando García Benavides (FGB), Ildefonso Hernández (IH), Isabel Izarzuzaga (II), Arantza Larizgoitia Jauregui (ALJ), Alicia Llácer (AL), Rosana Peiró (RP), Consuelo Ruiz Jarabo (CRJ) y Andreu Segura (AS).

Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública

Tabla 2. ¿Estamos viviendo un despertar de las conciencias ante la violencia?

- «Puede que el descubrimiento de la violencia sea fruto de cotas de mayor libertad, y por lo tanto fruto de avances que hemos de ir consolidando trabajosamente.» (FGB)
- «En gran parte, sobre todo en el ámbito de la violencia interpersonal, se considera un mal menor que responde principalmente a factores individuales.» (ALJ)
- «Se requiere aún algo muy general: el reconocimiento de que la sociedad española tiene contextos de violencia y de que es necesario conocerlos bien para actuar de manera eficaz.» (JA)
- «Las medidas que se están aplicando en España no responden a medidas de salud pública, son más de ámbito socio-policial-jurídico.» (II)
- «El problema es que puede estar completamente enmascarada (...) porque se exprese de forma en la que no haya un criterio de definición consensuado.» (AL)
- «Comienza a haber iniciativas en algunas gerencias de atención primaria y se está comenzando a registrar el problema de forma piloto.» (PB y CRJ)

ducido todavía. La violencia se percibe como un tema que ni siquiera tiene que ver con la salud» (RP).

«En general, se ha hecho poco desde el campo de la investigación, encontrándose a faltar incluso la más sencilla de tipo descriptivo. De manera indirecta se ha podido ir avanzando hacia la temática de la violencia de género y de grupos marginales. Ahora bien, sobre el tema de violencia colectiva, probablemente por razones históricas del país, aún no se ha estudiado» (JA).

Parecería lógico pensar que la aproximación epidemiológica al problema de la violencia puede aportar un método de estudio útil para caracterizarlo, valorar su impacto e identificar sus determinantes y mecanismos causales. No obstante, esta nueva aproximación en el seno de la epidemiología más tradicional presenta retos innegables (tabla 3). Algunos de los más importantes son, sin duda, la falta de un marco conceptual válido y comprensivo, y la indefinición de los instrumentos de medida. La adecuación y utilidad de datos secundarios y de los sistemas de información complementarios aparece también como un elemento importante.

El carácter social de la violencia obliga a realizar un esfuerzo de integración de conceptos, metodologías de estudio, y quizá dinámicas y estilos de trabajo multidisciplinarios. Lo cual representa un nuevo desafío para el sector (tabla 4).

Hacia un abordaje que incluya la salud pública

«Del mismo modo que los accidentes de tráfico, la violencia es un problema de salud como causa de defunción, de lesiones físicas o de problemas psíquicos.

