

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia colectiva 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, sea real o imaginado con el fin de conseguir determinados objetivos políticos, económicos y sociales”.

Edita: Fundación Fernando Buesa Blanco Fundazioa  
Diseño: 2ados  
Impresión: MCC Graphics - Evagraf  
Nº de Registro de la Propiedad Intelectual: BI-841-08  
Depósito legal: VI-XXX-08  
ISBN: XXXXXXXX

# LA NOCHE DE LAS VÍCTIMAS

investigación sobre el Impacto en la Salud  
de la Violencia Colectiva (ISAVIC) en el País Vasco

Esta publicación ha sido elaborada por:

Itziar Larisgoitia, Isabel Izarzugaza, Iñaki Markez, Itziar Fernández, Ioseba Iraurgi, Javier Ballesteros, Jordi Alonso, Alberto Fernández Liria, Florentino Moreno y Ander Retolaza en representación del equipo ISAVIC, con la colaboración de Fermín Apezteguía.

El estudio ISAVIC fue Iniciado en el seno del *Grupo de Trabajo para el Estudio de la Violencia Colectiva de la Sociedad Española de Epidemiología*, y contó con la colaboración de *la Asociación Vasca de Salud Mental (OME), la Asociación Española de Neuropsiquiatría y el Grupo de Investigación Consolidado sobre Cultura y Procesos Psico-sociales de la UPV/EHU.*

Con el Patrocinio de la Fundación Fernando Buesa Blanco Fundazioa.

© El contenido de esta publicación figura en el Registro de la Propiedad Intelectual con el número BI-841-08 a nombre de sus autores principales: Itziar Larisgoitia, Isabel Izarzugaza e Iñaki Markez; y está publicado por la Fundación Fernando Buesa Blanco Fundazioa. Su contenido no puede ser reproducido, ni diseminado por ningún medio, ni total ni parcialmente, salvo por consentimiento expreso de sus autores.

Bilbao, Mayo 2009.

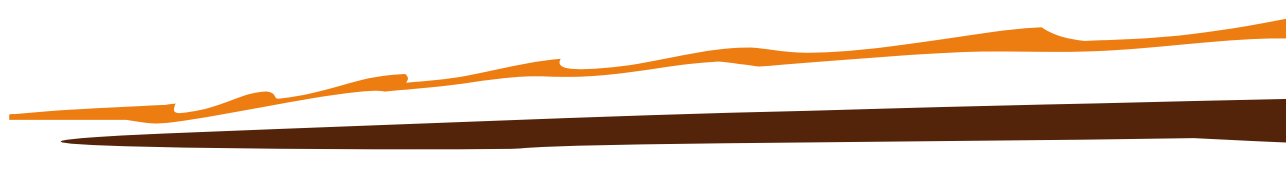




Dedicado a las víctimas de la violencia colectiva

# ÍNDICE

EL EQUIPO ISAVIC .....	10
AGRADECIMIENTOS .....	12
PREFACIO .....	16
INTRODUCCIÓN .....	22
<b>PRIMERA PARTE. LA TRAGEDIA HUMANA</b>	
VIOLENCIA Y SALUD .....	32
VÍCTIMAS: DEFINICIONES OPERATIVAS .....	34
EL CONCEPTO DE SALUD .....	34
CONOCIMIENTO SOBRE EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD .....	35
<b>SEGUNDA PARTE: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
EL PROYECTO ISAVIC .....	48
RESULTADOS DEL ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO .....	49
¿QUÉ NOS DICEN ESTOS DATOS? .....	56
RESUMIENDO .....	61
<b>TERCERA PARTE: HABLAN LAS VÍCTIMAS</b>	
NUESTRO RECONOCIMIENTO .....	65
VIOLENCIA COLECTIVA Y VÍCTIMAS PRIMARIAS: TESTIMONIOS .....	66
UN RECORRIDO POR LA SALUD DE LAS VÍCTIMAS .....	67
VIVIENDO EN SOCIEDAD .....	95
LA VÍCTIMA, SUS ACCIONES Y SU RECUPERACIÓN .....	104
MENSAJE FINAL DE LAS VÍCTIMAS .....	113
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>118</b>
<b>EPÍLOGO. MENSAJES FINALES</b>	
EL MENSAJE DE LAS VÍCTIMAS. ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA .....	124
REFLEXIONES SOBRE LOS TESTIMONIOS DE LAS VÍCTIMAS. FLORENTINO MORENO .....	126
UNA VALORACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ESTUDIO ISAVIC. JORDI ALONSO .....	130
ISAVIC. UN ESTUDIO PIONERO. ANDER RETOLAZA .....	132
EPÍLOGO .....	135





## CÓMO SE HIZO EL ESTUDIO ISAVIC

PLANTEAMIENTO .....	140
DISEÑO DEL ESTUDIO .....	141
ESTUDIO EN PROFUNDIDAD CON VÍCTIMAS PRIMARIAS .....	141
ESTUDIO EN LA POBLACIÓN GENERAL .....	144
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	145

BIBLIOGRAFÍA .....	150
--------------------	-----



# EL EQUIPO ISAVIC

Patrocinio Fundación Fernando Buesa Blanco Fundazioa

## EQUIPO DIRECTOR

### **Itziar Larisgoitia**

Doctora en investigación de Servicios Sanitarios, Grupo de Trabajo sobre Violencia Colectiva y Salud, Sociedad Española de Epidemiología

### **Isabel Izarzugaza**

Doctora en Medicina y Master en Epidemiología, Responsable del grupo de Derechos Humanos de Médicos del Mundo. Grupo de Trabajo sobre Violencia Colectiva y Salud, Sociedad Española de Epidemiología

### **Iñaki Markez**

Psiquiatra y Doctor en Neurociencias. Participa en el Comité Científico del IDD, Universidad de Deusto. Miembro de ENVIS, red europea apoyo contra la violencia. Responsable de Ekimen2000. Presidente de OME, Asociación Vasca de Salud Mental y Psiquiatría comunitaria.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

**Javier Ballesteros.** Profesor Psiquiatría Dpto de Neurociencias UPV-EHU

**Ioseba Iraurgi.** Director Deusto-Salud. Unidad I+D+i en Psicología Clínica y de la Salud Universidad de Deusto

## ANÁLISIS CUALITATIVO EN PROFUNDIDAD

**Itziar Fernández,** Doctora en Psicología Social

## COMITÉ ASESOR

### **Jordi Alonso Caballero**

Coordinador Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris. Institut Municipal de Investigació Mèdica Barcelona

### **Nekane Basabe Barañano**

Profesora titular del Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. UPV/EHU

### **David Bolton**

Director. Northern Ireland Center for Trauma and Transformation. Omagh, Northern Ireland

### **Alberto Fernández Liria**

Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental y Profesor Universidad de Alcalá de Henares. Madrid  
Presidente Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)

### **Ildefonso Hernández Aguado**

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública  
Universidad Miguel Hernández y Presidente Sociedad Española de Epidemiología (SEE) 2003-2006

### **Josep Maria Jansà**

Subdirector General de Vigilancia y Respuestas a Emergencias en Salud Pública, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya. Director del Master de Medicina Tropical y Salud Internacional, Universidad Autónoma de Barcelona

**Carlos Martín Beristain**

Profesor Colaborador del Master NOHA de Ayuda Humanitaria  
Instituto de DD HH Padre Arrupe. Universidad de Deusto

**Francisco Morales**

Catedrático de Psicología Social UNED

**Cristina Merino**

Abogada y Mediadora. Miembro de GEUZ, Centro Universitario de Transformación de Conflictos,  
y Sº de Mediación Familiar de Gobierno Vasco

**Florentino Moreno Martín**

Profesor titular de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

**Darío Páez**

Catedrático de Psicología Social. Departamento de Psicología  
Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento UPV/EHU

**Ander Retolaza Balsategui**

Médico Psiquiatra. Responsable del Centro de Salud Mental de Basauri-Galdakao, Osakidetza  
Junta Directiva Asociación Vasca de Salud Mental (OME)

**COLABORADORES****Diseño y Capacitación de Entrevistas en Profundidad**

**Darío Páez, y Carlos Martín Beristain**

**Trabajo de Campo: Entrevistas en Profundidad a Víctimas**

**Eliza Techio y Olga Gabaldón**, doctoras en Psicología social, **Alicia Calderón Prada, Miryam Campos, Edurne Elgorriaga, Agustín Espinosa Pezzia, Amaia Jiménez y Sonia Mayordomo**, Licenciados en Psicología, y **Diana Ramos de Oliveira**, Licenciada en Pedagogía. Todos ellos son Doctorandos del Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento UPV/EHU