Tabla 3. Algunos de los retos para un estudio efectivo de la violencia

- «Se necesita elaborar un marco conceptual que defina operativamente las variables e indicadores adecuados para medirlas. Conviene proceder a una clasificación operativa de la violencia... Por ejemplo, en función del ámbito, las víctimas, los efectos (sobre las personas y las comunidades), la naturaleza (defensiva; agresiva; reivindicativa), etc.» (AS)
- «Es preciso desarrollar modelos teóricos del posible papel de la violencia como consecuencia de políticas y entornos sociales. A su vez la violencia puede desempeñar un papel de interacción con otros fenómenos relacionados con la salud.» (IH)
- «Es necesario definir la violencia y después medirla. Habría que encontrar instrumentos fiables para su medición.» (FGB)
- «Conviene definir los grupos de riesgo al igual que los factores externos e individuales.» (II)
- «Hablar de un enfoque epidemiológico de la violencia no ayuda por sí mismo a desvelar un problema que debería plantearse en términos político-ideológicos... Por ejemplo, una gran parte de la violencia contra las mujeres está emergiendo con gran esfuerzo de ideologías patriarcales desde las que no tenía esa consideración.» (AL)
- «La tipología de la violencia definida por la OMS es útil en tanto que compartimenta el problema y permite abordajes parciales, pero quizá esté ocultando raíces comunes, cuyo desvelamiento podría ser necesario para plantearse actividades preventivas...» (AL)
- «La información científica es escasa y además está muy ideologizada. Tampoco hay información de valor sobre la efectividad de los instrumentos de medida.» (CAD)
- «Conviene, no obstante, utilizar todos los datos disponibles y establecer recomendaciones de investigación.» (CB)
- «... (conviene) estudiar las fuentes existentes susceptibles de ser utilizadas (como las memorias anuales del Poder Judicial y los medios de comunicación).» (FGB) y... «acudir a los trabajos que se han ido realizando desde otros campos científicos, e integrar la violencia como fenómeno adicional en los grupos que trabajan en desigualdades y en capital social.» (IH)
- «Conviene plantear un sistema de información adecuado para monitorizar la presencia de los determinantes y los casos incidentes de violencia en cada una de sus categorías. Detectar las fuentes de información primaria existentes y plantear el desarrollo de nuevas fuentes, por ejemplo, un estudio poblacional epidemiológico y sociológico. Tal vez la creación de un observatorio de la violencia fuera una buena contribución.» (AS)

No obstante su amplitud, comparte con los accidentes la necesidad de una perspectiva social más que estrictamente sanitaria. (..) es un típico ejemplo de problema a abordar desde la salud pública, debido a la importancia y multiplicidad de los determinantes y a la necesidad de intervenciones sociales no estrictamente sanitarias» (AS).

Parecería beneficioso llegar a identificar el valor añadido que pueden ofrecer las metodologías y las estructuras de epidemiología y salud pública de España, para contribuir, desde esta perspectiva, al tratamiento del problema de la violencia (tabla 5). Este proceso podría verse facilitado por una reflexión sobre posibles direcciones, tanto en el área de investigación como de

PARTE II. ESTILOS DE VIDA

Tabla 4. ¿Cómo ha de prepararse la comunidad de epidemiología y salud pública?

- «Hace falta establecer equipos multidisciplinares y valorar su viabilidad y metodología.» (CA)
- «Es necesario que haya oportunidades de formación en la investigación sobre violencia y salud y que los epidemiólogos participen en las evaluaciones de instrumentos de detección de abuso.» (IH)
- «Los programas de posgrado en Salud Pública serían un punto óptimo de inicio de los programas de formación, pero no el único. Aprender a trabajar de manera trans o multidisciplinaria es una tarea que necesita ser impulsada sin ambages por los reguladores de la investigación científica en el Estado español.» (JA)
- «La formación debe incluir además el análisis de actitudes y creencias de los profesionales. Es necesario poner nombre a los determinantes de los síntomas, sacar a la luz la realidad mediante grupos focales, incluir el abordaje psicosocial, desarrollar espacios grupales comunitarios, crear observatorios.» (PB y CRJ)
- «Es necesario entender el contexto, salvar las barreras culturales y sociales para acceder a las víctimas, etc.» (II)
- «Sería importante difundir los modelos de buena práctica.» (RP)

intervención. Algo que, quizá, las sociedades científicas de salud pública puedan incluso propiciar. Áreas lógicas de intervención son la sensibilización y la abogacía, y también el estudio y la caracterización del problema y de su impacto en términos de afectación de la salud. Indudablemente, el desarrollo de instrumentos e indicadores de medida, metodologías y sistemas de recogida de datos y análisis forman parte central del dominio de la epidemiología. Quizá podrían abrirse otros espacios, en colaboración con otras disciplinas, entre los que podría incluirse la aportación de un modelo de intervención sistemático e integrador, apoyado en la tradición y los métodos de salud pública.

«Se necesita realizar un análisis detallado del tema y de las posibilidades de actuación, para poder sensibilizar a los profesionales y a los responsables políticos» (ALJ).

«Además hay que reconocer explícitamente la existencia de violencia en el Estado español y la posibilidad de que suponga prejuicios para la salud; luego incluir su estudio en el ámbito de investigación, facilitar su abordaje multidisciplinario y comprender que la investigación está al servicio de la modificación de la realidad (es decir, de la provisión y mejora de servicios)» (JA).

Conclusiones

Johan Galtung, el fundador de la «investigación para la paz» acuñó el concepto de «violencia estructural» como el fenómeno que a través de las estructuras sociales ocasiona injusticia, pobreza, sufrimiento y muer-

Tabla 5. ¿Qué puede aportar la salud pública al problema de la violencia?

- «Lo fundamental es que pueda hacer entender que la violencia atenta intrínsecamente no sólo con la vida sino con la salud y el bienestar de las personas individual y colectivamente. Y sobre todo contrarrestar con evidencias la idea de que la violencia es una manifestación intrínseca a la naturaleza humana.» (AL)
- «Aún cuando desde el punto de vista teórico la salud pública está en una posición apropiada para abordar el problema de la violencia, los dispositivos actuales de la salud pública no parecen los adecuados para liderar un planteamiento de prevención y de control de la violencia.» (AS)
- «Es necesario influir en la agenda política y profesional, mediante la abogacía y el activismo.» (CAD)
- «Haríamos un gran servicio a la sociedad si desde la salud pública fuéramos capaces de medir y describir el fenómeno de la violencia y de dar algunas pistas etiológicas.» (FGB)
- «Se necesita compromiso técnico y compromiso político.» (CB)
- «Es necesario sensibilizar a los profesionales de que es un tema de salud pública y de que es posible intervenir. Y además, sensibilización y abogacía.» (RP)
- «Es necesario un atrevimiento intelectual, un compromiso con las víctimas y un rigor científico, y la sensibilización de la sociedad en la necesidad de promocionar/mejorar la salud mental de la gente y erradicar/minimizar la violencia.» (CA)
- «Conocimiento. Tanto en su aspecto descriptivo como analítico. Esto ayudará a diseñar medidas preventivas.» (II)
- «El estudio de la violencia como problema relacionado con la salud debe favorecer que las personas relacionadas con la salud pública participen gradualmente en aspectos de nuestra profesión bastante olvidados, como la abogacía y la presión política, evaluaciones de impacto en salud, etc.» (IH)
- «La salud pública, por su voluntad de intermediación y de participación comunitaria, puede facilitar la transmisión de mensajes y organizar actuaciones eficaces en parte liberadas del peso ideológico.» (JA)
- «El comportamiento violento es en gran parte aprendido y socialmente reforzado. Es importante desarrollar intervenciones dirigidas a modificar ese aprendizaje y establecer vínculos multidisciplinarios, por ejemplo con psicólogos y pedagogos. El aprendizaje de la no-violencia podría considerarse un aprendizaje de hábitos saludables.» (ALJ)
- «Hace falta un programa de salud pública multidisciplinario que contemple los diferentes niveles del sistema de salud. Sería necesario asegurar el compromiso y apoyo de los responsables de las políticas de salud en las Comunidades Autónomas y la liberación de presupuestos. Es imprescindible asegurar la coordinación con los sectores educativos, los servicios sociales, los comunitarios, los jurídicos y los policiales.» (PB y CRJ)

te. La pobreza, la exclusión, las desigualdades sociales son poderosos determinantes de la violencia de todo tipo¹⁰. La violencia es en realidad uno de los principales determinantes de la violencia. Uno, que atrapa a sus víctimas en un círculo perverso.

La red de factores que explicarían el desencadenamiento y reproducción de la violencia es ciertamente compleja. Su adecuada comprensión requiere de modelos teóricos que exceden el ámbito disciplinario tradicional de la salud pública. Su abordaje efectivo, también. No obstante, su transmisión, manifestaciones y

efectos siguen ciertas reglas, algunas de las cuales se han estudiado desde otros ámbitos de conocimiento. Es, en definitiva, un sujeto susceptible de estudio científico, al que la epidemiología podría aportar métodos y modelos explicativos complementarios que faciliten su comprensión. Es, sobre todo, una causa importante de sufrimiento, morbilidad y muerte, y como tal, puede ser también un objeto de intervención desde la salud pública, a la vez que social. De hecho, la OMS reconoce el papel de las estructuras de salud pública en el abordaje de la violencia, e insta a los países miembros a emprender medidas que aborden este problema mediante su caracterización y evaluación de su impacto, y mediante la adopción de intervenciones dirigidas a prevenir sus efectos en la salud de las personas².