**Asesores plan de Muestreo**

**Yolanda Pérez y Santiago Esnaola**, Técnicos del Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco

**Muestreo aleatorio de hogares**

**EUSTAT**, Instituto Vasco de Estadística, Vitoria-Gasteiz

**Ejecución y Trabajo de Campo Encuesta Epidemiológica**

**Ikertalde, Grupo Consultor S.A.** Donostia-San Sebastián

**REVISIÓN TEXTO FINAL**

**Fermín Apezteguia**, periodista del diario El Correo (Bilbao), especializado en salud

**Asociaciones Colaboradoras**

Sociedad Española de Epidemiología (SEE)

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)

Asociación Vasca de Salud Mental (OME)

Grupo de Investigación Consolidado de investigación sobre Cultura y procesos psicosociales de la UPV/EHU

Red Española de Centros de Investigación de Epidemiología y Salud Pública (RECSP)

# AGRADECIMIENTOS

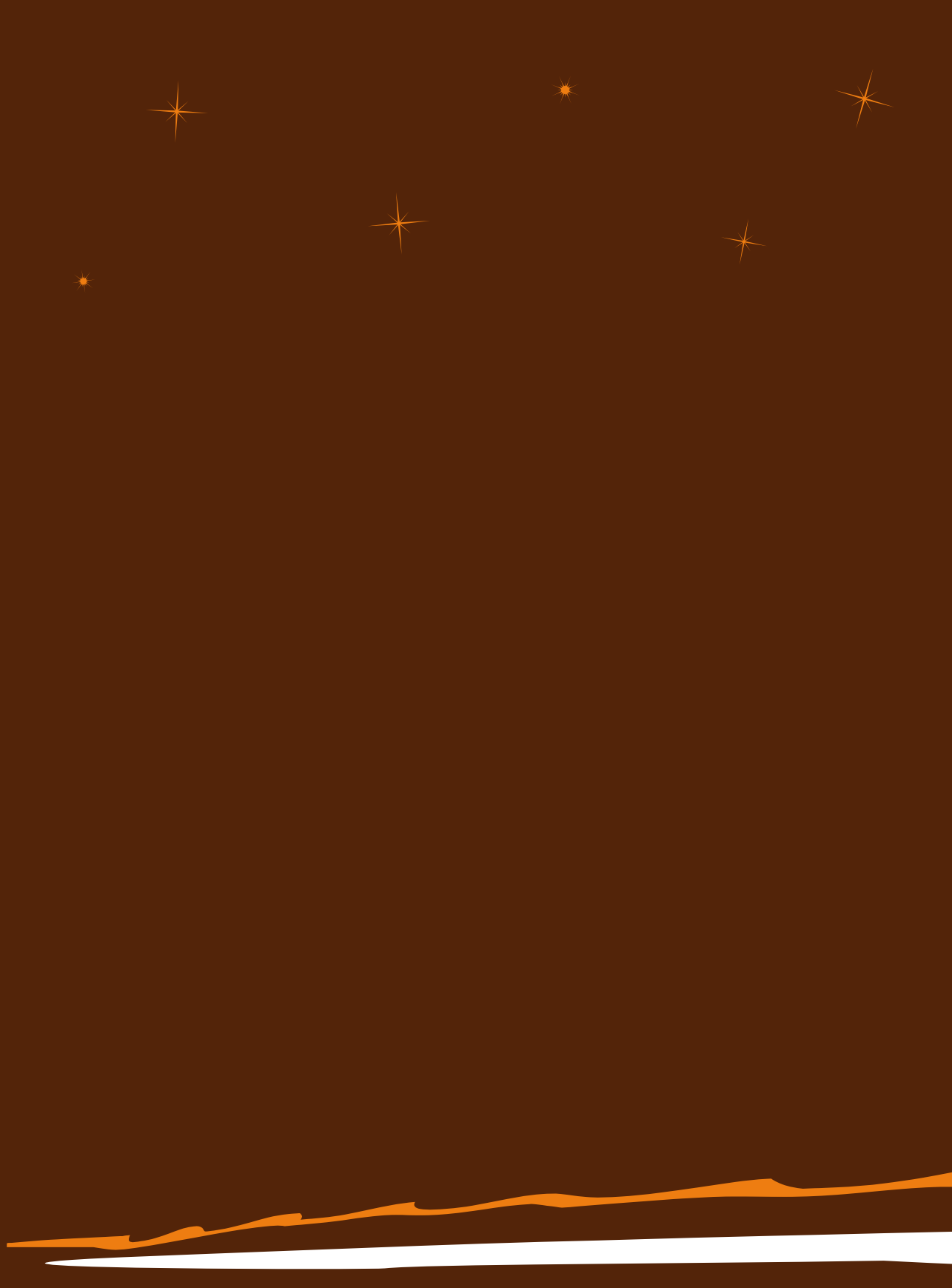
Este trabajo es obra de las víctimas de la violencia colectiva que accedieron a rememorar y compartir la esencia misma de su dolor con los investigadores del estudio. Nuestro agradecimiento más profundo está dirigido a todas ellas y a las 2007 personas anónimas de la Comunidad Autónoma Vasca que aceptaron concedernos su tiempo y compartir sus experiencias personales para un proyecto arriesgado.

El informe ISAVIC es una realidad gracias a la confianza, visión y generosidad de la Fundación Fernando Buesa Fundazioa, no sólo como patrocinadora, sino también como uno de sus principales valedores desde su gestación. No podemos más que agradecerle el riesgo asumido al apoyar esta iniciativa y la apuesta hecha por producir conocimiento como base de sus acciones en apoyo a las víctimas de la violencia.

El documento que se resume en este libro es el resultado de la ilusión y el esfuerzo puestos por los profesionales que conformaron los distintos equipos de trabajo. Dedicaron a la obra el soporte científico necesario -en algún caso también financiero- y también mucho tiempo de su vida privada. Queremos expresar en estas líneas nuestro más sincero agradecimiento para todos y cada uno de ellos porque sin su apoyo, nada de esto hubiera sido posible.

De manera destacada, tenemos que reconocer también el apoyo de la Sociedad Española de Epidemiología, de la Asociación

Española de Neuropsiquiatría y de la Asociación Vasca de Salud Mental por su apoyo institucional y su contribución sustancial al desarrollo científico de la investigación. Gracias a la Red de Centros de Investigación en Epidemiología y Salud Pública (RCESP) por su asesoría y por su contribución financiera para la celebración del primer taller de expertos organizado en la primavera de 2005. La relación quedaría incompleta si no resaltáramos, asimismo, la contribución desinteresada y fundamental del Grupo de Investigación Consolidado sobre Cultura y Procesos Psicosociales de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU), tanto el de su plantilla de profesores como sus entusiastas estudiantes de grado y doctorado que aceptaron pilotar los materiales. No podemos dejar de mencionar con particular reconocimiento a nuestros primeros compañeros de aventura, aquellos que contribuyeron a esbozar la visión que luego daría lugar al proyecto ISAVIC. Entre ellos nos gusta recordar a Fernando G. Benavides, Andreu Segura y Susana Sanz de la Sociedad Española de Epidemiología cuya primera visión contagiosa fue esencial para poner en marcha este estudio. También a Josep María Antó y Alicia Granados de la RCESP por su apoyo y confianza; al Dr David Bolton, del Centro Norirlandés de Trauma y Transformación cuya experiencia inspiró su puesta en marcha y a Alexander Butchart y Nenad Kostanjsek de la Organización Mundial de la Salud por su continuo apoyo y estímulo. La oficina del Ararteko y sus equipos a lo largo de dos mandatos con la guía de Mertxe Agúndez e Iñigo Lamarca en la cabeza, jugaron un papel esencial, creyendo en el proyecto y orientándolo en la buena dirección. Merecen reconocimiento especial todos los grupos, asociaciones y mediadores sociales de apoyo a víctimas que facilitaron el estudio, como la oficina de Atención a Víctimas del Gobierno Vasco y su directora Maixabel Lasa, la oficina de COVITE, otros mediadores individuales como Lucía Cristóbal, y por supuesto nuestros más estrechos colaboradores de la Fundación Fernando Buesa, representados sobre todo por Milagros García de la Torre y Jesús Loza, quienes nos acompañaron con sabiduría y comprensión en todas las etapas de este proceso.



PREFACIO



# PREFACIO

## A las víctimas de la violencia colectiva

La violencia se ha convertido en parte de la vida cotidiana del País Vasco. Casi sin darse cuenta, la sociedad ha comenzado a admitir como algo rutinario lo que no debería formar parte ni siquiera de la excepción. Amenazas, intimidaciones, lucha callejera... Son muchos los lugares del mundo donde las personas se ven afectadas por situaciones de este tipo que irrumpen en sus vidas. Diferentes contextos, diferentes procesos históricos, diferentes causas y, seguramente, también diferentes efectos. El de Euskadi no es un hecho aislado. Los medios de comunicación se refieren a él a diario y son muchos ya los estudios que han analizado su origen, implicaciones y también posibles soluciones. Pero, ¿cómo afecta un escenario así a la salud de los ciudadanos? ¿Qué implicaciones tiene la violencia colectiva en el bienestar físico y emocional de sus víctimas directas? ¿Hasta qué punto se sienten arropadas por la sociedad en la que viven y las instituciones que les representan?