Junto a las autoras del «Informe sobre malos tratos en España»⁶, nos atreveríamos a decir que la violencia es incompatible con los usos democráticos; y en la medida en que esta contradicción se haga evidente en nuestra sociedad, la violencia comenzaría a poder percibirse y a desvelarse como el problema que es para la salud y dignidad de sus víctimas; incluidas, tal vez, las de aquellas convertidas coyunturalmente en victimarios.

Judith Herman, una de las mayores especialistas en el estudio de la violencia señala: «Afrontar el trauma significa recoger el testimonio de lo horrible, y cuando lo horrible está producido por humanos, aquellos que suscitan el testimonio están atrapados entre la víctima y el perpetrador y llamados a tomar partido. Lo más fácil es tomar partido por el perpetrador. Todo lo que pide es que no se haga nada. Apela al sentimiento universal de no ver o no hablar del mal. Por el contrario, la víctima demanda acción, compromiso, recuerdo. Después de una atrocidad, se oír que nunca ocurrió, que se exagera, que se lo buscaron, que es tiempo de olvidar»¹. Estas palabras parecen apelar de manera directa a quienes hacen de su profesión el estudio y abordaje de los problemas de salud.

Agradecimientos

Este capítulo se ha podido realizar gracias a la colaboración de un buen número de colegas y amigos: Isabel Izarzugaza, Arantza Larizgoitia, Iñaki Márquez y Darío Páez del Grupo ISAVIC (Grupo para el estudio del Impacto en la Salud de la Violencia Colectiva); además de Jordi Alonso Caballero, Carlos Artundo, Carlos Álvarez Dardet, Pilar Blanco, Carme Borrell, Fernando García Benavides, Alicia Llácer, Ildelfonso Hernández Aguado, Rosana Peiró, Consuelo Ruiz Jarabo y Andreu Segura Benedicto. Todos ellos merecen más que un reconocimiento sincero por su generosidad y confianza, no siempre recompensada, en la redacción final del artículo. También son depositarios de mi agradecimiento, Soledad Márquez y Luis Palomo, quienes no sólo idearon el capítulo y tuvieron la confianza de encargármelo, sino que además han sabido

mantener esta cualidad con inusitada paciencia. Todos ellos han contribuido con sus acertados y constructivos comentarios a la redacción final del capítulo. A todos ellos mi agradecimiento, y mis disculpas por no haber llegado al grado de sus aportaciones individuales.

Bibliografía

- Herman J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence: From Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books; 1992.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. editores. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2002. [Accedido 10 Oct 2005]. Disponible en: www.who.int
- Peden M, McGee K, Sharma G. The Injury Chart Book: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva: World Health Organization; 2002. [Accedido 10 Oct 2005]. Disponible en: www.who.int
- Informe España 2005. [Accedido 10 Oct 2005]. Fundación Encuentro, 2005. Disponible en: www.fund-encuentro.org
- Instituto de Salud Carlos III. Tasas de mortalidad por causas y sexo. Año 2001. [Accedido 10 Oct 2005]. Disponible en: www.isciii.es
- Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica: informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección Estudios Sociales N.º 10. [Accedido 10 Mayo 2005]. Fundación La Caixa, 2002. Disponible en: <http://www.estudioslacaixa.es>
- Vives C, Alvarez-Dardet C, Caballero P. Violencia del compañero íntimo en España. Gac Sanit. 2003;27:268-74.
- Informe sobre muertes violentas en el ámbito de violencia doméstica y de género en el año 2004. [Accedido 11 Oct 2005]. Servicio de Inspección. Consejo General del Poder Judicial (España). Disponible en: <http://www.poderjudicial.es>
- Resolution Violence and Health. WHA 49.25. [Accedido 10 Oct 2005]. World Health Organization, 1996. Disponible en: www.who.int
- Cornelius-Taylor B, Handajani YS, Jordan S, Köhler G, Korff R, Laaser U, et al. Urbanization and public health: a review of the scientific literature. En: Strohmeier K, Kohler G, Laaser U, editors. Urban Violence and Health, determinants and management. WHO Kobe Center: Lage-Jacobs; 2002. p. 31-77.
- Van Ommeren M, Sharma B, Komproe I, Poudyal BN, Sharma GK, Cardeña E, et al. Trauma and loss as determinants of medically unexplained epidemic illness in a Bhutanese refugee camp. Psychol Med. 2001;31:1259-67.
- De Jong JTVM, Komproe IH, Ommeren MV. Common mental disorders in postconflict settings. Lancet. 2003;361:2128-30.
- Zatzick DF, Kang SM, Müller HG, Russo JE, Rivara FP, Katon W, et al. Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries. Am J Psychiatry. 2002;159:941-6.
- Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS. Prospective study of posttraumatic stress, anxiety and depressive reactions after earthquake and political violence. Am J Psychiatry. 2000;157:911-6.
- Summerfield D. War and mental health: a brief overview. BMJ. 2000;321:232-5.
- Engdahl B, Dikel TN, Eberly R, Blank A. 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.
- McQuaid JR, Pedrelli P, McCahill ME, Stein MB. Reported trauma, post-traumatic stress disorder and major depression among primary care patients. Psychol Med. 2001;31:1249-57.