“Donde la violencia persiste, la salud de muchos, quienes la sufren y quienes se sienten atrapados por ella, está comprometida”, afirmó la anterior directora general de la Organización Mundial de la Salud, Gro Bruntlandt en la presentación de un informe esencial sobre este tema\*. Estamos convencidos de ello. Cientos de vascos, seguramente miles, se sienten y lo son víctimas de la violencia colectiva. Nunca, después de décadas de dolor y sufrimiento, se le ha concedido a este problema la importancia ni la atención que requiere. A nosotros, como miembros de la sociedad vasca y profesionales de la salud, ésta es una incertidumbre que nos interpela. ¿Qué está pasando?



Un grupo de académicos y profesionales de la salud realizó hace varios años en Irlanda del Norte un estudio titulado 'The Cost of the Troubles' ('El coste de los problemas') que marcó un punto de inflexión en el tratamiento de la violencia colectiva en aquella comunidad. La puesta en marcha del proyecto no fue fácil. El enfrentamiento que vivía la sociedad irlandesa fue uno de los principales escollos con los que se encontró la iniciativa, de manera que tuvo que salvar numerosas dificultades provocadas por la división social originada a causa de años de rivalidades. Sin embargo, mereció la pena.

La experiencia irlandesa nos sirvió de aliento para impulsar una pionera, ambiciosa y apasionante investigación epidemiológica sobre el impacto de la violencia colectiva en la salud de las víctimas del País Vasco. El trabajo, bautizado y conocido ya por su acrónimo ISAVIC (Impacto en la Salud de la Violencia Colectiva), se desarrolló entre los años 2005 y 2008. Sus resultados llenan de contenido las páginas del libro que tiene usted en sus manos.

Por primera vez en Euskadi, una investigación ha medido con parámetros científicos el alcance de la violencia en la salud de las personas; las consecuencias que el crimen, la extorsión y la persecución provocan en el bienestar físico y mental, incluso social, de quienes sobreviven a un acto violento en una sociedad donde el miedo puede llegar a formar parte de la rutina diaria. No se trata de hipótesis ni supuestos, sino de los resultados de un estudio con rigor científico.

Creemos que las conclusiones obtenidas sorprenderán al lector, del mismo modo en que nos han sorprendido a nosotros mismos. El informe, cuyo resumen presentamos en este manual, concluye que la violencia genera en las víctimas un sufrimiento continuado y problemas de salud que van más allá del momento mismo de los hechos para prolongarse en los años y décadas posteriores. El dolor por la pérdida de un ser querido

o la vivencia en primera persona de una acción violenta se manifiesta de muy diversas formas. Tiene repercusiones físicas, psicológicas, y también económicas, laborales, profesionales y de relaciones sociales.

Curiosamente, sin embargo, la investigación sanitaria no había recogido entre sus prioridades el análisis de las consecuencias que tiene la violencia en la salud de las personas. Un tema que se entreveía arduo, difícil de comprender y alejado de los problemas de salud pública más cotidianos. Los resultados muestran que no era un juicio acertado. Ahora, mirando hacia atrás, podemos sorprendernos por el escaso interés que este asunto suscitaba en sus comienzos. Como se describe más adelante, la violencia colectiva altera el tejido social de la comunidad donde se produce, quizás hasta el punto de modificar también la mirada con la que la analizan sus ciudadanos y profesionales. Quizás.

Con este escenario de partida, el proyecto ISAVIC se ha visto en la necesidad de superar varios retos importantes. Desde el punto de vista científico, éste ha sido un trabajo arriesgado e innovador dada la escasa tradición académica existente en torno a la cuestión. Esa falta de antecedentes nos obligó a desarrollar un modelo teórico prácticamente nuevo. La misión tampoco fue fácil desde el punto de vista humano, porque hubo que afrontar con ojos de investigador, pero también con respeto y comprensión, el sufrimiento y las vidas rotas como consecuencia de la atrocidad humana. Trabajar con el dolor de las personas que accedieron a prestar su testimonio supuso estructurar cada discurso, ordenarlo, analizarlo, pararse en cada matiz, entender cada silencio.

Pero por encima de todo, el auténtico desafío lo protagonizaron las propias víctimas, los ciudadanos que realizaron el penoso y difícil esfuerzo de revivir y escarbar en la esencia misma de su sufrimiento, en lo más hondo de su penar. A todas ellas debemos este documento.

Las dificultades sociales, técnicas y humanas han sido muchas, pero el proyecto ISAVIC ha tenido la suerte de contar con la colaboración comprometida y generosa de un amplio número de colaboradores que han reafirmado el rigor y valor del estudio. El producto final es el resultado del trabajo de cada uno de ellos. Todos cuentan con nuestro más sincero reconocimiento.

La realización de cualquier investigación científica resulta una tarea compleja y costosa. Es una operación a largo plazo que requiere presupuestos importantes y que está sujeta, además, a muchas incertidumbres. Sus logros son casi siempre pequeños y en general inciertos. En el mejor de los casos, tan sólo pueden ofrecer un poco más de conocimiento. Nada más. No obstante, son esos pequeños fragmentos de nuevo saber extraído de la compleja y enmarañada realidad los que contribuyen a que las sociedades avancen sobre principios más sólidos y justos. Por eso es encomiable el papel decisivo de la Fundación Fernando Buesa como patrocinadora de esta empresa; por aceptar la aventura de apoyar un proyecto de investigación definitivamente arriesgado; y también, a diferencia de su línea de trabajo propia, por apostar por producir conocimiento como base de sus acciones en apoyo a las víctimas de la violencia colectiva.

Para terminar, es importante que clarifiquemos hasta dónde llega este estudio, qué es y qué encontrará el lector en las páginas que siguen. Este trabajo no ofrece un análisis social, ni un tratado sobre el contexto político del País Vasco. No pretende discurrir sobre las causas sociales de la violencia, ni sobre su génesis. Tampoco pretende analizar las consecuencias de la violencia colectiva más allá de las estrictamente relacionadas con el ámbito de la salud. No puede servir, por tanto, de legitimación de postura política alguna. Se trata únicamente de un estudio epidemiológico que busca valorar la asociación entre la violencia colectiva y la salud de quienes la padecen. Una relación extremadamente importante para las víctimas que, por el momento, está en general minusvalorada. Esperamos que sus resultados sean útiles para mejorar el bienestar de las víctimas y contribuyan a la deslegitimación del ejercicio de la violencia.



# INTRODUCCIÓN



# INTRODUCCIÓN

La muerte de una persona en una acción violenta no es el final, sino el principio de un camino largo y tortuoso para los familiares que le sobreviven. Una vida termina y otras muchas se rompen. A partir de ese momento, cada nuevo episodio de violencia, cada nuevo atentado, cada llamada amenazante en la noche, cada disparo, puede transformarse para viudas y huérfanos en una fuente constante de renovado dolor. El reguero de víctimas de la violencia colectiva se extiende más allá de lo que en un primer momento se puede suponer. Unas tienen que vivir el resto de su vida con la imagen terrible de un familiar abatido, otras lloran la quema de sus recuerdos. Muchas han sufrido en su cuerpo mutilaciones, heridas graves; y otras se quedan inmóviles al otro lado del teléfono. Comienza la pesadilla.

A partir de ese momento hay que seguir adelante con el dolor en el cuerpo y en el alma y, a menudo, también con el miedo a miradas que parecen acusadoras. Son heridas mucho más difíciles de sanar que las que causan la metralla y los proyectiles porque no sangran. Están localizadas en lo más profundo del corazón, a donde es necesario llegar para cerrarlas. Hay que aprender a vivir con las cicatrices. Es posible, pero no fácil.

Los psicólogos que atienden a víctimas de la violencia colectiva en El País Vasco conocen las dificultades con las que aquellas se enfrentan desde los primeros días. La pérdida repentina de un ser amado deja a los familiares completamente abatidos por el golpe, en

un estado de 'shock' profundo. Lo más probable es que no acaben de creerse lo que está pasando, que vivan como en una nube, arropados por sus familiares y allegados. Aunque el contexto de la pérdida sea distinto, los síntomas son similares a los que presenta una persona que ha sufrido un accidente de tráfico grave o sobrevivido a un terremoto. Los especialistas en salud mental llaman a este proceso shock traumático. El acontecimiento puede desbordarles y producir una gran sensación de impotencia y de incapacidad para controlar la situación y el entorno. Es muy habitual que las víctimas sientan inseguridad profunda y que se vean invadidas por el miedo.

Tras el shock inicial llega el momento de tomar conciencia de lo sucedido. Comienzan a atormentar entonces, a menudo, sentimientos de rabia, impotencia y dolor, mucho dolor, imposible de aplacar con el bálsamo de las lágrimas, siempre necesarias. Quien sobrevive a una acción violenta, desconfía, además, de su alrededor. Alguien, quizás próximo, ha podido estar involucrado en lo sucedido. Ya no tiene la misma certeza sobre los lugares y las personas. La desconfianza se generaliza. En estas circunstancias la ansiedad se hace presente y en ocasiones aparecen la depresión y otros sentimientos negativos. La personalidad más aparentemente fuerte puede llegar a derrumbarse ante la sensación de impotencia y el dolor.

Es frecuente que el temor al rechazo social, o el miedo a los demás, o la depresión y la tristeza, o otras muchas razones, lleven a los afectados por la violencia colectiva a ni siquiera hablar del tema, salvo con los más íntimos, con las personas de verdadera confianza. El problema se agudiza por esa incomunicación, la imposibilitada necesidad de expresar los sentimientos más profundos, los que ahogan el pecho y funden el alma.

La experiencia en la atención psicológica a cientos de víctimas de la violencia en el País Vasco ha permitido en los últimos años conocer de cerca el infierno que se abre con cada muerte y el profundo sufrimiento que cuesta superarla. Pero, ¿cuál es la repercusión en la salud de tanto dolor? ¿afecta el entorno violento a la salud de las personas que viven en él? El impacto de la violencia, ¿en qué medida depende de la fortaleza o sensibilidad de cada individuo? Un grupo de profesionales de la salud, políticamente independientes, comenzó a plantearse preguntas como éstas. ¿Está más afectada la salud de las víctimas directas, como los heridos, que la de las que la sufren de manera indirecta? ¿Cuándo es mayor el impacto en la salud, cuando se es joven o cuando ha de enfrentarse a la sinrazón desde la edad adulta? Estas y otras cuestiones fueron la semilla que germinó en el proyecto ISAVIC, acrónimo de Impacto en la Salud de la Violencia Colectiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia colectiva como el uso instrumental de la violencia por gente que se identifica a sí mismo como miembros de un grupo, ya sea transitorio o de larga duración, contra otro grupo, real o imaginado, con el fin

de conseguir determinados objetivos políticos, económicos y sociales. Esa es la referencia que ha guiado este trabajo.

A pesar de que la violencia, en sus diferentes manifestaciones, es una constante en nuestras vidas, el abordaje de su estudio en general y algunas de sus formas en particular no ha sido un tema frecuente de análisis. La dificultad que entraña el acercamiento a las víctimas y a su dolor desde una perspectiva analítica, con un método como el científico que en sí mismo resulta complejo, plantea muchos problemas que no surgen en otros tipos de investigación. Quizás por ello el informe de la OMS que sitúa a la violencia como una preocupación para los responsables de la salud pública y anima a su abordaje científico, haya marcado un hito y sea un referente para acercarse al problema de la violencia.

El equipo ISAVIC ya lo ha hecho. Un total de 36 víctimas, ciudadanos que sufrieron la violencia colectiva en su propia persona o a través del asesinato de un familiar en primer grado, fueron entrevistadas para este estudio con el fin de conocer con detalle y de primera mano la evolución de su estado de salud. El trabajo se completó con una encuesta epidemiológica a 2.007 personas representativas de la población del País Vasco.

Los resultados no podían ser más claros, aunque no por ello resultarán sorprendentes para más de un lector. El documento revela hasta qué punto la violencia colectiva tiene un notorio impacto en la salud de sus víctimas. Las seleccionadas para este trabajo presentaron peor estado de salud que la población general en todos los parámetros analizados.

El estudio ISAVIC también ha analizado la salud de las personas que han vivido violencia de tipo diferente a la que forman el objetivo central de la investigación. Es decir, violencia de calle, como peleas o atracos, o también violencia doméstica. Los afectados, en este caso, parecen encontrarse algo peor que el conjunto de la población, con complicaciones también de tipo emocional, aunque su estado sea mejor que el de las víctimas de la violencia colectiva.

Los resultados obtenidos aportan información de tal valor sobre la relación entre violencia y salud que deberían tener en Euskadi consecuencias muy concretas. La principal aportación de este trabajo es la demostración, avalada por los datos contrastados, de que la violencia que se vive en el País Vasco puede ser causa de sufrimiento continuado en sus víctimas. Ese dolor merece al menos atención y comprensión. Tanto por parte de las instituciones públicas como por parte de la sociedad.

La investigación se llevó a cabo en varias fases. Lo primero que hizo el equipo director del trabajo fue organizar las bases teóricas, a partir del conocimiento existente, sobre el efecto de la violencia colectiva en la salud. A continuación, se diseñó una entrevista y un



cuestionario. Las víctimas directas de la violencia tendrían que responder a ambos, pero la población general bastaba con que contestase sólo al segundo. Un grupo de expertos en estudios de salud de la población y del Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT) se ocupó de confeccionar la muestra de la población. Una empresa experimentada administró la encuesta entre los 2007 ciudadanos seleccionados. Para poder acceder a las víctimas, a las que sufrieron la violencia en primera persona, hubo que recurrir a muy distintos medios. Los investigadores buscaban la participación de personas que hubieran sido sacudidas por la violencia desde comienzos de la década de los setenta hasta la actualidad. Utilizaron todos los medios a su alcance. Acudieron a mediadores sociales, contactaron con víctimas a través de cartas y llamadas telefónicas y programaron cantidad de citas personales con asociaciones de víctimas y con todas aquellas personas que consideraron que les facilitarían contactos.

El esfuerzo fue, por tanto, muy grande. Todas las entrevistas y cuestionarios se realizaron en el periodo 2005-2007, cuando la intensidad de la violencia colectiva fue bastante menor que en épocas anteriores. En ese tiempo, ETA declaró una tregua de nueve meses que desembocó en el último proceso de paz que, como se sabe, resultó fallido. Una vez recogidos todos los testimonios y encuestas, los investigadores comenzaron a analizar el material.

Los resultados de esta tarea, ya esbozados, dan forma a este libro. La entrevista que sigue a continuación, elaborada para facilitar su lectura, constituye la mejor introducción que puede hacerse a “La noche de las víctimas”. En ella se resume la dolorosa experiencia que han vivido miles de vascos, afectados directamente por la violencia colectiva, y el calvario que para muchos aún continúa. El nombre de la persona que lo proporcionó permanecerá en el anonimato, lo mismo que los del resto de víctimas que colaboraron en el estudio.

Este es su relato.

... ¿Recuerda cómo ocurrió?

Estaba trabajando cuando asesinaron a mi marido. Para mí, fue algo inesperado porque él no estaba amenazado. Al principio todo era muy difuso... Aquel día, una compañera comentó que había oído algo en la radio, que había habido un atentado.

... ¿Qué hizo?

Empecé a llamarle por teléfono. Claro, no me contestaba... Pensé que estaría fuera en el coche, conduciendo... ‘Cuando regrese, ya me explicará’, me decía a mí misma, porque, como digo, nunca le habían amenazado. A la media hora me avisaron. No me lo podía creer. ‘Mirar bien, porque no es él’ les dije.

- ... **¿Estaba convencida de que no era o no quería admitirlo?**  
¡Es que nunca había tenido ninguna amenaza...! Pero sí, me costó mucho digerirlo. Al principio era incapaz de asimilarlo, como que no iba conmigo... Estaba yendo a trabajar y cuando bajó del coche le dispararon.
- ... **¿Estaba solo, con algún hijo?**  
Estaba solo.
- ... **¿Cómo reaccionó usted ante la noticia?**  
No sabes ni por dónde te da el aire. O sea, terrible. He estado años con asistencia psicológica, porque se me cayó el mundo y se me cayó todo encima. Al principio me mandaban a casa una psicóloga... No lo recuerdo bien porque tengo todo aquello como muy difuso. Al principio venía casi todos los días. Luego las visitas fueron distanciándose hasta que desaparecieron.
- ... **¿Sus hijos también recibieron asistencia psicológica?**  
Sí, pero menos tiempo. Gracias a ellos y a mi familia, porque he tenido mucho apoyo familiar, sobre todo de mis hermanas, fui saliendo adelante. Ellas me han llevado todos los papeles, me han orientado para dónde tirar, me han perseguido día y noche para ver si necesitaba algo...
- ... **Siga, por favor.**  
Fue muy duro, muy difícil. Hoy es el día que llegan unas navidades y yo no quiero que lleguen, claro. Como la vida sigue, no te queda más remedio que tirar adelante. Como no tengo valor para tirarme a la ría, pues caminito y a seguir adelante.
- ... **¿Cómo vive hoy todo aquello?**  
Lo primero que pienso es que se ha cometido una injusticia total, primero con mi marido, que se ha perdido cantidad de cosas de sus hijos, de su mujer y que ya no está en este mundo. Y luego, conmigo. Después de él, la más perjudicada he sido yo.
- ... **¿Por qué lo siente así?**  
Porque mi proyecto de vida era con él; y él no está. Mis hijos también lo han pasado mal, pero para ellos es más fácil superarlo. Ellos, como yo, llevan una mochila encima que, aunque vivan 100 o 2.000 años, me da igual, eso no nos lo quitará nadie. Lo tengo muy clarito. Ahí llevamos un estigma que nadie podrá quitarnos; ni un psicólogo, ni 5.000. Nadie.
- ... **¿Por qué dice que para ellos será más fácil?**  
Es muy diferente. Ellos tienen un proyecto de vida, otras ilusiones, tienen un camino por delante y, gracias a Dios, van, van. Pero, claro, les falta su padre.