PARTE II. ESTILOS DE VIDA

18. Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq: Trauma related factors compared with social factors in exile. *Br J Psychiatry*. 1998;172:90-4.
19. Weisaeth L. Vulnerability and protective factors for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1998;52:83-8.
20. Carr VJ, Lewin TJ, Kenardy JA, Webster RA, Hazell PL, Carter GL, et al. Psychological sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: III. Role of vulnerability factors in post-disaster morbidity. *Psychol Med*. 1997;27:179-90.
21. Engle PA, Castle S, Menon P. Child development: vulnerability and resilience. *Soc Sci Med*. 1996;43:621-35.
22. Pearn J. Children and war. *J Paediatr Child Health*. 2003;39:166-72.
23. Herman JL. Recovery from psychological trauma. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1998;52:S145-S150.
24. Baider L, Peretz, Hadani PE, Perry S, Avramov R, Kaplan de-Nour A. Transmission of response to trauma? Second-generation holocaust survivors' reactions to cancer. *Am J Psychiatry*. 2000;157:904-16.
25. Wayment HA. It could have been me: vicarious victims and disaster-focused distress. *Pers Soc Psychol Bull*. 2004;4:515-28.
26. 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;10:471-524.
27. Chung CM, Easthope Y, Farmer S, Werrett J, Chung C. Psychological sequelae: post-traumatic stress reactions and personality factors among community residents as secondary victims. *Scand J Caring Sci*. 2003;17:265-70.
28. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. 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.
29. Van der Kolk B. Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues Clin Neurosci*. 2000;2:7-22.
30. Street AE, Arias I. Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: examining the roles of shame and guilt. *Violence Vict*. 2001;16:65-78.
31. Instituto de la Mujer. Encuesta: la violencia contra las mujeres. [Accedido 11 Oct 2005]. Madrid: Instituto de la Mujer, 2000. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/servicios/centrodocumentacion>
32. Blanco P, Ruiz Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 1:182-8.
33. Ruíz-Jarabo C, Blanco P. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Madrid: Díaz de Santos; 2004 (reimpresión enero 2005).
34. Grupo de Trabajo de Prevención de los Trastornos de la Salud Mental del PAPPS. Violencia doméstica. Violencia en la pareja. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;32 Supl 2:77-101.
35. Morales JM, Zunzunegui Pastor V, Martínez Salceda V. Modelos conceptuales de maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gac Sanit*. 1997;11:231-41.
36. Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M, Requesens Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria*. 2001;27:331-4.
37. Informe del Defensor del Pueblo sobre violencia escolar. [Accedido 11 Oct 2005]. Madrid, 1999. Disponible en: www.defensordelpueblo.es
38. Beck U. The reinvention of politics: rethinking modernity in the global social order. Cambridge: Polity Press; 1997.
39. Martín-Baro I. Psicología social de la guerra. El Salvador: UCA; 1990.
40. De Rivera J. Emocional Climate: Social structure and emotional dynamics. *Int Rev Studies on Emotion*. 1992;2:197-218.
41. Fullilove MT. The Psychiatric implications of displacement: contributions from the psychology of place. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1516-23.
42. Páez D. Violencia colectiva, clima emocional y procesos socioculturales: el caso del 11-M en España. Documento de trabajo. Grupo consolidado de Investigación, Cultura, Cognición y Emoción. Dpto. Psicología Social, UPV, San Sebastián, 2004. Documento no publicado.
43. Fullilove MT, Heon V, Jimenez W, Parsons C, Green LL, Fullilove RE. Injury and anomie: effects of violence on an inner-city community. *Am J Public Health*. 1998;88:924-7.
44. 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 ediciones; 1999.
45. Sanders-Phillips K. The ecology of urban violence: its relationships to health promotion behaviours in low income Black and Latino communities. *Am J Health Promot*. 1996;10:308-17.
46. Corneliussen-Taylor B. Public health research on determinants and health outcomes of urban violence: an overview. En: Strohmeier K, Kohler G, Laaser U, editors. Urban Violence and Health, determinants and management. WHO Kobe Center: Lage-Jacobs; 2002. p: 79-108.
47. Jones L. Adolescent understanding of political violence and psychological well-being: a qualitative study from Bosnia-Herzegovina. *Soc Sci Med*. 2002;55:1351-71.
48. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Soc Sci Med*. 1995;40:1073-82.
49. Qouta S, Punamaki R, El Sarraj E. The impact of the peace treaty on psychological well-being: a follow-up study of Palestinian children. *Child Abuse Negl*. 1995;19:1197-208.
50. Saab BR, Chaaya M, Doumit M, Farhood L. Predictors of psychological distress in Lebanese hostages of war. *Soc Sci Med*. 2003;57:1249-57.
51. Speed N, Engdahl BE, Swartz J, Eberly RE. Posttraumatic stress disorder as a consequence of POW experience. *J Nerv Ment Dis*. 1989;177:147-53.
52. CODEPU. The effects of torture and political repression in a sample of Chilean families. *Soc Sci Med*. 1989;28:735-40.
53. McFarlane AC. The nature and longitudinal course of psychological trauma. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1998;52 Suppl 1: S49-S57.
54. Ormazabal S. Un mapa (inacabado) del sufrimiento. Documentos 13. Bilbao: Fundación Manu Robles-Arangiz Instituta; 2003.
55. Amnistía Internacional ESPAÑA: Motivos de preocupación en materia de derechos humanos en relación con el proceso de paz en el País Vasco. Índice AI: EUR 41/001/1999, 1999. [Accedido 11 Oct 2005]. Disponible en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ESLEUR410011999>
56. Rodríguez J. Resarcimientos para 1.047 asesinados. El País España [edición electrónica]. 23 abril 2001, p.18. Disponible en: www.elpais.es
57. Víctimas del Terrorismo. El Correo, 2 diciembre 2001, Supl. p.1-3.
58. Baca E, Cabanas ML, Baca-García E. Impacto de los atentados terroristas en la morbilidad psiquiátrica a corto y largo plazo. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:85-90.
59. Martín Beristáin C, Páez Rovira D. Violencia, apoyo a las víctimas y reconstrucción social: experiencias internacionales y el desafío vasco. Madrid: Editorial Fundamentos; 2000.