Y no es que haya tenido un cáncer, haya sufrido un accidente o le pasara algo, como a la mayoría de los mortales. Ha sido un asesinato, algo incomprensible que hemos tenido que sufrir.

... ¿Qué consecuencias tuvo en usted la agresión?

He vivido mucho tiempo sin poder leer nada. . . . Es que no me centraba y no se me quedaba nada dentro. Leo alguna crónica del periódico y me dices '¿Qué has leído?' Puedo saber que es un atropello, una esquela, pero nada más. Lo único que me entretenía era la televisión. Podía estar 40 horas como una pava viéndola. Perdí la ilusión.

... ¿La ilusión...?

Sí. Antes tenía muchísima ilusión pues, yo qué sé, por cocinar, salir a la calle, hacer cualquier cosa. Perdí la ilusión por todo. Es que me daba igual salir por esa puerta que tirarme por la ventana. No había nada que me hiciese ilusión. Nada.

... ¿Y desde el punto de vista físico?

Mi mayor problema de salud fue la depresión. Se me cayó cantidad de pelo, yo creo que del shock. Perdí muchísimo el apetito, no tenía ganas de comer ni nada.

... Su estilo de vida, ¿cambio?

Mi vida no tiene nada que ver con la de antes. Dejé mi trabajo y mi vida cambió por completo. Y aún estoy buscando dónde situarme, qué hacer. Me dedico mucho a mi casa, mis hijos, me preocupo de que estén bien. También hago mucho deporte.

... ¿Por qué?

No sé si es que me llena o me desfoga. Me gusta y me siento bien. En esos momentos, me olvido de todo lo que tengo encima. Es una manera de entretenerme con la que, además, disfruto.

... En su familia, ¿cómo influyó el atentado?

Toda quedó muy afectada porque la convivencia entre nosotros era muy estrecha. . . . Es tan difícil asimilar cuando no ves ningún sentido a lo sucedido. Hay días que me levanto y todavía sigo sin creérmelo. Me levanto por la mañana y me pregunto '¿cómo ha podido sucederme esto a mí?' Es como si fuese un mal sueño, nunca llegas a asimilarlo.

... ¿Cómo se vio afectado su círculo de amistades y conocidos?

La gente suele verse muy afectada el primer día. Luego va pasando el tiempo, las semanas, los meses, los años y cada uno va a su vida, a sus historias.

Entonces te das cuenta de que al final el agua vuelve a su cauce y las amistades más profundas son las que aún te siguen arropando y llamándote y vas quedando con ellas.

... ¿Su entorno?

No estuvieron a la altura de las circunstancias.

... ¿Y en el barrio donde vive?

Nada.

... ¿Le importaría valorar la actuación de las instituciones públicas?

El día del asesinato allí apareció todo quisqui. No sé cuántos llegaron, parecía que todos quisieran verse en la foto. En ese momento, sí, te ves muy apoyada, pero luego te das cuenta de que pasa el tiempo... y nada. Si me dices, las instituciones, ¿qué han hecho por ti? Pues tendría muy pocas cosas que decir.

... Dígalas.

¿Dime una cosa importante que hayan hecho, no por mí, sino por las víctimas? Te tengo que decir que nada. Yo no me siento representada, ni apoyada, ni respaldada, ni nada. Así de claro, nada.

... ¿Igual la psicóloga le ayudó un poco a salir adelante?

La psicóloga me ayudó muchísimo porque era alguien con quien podía hablar, alguien con quien podía llorar. Tengo una familia estupenda, pero no soy capaz de decirles nada porque ellos también están hechos polvo y yo no puedo echar más tierra encima de ellos. Mi válvula de escape fue la psicóloga. Con ella me desahogaba y lloraba; y lloraba; y lloraba y le contaba todo lo que tenía dentro.

... Después de todo lo ocurrido, ¿cómo ve ahora su vida?

Completamente diferente. No es la que tenía que ser, pero es como si hubiese nacido otra persona. Me han hecho la barbaridad del siglo, me han robado una vida que tenía que haber sido de otra manera. Pero me estoy construyendo una nueva vida a base de descubrir qué me gusta.

El primer derecho de cualquier ser humano es el derecho a la vida, vulnerado por la violencia colectiva en el País Vasco en cientos de ocasiones. El precio que muchos ciudadanos han tenido que pagar para sobrevivir a su zarpazo se ha saldado en forma de numerosas y variadas secuelas. Miles de personas son, además, víctimas de la persecución y las amenazas, debido a sus profesiones y cargos políticos. Se trata de una violencia esporádica, pero mantenida en el tiempo con diferente intensidad y forma.

El estudio ISAVIC se presenta como un análisis científico sobre una realidad social tristemente todavía poco conocida. Sus resultados, sin duda, merecen ser refrendados y ampliados para seguir avanzando en el conocimiento de esta realidad tan importante como oculta. No sólo por las propias víctimas, sino por el conjunto de la sociedad vasca.



PRIMERA PARTE:

# LA TRAGEDIA HUMANA



## VIOLENCIA Y SALUD

Un millón y medio de personas mueren cada año en el mundo a causa de la violencia<sup>1</sup>, una cifra a la que se suman los millones de supervivientes que han de seguir adelante sufriendo sus efectos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera en uno de sus informes que éste es un problema de tal magnitud que los gobiernos y responsables de los sistemas sanitarios deberían adoptar, según dice, medidas para tratar sus secuelas, prevenir su aparición y mitigar sus efectos. El documento de la OMS representa una nueva manera de observar este fenómeno, propio de las relaciones sociales y que, como se ha demostrado a lo largo de la historia, sólo ha servido para la generación de tragedias humanas y sociales aún no bien valoradas en toda la magnitud y naturaleza de su dolor, sufrimiento y costes.

La violencia colectiva no comenzó a ser reconocida abiertamente como un problema de derechos humanos hasta la segunda mitad del siglo XX, con la progresión de regímenes políticos democráticos y la publicación de la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. La relación antagonista que hay entre ambos conceptos, violencia y salud se manifestó más claramente, sin embargo, bastante más tarde, en el año 2002, con la publicación de un informe de la organización internacional titulado precisamente así.<sup>2</sup>

El eje central del estudio ISAVIC es la “violencia colectiva”, la que resulta de una relación agresiva entre grupos o entre representantes de distintos colectivos o contra sus símbolos. No obstante, esos grupos o colectivos no necesitan ser siempre reales, pueden ser imaginados por una de las partes para que se den los fenómenos que caracterizan a la violencia colectiva, y que se verán a continuación. Cuando la OMS habla de este tipo de violencia se refiere a conductas belicosas que buscan influir de alguna manera en el orden de una comunidad, en lo social, lo político o lo económico. Este tipo de violencia incluye las guerras, el terrorismo,



otras manifestaciones violentas de contenido político como levantamientos, rebeliones, revoluciones, asesinatos masivos, acciones contra civiles y reclusos, luchas callejeras y combates entre bandas y pandillas. La violencia comunitaria derivada de conflictos étnicos, religiosos o similares también se considera una forma de violencia colectiva, lo mismo que las extorsiones de las mafias, incluida la extorsión financiera.

En las sociedades modernas y democráticas de hoy, la violencia colectiva carece de todo sentido. El uso de la fuerza como instrumento para la resolución de conflictos sociales avanza hacia su deslegitimización. De manera progresiva, el recurso a la agresión y la coacción van siendo “expulsados simbólicamente”<sup>3</sup> de la construcción social moderna. En el País Vasco, sin embargo, aún perduran formas de violencia colectiva. La violencia aquí no sólo persiste, sino que sigue siendo una fuente de dolor y sufrimiento todavía no debidamente estudiada. Los primeros intentos por medir su repercusión en la salud de las víctimas fueron firmados en la comunidad científica por Martín Beristain y Páez,<sup>4</sup> Ormazabal<sup>5</sup> y Etxeburua,<sup>6,7</sup> entre otros. Las asociaciones de víctimas, el mundo social y las instituciones, por ejemplo la Dirección de Atención a las Víctimas de Gobierno Vasco, también han aportado información muy valiosa.

En julio de 2008, el Parlamento Vasco aprobó la Ley de Reconocimiento y Reparación a las Víctimas del Terrorismo.<sup>8</sup> La aprobación del documento supuso la admisión institucional tanto del daño que este fenómeno ha generado en el conjunto de la sociedad vasca como del dolor y sufrimiento que ha supuesto y aún supone para cada una de sus víctimas directas. El texto aprobado mostró, además, la voluntad de la sociedad y sus representantes políticos de evitar un nuevo sufrimiento tan injusto y profundo como el causado por la distancia y el olvido. Esta legislación representa un auténtico hito en el tratamiento social de las consecuencias de la violencia colectiva.

En su exposición de motivos, la Ley reconoce “A buen seguro no somos aún plenamente conscientes del profundo daño que [el terrorismo] ha generado y genera en el devenir de la ciudadanía vasca como colectividad[. . .] Una perspectiva histórica más amplia tal vez nos permita en un futuro valorar, en toda su extensión y con todo su alcance, la negativa repercusión que la violencia terrorista [. . .] ha tenido y tiene en el desarrollo de nuestras relaciones sociales, de nuestra economía, de nuestro progreso cultural y lingüístico; de nuestra convivencia, en definitiva”.

Aún falta mucho camino por recorrer hasta que se llegue a una valoración objetiva e integradora de la magnitud y naturaleza del sufrimiento producido por la violencia. Hasta que se den las condiciones que lleven a la elaboración de un documento como el norirlandés “The Cost of the Troubles Study” (<http://cain.ulst.ac.uk/cts/>), que aglutinó al mundo científico y social.

Los profesionales de la salud pública del País Vasco se encuentran en una posición ideal para analizar esta temática; aunque el análisis de los efectos físicos y psíquicos provocados por la violencia colectiva representa un reto de primera magnitud por su carácter pionero e innovador. Las preguntas que se plantean son muchas y variadas. Este informe contiene algunas de las respuestas.

## VÍCTIMAS: DEFINICIONES OPERATIVAS

“Todo ser humano que sufre un malestar emocional a causa del daño intencionado provocado por otro ser humano”<sup>6</sup> puede considerarse una víctima. Esta amplia definición, del profesor Echeburúa, incluye a todo tipo de damnificados, desde quienes han sufrido un daño físico o psicológico hasta quienes han visto asaltadas sus propiedades o se sienten amenazados. Abarca incluso a las personas que se solidarizan con el sufrimiento vivido por otras.

Las víctimas directas son las que sufren la violencia en su propia persona, quienes fallecen, resultan heridas o logran librarse de la muerte en una acción criminal. Al referirse a sus familiares y círculo de íntimos, suele hablarse de víctimas indirectas. Las muertes violentas, sin embargo, desencadenan con frecuencia en los familiares íntimos de la víctima asesinada una reacción traumática similar a la que sienten las víctimas directas.<sup>9</sup> Es por este motivo que tanto unas como otras se han considerado en este estudio como víctimas primarias. Con esta misma lógica, el grupo de víctimas secundarias lo formarán tanto los familiares en segundo grado y los testigos de los hechos, como las personas que colaboran en labores de seguridad y rescate, que de alguna manera también sienten el trauma.<sup>10</sup> La extensión del sufrimiento puede alcanzar a círculos más remotos de personas, en función de reacciones como la solidaridad, la compasión o la simpatía hacia la víctima.<sup>11</sup> Cualquier persona que se involucra emocionalmente puede resultar vulnerable. También las propias víctimas primarias pueden ver reactivados sus recuerdos de traumatismos anteriores ante el conocimiento de nuevos atentados,<sup>12</sup> por un fenómeno que se denomina “victimización secundaria”.

## EL CONCEPTO DE SALUD

El concepto de salud es complejo. La OMS la definió hace varias décadas como el completo estado de bienestar y no meramente la ausencia de enfermedad”.<sup>13</sup> Independientemente de que las personas somos algo más que cuerpos sujetos al vaivén de enfermedades, el uso del término bienestar para referirnos al estado de salud de una persona puede resultar un tanto vago, inconcreto.

La propia Organización Mundial de la Salud, reconociendo la complejidad de la dimensión humana, ha propuesto más recientemente que la salud se relaciona con la capacidad del

individuo de realizar todo el conjunto de funciones propias del ser humano, las que las personas requieren para satisfacer sus necesidades biológicas, emocionales, psicológicas y también sociales.<sup>14</sup> Esa es la clave. La pérdida de la salud viene explicada, no sólo por la presencia de una enfermedad, sino también por el grado de discapacidad que esa lesión o enfermedad le produce al individuo desde el punto de vista físico, psicológico y de las dificultades que se le plantean en su entorno laboral y en sus relaciones y otras actividades sociales.

La amputación de una pierna sirve como ejemplo para entenderlo. Una lesión así tiene unas claras consecuencias físicas: a la falta de pierna se unen el dolor, la alteración del equilibrio, pérdida de sangre... Pero no es sólo que a uno le falte una extremidad inferior, es que esa carencia impide realizar una serie de actividades que también contribuyen a su buen estado de salud, como caminar, correr y saltar. Otras funciones más básicas también se ven alteradas: el tránsito intestinal se puede deteriorar por el sedentarismo al que obliga la situación. La lista todavía puede crecer más. Como se ha dejado de andar, el paciente gana peso, pierde tono muscular y acumula dificultades para conciliar el sueño. Todo ello tiene, además, innegables consecuencias emocionales y, por supuesto, de tipo social. Surgen la dificultad para conseguir o mantener un empleo, participar en actividades de ocio y deporte, salir con los amigos...

Esta nueva forma de entender la salud tiene la ventaja de que se centra en un aspecto que resulta fundamental, que es la disfuncionalidad. El diagnóstico clínico es muy importante, siempre lo ha sido, pero resulta insuficiente para determinar con precisión el impacto de los problemas de salud en la calidad de vida y bienestar de las personas. Es necesario un nivel de información mayor, que tenga en cuenta, además de las lesiones corporales, las funcionales y el impacto de ambas a lo largo del tiempo en el equilibrio social y psicológico del paciente.<sup>15</sup>

## CONOCIMIENTO SOBRE EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD

El interés por el estudio de las lesiones asociadas a los fenómenos violentos ha crecido de manera considerable en los últimos años, aunque la información disponible es aún muy inferior a la de otros problemas de salud. El impacto en la sociedad americana del 11-S y el creciente reconocimiento de la violencia doméstica pueden haber sido determinantes de este mayor interés.

Lo que se sabe hoy sobre el impacto de la violencia colectiva en la salud tiene su antecedente en el análisis de las repercusiones psicológicas de los supervivientes de la primera y

segunda guerra mundial y sobre todo de las manifestaciones traumáticas de los soldados que regresaban de la guerra de Vietnam, a partir de las cuales se acuñó el concepto de estrés posttraumático.<sup>16</sup> La reflexión científica sobre el impacto de la violencia colectiva ha ido evolucionando a medida que ha avanzado el estudio de las poblaciones sometidas a conflictos, como en las guerras centroamericanas, la desintegración de Yugoslavia o más recientemente la situación en Palestina o la guerra de Irak. La masacre que acabó con más de 2000 vidas en las Torres Gemelas de Nueva York también han permitido saber algo más sobre las consecuencias en las víctimas secundarias, incluso periféricas.

Aún así todavía quedan muchas lagunas. Por ejemplo, apenas se han estudiado los efectos de la violencia en comunidades que sufren episodios violentos con frecuencia y densidad relativamente bajas o esporádicas, en oposición a las situaciones de guerra, como ocurre en el País Vasco. De manera, que no se conoce bien hasta qué punto se pueden extrapolar a esta comunidad las conclusiones obtenidas en otras situaciones de violencia mucho más intensa. Sin embargo, la investigación que se está produciendo en los últimos años, aún en otros contextos, facilita la comprensión de los principios generales de la relación entre violencia y salud y permite plantear el marco teórico que servirá en este estudio.

#### ■ UN RECUENTO DE LA RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA Y SALUD

La violencia, ya sea individual (es decir, entre individuos aislados) o colectiva, está claro que vulnera el bienestar del individuo, e incluso puede hacerlo, no puntualmente sino de una manera global. Un intento de asesinato no sólo puede provocar lesiones irreversibles en los órganos y funciones de una persona, sino que también repercute en su integridad emocional. En su adaptación y su equilibrio social.

La muerte es, sin duda, su consecuencia más grave. Los daños son irreparables. Desgraciadamente, una de las primeras causas de mortalidad en el mundo es la violencia, como lo demuestra cualquier recuento de víctimas. Sólo los atentados del 11-M contra los trenes de cercanías de Madrid, ocasionaron 192 muertos. La violencia asociada a ETA, y en menor medida a otros grupos, se responsabiliza de unos 1.000 asesinatos.<sup>5</sup>

La muerte se produce unas veces de manera directa, a causa de la agresión, o como resultado del agravamiento de las lesiones sufridas. Pero no siempre es así. Las alteraciones psicológicas causadas por la violencia, especialmente la depresión, también pueden terminar con un fatal desenlace. Incluso algunos suicidios pueden interpretarse como consecuencia de una acción violenta.

Hay países donde los brazos de la violencia llegan hasta el punto de recortar la esperanza de vida. La OMS asegura que la violencia es la tercera causa de mortalidad en hombres y mujeres de 15 a 44 años; y advierte en uno de sus informes sobre la materia de que el

número de muertes ocasionadas por la violencia está aumentando de tal manera que se espera que alcance el primer lugar en este grupo de edad.<sup>17</sup>

La muerte es sólo la punta del gran iceberg de lesiones y sufrimiento que permanece oculto entre la sociedad. Las autoridades sudafricanas, por ejemplo, estiman que por cada agresión mortal en su país se producen otras 50.000 de menor intensidad, de las cuales la mitad no se registra.<sup>18</sup>

El rango de lesiones corporales y de secuelas emocionales y funcionales que pueden experimentar los supervivientes de una acción violenta es muy amplio. Su expresión cambia en función del carácter e intensidad de la violencia y de la naturaleza de los órganos afectados. Su pronóstico también es muy variable. Con el tiempo, pueden llegar a superarse o pueden producir secuelas permanentes e invalidantes, generadoras a su vez de nuevas discapacidades.

Politraumatismos, quemaduras, destrucción o amputación de miembros, mutilaciones, conmociones, intoxicación por inhalaciones o ingesta nociva, heridas por armas de fuego o por estallido, aplastamiento o lesiones por onda explosiva son algunas de las lesiones más comunes producidas por la violencia de intensidad fuerte. La violencia, además, también puede agravar enfermedades existentes con anterioridad o inducir la aparición de otras nuevas como puede ser la hipertensión o alteraciones reproductivas.

Un aspecto que merece especial atención en este recorrido por los problemas de salud asociados a la violencia es el de las alteraciones emocionales y psicológicas. Es una cuestión que no se ha comprendido aún en toda su magnitud. Un alto porcentaje de víctimas, incluso algunos de sus victimarios, presenta problemas emocionales tras haber vivido un trauma violento.<sup>19</sup> Varios estudios indican que la cifra de individuos expuestos a violencia colectiva intensa que presenta alteraciones emocionales oscila entre el 30% y el 60%.<sup>20</sup> Las complicaciones pueden ser graves y persistentes. Un estudio reciente revela que 25 años después de la retirada de las tropas holandesas del Líbano, un 15% de los veteranos continuaba sufriendo síntomas ligados al conflicto.<sup>21</sup> No es un hecho aislado. Supervivientes de los campos de concentración nazis también presentaban lesiones psiquiátricas de importancia 50 años después de que finalizara la II Guerra Mundial.<sup>22</sup>

Los problemas psicológicos asociados a la experiencia de violencia conforman un amplio abanico de patologías que incluye desde desórdenes afectivos, como distimia y depresión, hasta diferentes formas de ansiedad. La lista incluye asimismo la aparición del síndrome de estrés postraumático, somatizaciones, desórdenes del dolor y de conversión y un amplio conjunto de síntomas. Los afectados pueden presentar, por ejemplo, alteraciones en el control de las emociones, conductas autodestructivas e impulsivas, síntomas de

disociación, malestar somático, sentimientos de ineficacia y vergüenza, además de desesperación, hostilidad, sentimiento de amenaza y rechazo social, alteraciones de las relaciones interpersonales y trastornos relacionados con el abuso de narcóticos, entre otros síntomas. Lo habitual en las personas que han vivido un episodio de violencia grave no es que se de una u otra alteración, sino varias de ellas al mismo tiempo.<sup>20</sup>

El síndrome de estrés postraumático es una complicación específica de la violencia y los traumas psicológicos graves, que conviene describir con más detalle. Psiquiatras y psicólogos coinciden en que se trata de un desorden de ansiedad complejo, que se desencadena cuando una persona se expone a un acontecimiento traumático muy grave o intenso.<sup>23</sup> Ante un hecho que representa una amenaza grave, por ejemplo la vivencia de un atentado, el afectado por el síndrome responde con miedo intenso, desesperanza y horror.

La angustia, las pesadillas, la inquietud no terminan con el final de la tragedia, sino que se repiten a menudo al recordar los hechos. Es como si lo estuvieran viviendo de nuevo, como si se tratara de una re-experimentación de lo sucedido con recuerdos abrumadores. Para evitar esta situación de dolor, el enfermo desarrolla con frecuencia conductas de evitación con la intención de eludir de manera inconsciente el recuerdo del trauma; sin tener conciencia de que una actitud así puede llevarle al distanciamiento, la autoexclusión, a tal grado de insensibilidad que puede llegar a causarle anestesia emocional. El proceso concluye con el desarrollo de reacciones fisiológicas de hiperreactividad, es decir que ante determinados acontecimientos, el organismo reacciona de manera exagerada, dando lugar a vigilancia máxima, irritabilidad, alteraciones del sueño y una respuesta de alarma especialmente desmedida ante el recuerdo recurrente del trauma.<sup>24</sup> Entre un 3% y hasta un 60% de las personas expuestas a violencia grave padecen síndrome de estrés postraumático.<sup>25</sup> Las cifras pueden ser incluso mayores en quienes han sufrido conflictos bélicos.<sup>26,27</sup>

#### ■ LA RESPUESTA HUMANA ANTE EL HECHO VIOLENTO

La reacción primera ante la violencia, especialmente si es grave, puede desencadenar lo que los especialistas denominan un trauma. La Asociación Psiquiátrica Americana lo define como una experiencia humana extrema que se percibe como una amenaza grave para la integridad física o psicológica de la persona o de terceros y ante la cual el individuo responde con temor, desesperanza u horror.<sup>23</sup> Es una experiencia dolorosa desde el punto de vista emocional, una fuente de angustia y sufrimiento que, sin embargo, forma parte de la vida misma. En realidad, se trata de una reacción humana normal, un mecanismo de defensa del organismo ante una situación que le desborda. La pérdida de un ser querido, de un equilibrio emocional, incluso de las creencias y valores de uno, puede dejar a la persona en un estado de absoluta conmoción.



impotencia, miedo y aislamiento de las víctimas.<sup>4</sup> La pérdida, en este caso, puede que no se llegue a aceptar y se desarrollen actitudes de negación y evitación.<sup>32</sup>

Los hechos traumáticos, sean de la naturaleza que sean, deben afrontarse. El afrontamiento, que es así como se denomina a las reacciones psicológicas que sirven para canalizar el dolor, es un elemento fundamental para digerir el estrés causado por el trauma, reorganizar el equilibrio psicológico y estabilizar el funcionamiento social.

Las artes para el control del sufrimiento pueden ser variadas.<sup>33,34</sup> Unas veces se busca evitar o modificar la fuente de estrés, por ejemplo mediante el distanciamiento. Otras rebelarse contra el suceso. También da resultado intentar cambiar el sentido de la situación a través de un análisis más positivo de los hechos. Hay a quienes les vale la búsqueda de apoyo en terceras personas y quienes desarrollan conductas escapatorias. La elección de una u otra ruta, y su eficacia particular, depende en gran medida de las circunstancias y de la personalidad y experiencia vital de cada persona.<sup>35,36</sup>

#### ■ FACTORES CONTRIBUYENTES Y MITIGADORES

No todos los hechos violentos generan el mismo “shock” ni todos los traumas perduran de la misma manera. La variabilidad es considerable. Algunos factores contribuyen a que la situación permanezca y se cronifiquen los síntomas. Influyen en ello diversos aspectos, entre los que destacan las características del hecho violento, las circunstancias que lo rodearon, la personalidad de la víctima, incluso la relación entre ésta y su agresor. A mayor cercanía emocional entre ambos, la conmoción parece ser más dañina y desestructurante.<sup>37</sup>

La intensidad de la agresión resulta determinante en la evolución del trauma. Con frecuencia, la violencia más intensa se asocia a reacciones traumáticas más profundas. También su carácter repentino, como en el caso de un atentado, o repetitivo y crónico, como en un estado de guerra. También influyen las características psicológicas de la víctima. Los síntomas pueden perdurar en todo tipo de personas, pero tienen más posibilidades las que ya presentaban problemas psiquiátricos, quienes resisten peor el estrés o también quienes tienden a culpabilizarse con mayor facilidad.<sup>38</sup> Es decir quienes tienden a pensar que si no hubieran actuado de tal modo, quizás no hubiera ocurrido eso que tanto les atormenta, cuando la responsabilidad de un acto corresponde a quien lo ejecuta.

El objetivo como se ha indicado consiste en reconstruir lo sucedido desde una perspectiva positiva, no negándolo, sino aceptando su existencia.<sup>39</sup> Los individuos capaces de reaccionar con mayor optimismo y energía ante las circunstancias dolorosas, de vivir sus emociones desde un punto de vista más positivo se asocian a una mayor resiliencia psicológica.<sup>40</sup> En Psicología se entiende por resiliencia la habilidad para enfrentar las situaciones adversas de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido, incluso transformado.



El modo en que se resuelva este proceso depende también del apoyo con que se cuente. La disponibilidad de personas que presten a la víctima cuidados, atención, apoyo emocional, aprecio o amor resulta fundamental para avanzar en la superación del trauma.<sup>41,42</sup> Este es uno de los principales factores que ayuda a la víctima a curarse. La sensación de ser apreciado en un momento crítico facilita que la percepción del riesgo y del daño ocasionado sea menor y contribuye a reinterpretar más favorablemente la magnitud de la situación estresante.<sup>43</sup>

### ■ IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA VIOLENCIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los niños son uno de los grupos de población más vulnerables; son también el futuro de la sociedad. Tienen toda la vida por delante, lo que significa que las lesiones que adquieran en la infancia, si no se solucionan bien, podrán repercutir a lo largo de su vida causando daño tanto en ellos como en otras personas. El estudio ISAVIC no ha analizado el impacto de la violencia en los menores. Sin embargo, el conocimiento de las repercusiones que tiene en ellos puede ayudar a comprender parte de la problemática asociada a la violencia.

Los niños expuestos a la violencia colectiva son especialmente susceptibles de sufrir un trauma, y sus secuelas pueden permanecer latentes a lo largo de la vida.<sup>44,45</sup> La violencia puede resultar devastadora para su desarrollo emocional y psicológico y favorecer la aparición de patología mental ante nuevos actos violentos.<sup>46</sup> Se ha visto cómo adultos que de pequeños sufrieron violencia grave muestran mayor inmunidad ante los horrores de la violencia, quizá porque la han asimilado como una de las relaciones básicas entre humanos.

No todos los menores son igualmente vulnerables. Hay niños expuestos a altísimos niveles de violencia colectiva que muestran gran resistencia. Lo normal, sin embargo, es que su limitada madurez psicológica y cognitiva determine en gran medida los efectos del trauma. Sus estrategias de afrontamiento son limitadas y dependen de la fortaleza de sus padres para comprender lo que les sucede. El estado emocional paterno, su conducta y los valores que transmitan a sus hijos resultan por ello fundamentales para explicar la reacción de los niños, sobre todo de los más pequeños.<sup>34</sup> Está demostrado que los menores con familias más punitivas, distantes o desestructuradas presentan mayor nivel de estrés y ansiedad, mientras que las relaciones familiares positivas amortiguan las consecuencias negativas de la violencia.<sup>47</sup>

En los adolescentes, la exposición a hechos violentos también causa profundos cambios en sus actitudes ante la vida. Es un grave desencadenante de enfermedades psiquiátricas y facilita la adopción de mayores conductas de riesgo. Los niños y adolescentes que viven en sociedades castigadas por la violencia colectiva tienen más problemas para culminar sus rituales de duelo. Corren el riesgo de quedar paralizados en una espiral de violencia y venganza y de verse arrastrados por la cultura violenta.<sup>48</sup>

La forma en la que la comunidad vive la violencia y el posible estigma que determine en sus víctimas, sobre todo si son minoritarias, también explica que unos niños se afecten más que otros,<sup>49</sup> y llega a modular sus estrategias de afrontamiento.<sup>47</sup> Es que la violencia colectiva se interpreta socialmente. El grado de integración social que vivan los niños y adolescentes facilitará que compartan esa interpretación. Existen ejemplos documentados en África del Sur, Irlanda del Norte y Palestina, donde muchos niños participan de modo activo en el conflicto. Expresan así los valores y creencias del grupo del que forman parte. Sus respuestas ante el conflicto y el estrés están en muchos casos relacionadas con los objetivos políticos y las normas y valores de la sociedad en la que están integrados.

La paradoja y también el riesgo es que los niños víctimas de violencia colectiva pueden mantener un buen funcionamiento psico-social en ámbitos de fuerte cohesión social donde se le atribuye un significado positivo a la violencia y pueden llegar a legitimar el discurso violento si lo entienden como parte de la normalidad.<sup>50</sup> Aún así, la guerra y la violencia pueden interferir en la formación de su identidad,<sup>51</sup> en su capacidad de establecer relaciones sociales<sup>52</sup> y en su desarrollo moral.<sup>53</sup>

#### ■ VICTIMIZACIÓN PERIFÉRICA: MÁS ALLÁ DE LAS VÍCTIMAS DIRECTAS

El impacto de la violencia supera el ámbito de las víctimas directas. Las alteraciones que provoca puede extenderse entre los testigos, el personal de auxilio e incluso entre los familiares y amigos de los afectados. Son las víctimas secundarias; personas que sin haber vivido directamente el trauma reaccionan emocionalmente ante su visualización, conocimiento o recuerdo. Pueden sufrir síntomas de ansiedad, depresión, somatizaciones y otros problemas psicológicos, incluido el llamado estrés postraumático secundario.<sup>54,55</sup> Seis meses después de los atentados contra las Torres Gemelas de Nueva York, los servicios sanitarios detectaron síntomas de estrés postraumático en más de un 5% de los trabajadores que habían participado en las labores de rescate e incluso en quienes habían colaborado sólo indirectamente.<sup>56</sup> Los Centros for Disease Control (CDC) de Estados Unidos, la principal institución de salud pública del país, afirman en un informe sobre la catástrofe que un porcentaje significativo del personal que trabajó en las labores de rescate y reparación de daños aún presentaba alguna sintomatología un año después de los atentados,<sup>57</sup> también parte de la población general.<sup>58</sup> La victimización secundaria puede sucederse también en antiguas víctimas y en ciudadanos con cada atentado, con cada hecho violento, siempre que las víctimas y los ciudadanos recuerden o sientan como suyo el dolor sufrido por otra persona.

#### ■ IMPACTO SOCIAL

La violencia colectiva no es una experiencia privada. El sufrimiento que genera se da en un lugar determinado y afecta tanto a la persona que la padece como a la sociedad en la

que vive. Cualquier interpretación que se haga sobre ella no puede realizarse sin tener en cuenta el marco en el que se ha producido, su contexto, las interpretaciones colectivas.

El tejido social de una comunidad se debilita cuando la violencia arremete contra él. Las estructuras comunitarias pueden dejar de responder a las necesidades de apoyo y atención de sus miembros. La comunidad, en ese caso, deja de prestar la cohesión y ordenamiento social que le corresponden. El terror causa desconfianza y la desconfianza desestructura los lazos comunitarios. Los miembros de una sociedad traumatizada pueden no llegar a comprender qué les sucede a ellos ni qué le ocurre a su comunidad, porque escapa de su control. Si no encuentran una solución satisfactoria pueden sentirse desesperanzados e inseguros, culpables, avergonzados y desamparados.<sup>59</sup>

El clima social es un concepto que expresa el conjunto de creencias y de emociones que se comparten en un grupo social y condicionan las reacciones de los miembros del grupo.<sup>60</sup> La investigación ha acuñado el término de trauma psicosocial para describir los efectos de tipo psicológico y social que la violencia colectiva puede generar en una comunidad.<sup>61</sup> El trauma psicosocial expresa la cristalización, en las personas, de relaciones sociales basadas en la violencia, la polarización social y las creencias estereotipadas. Significa la instauración de un clima emocional compartido de miedo, ansiedad, inseguridad, desconfianza en la sociedad y en las instituciones, que puede producir desesperanza y desmoralización.<sup>62</sup> Un clima social dominado por estos factores afecta irremediablemente a la salud de las personas y puede facilitar la perpetuación de la violencia.<sup>63,64</sup>

Los grupos de población sometidos a un nivel intenso de violencia colectiva asisten a una destrucción o, cuando menos, un daño grave de la cohesión social y la solidaridad entre familias, grupos, barrios y otras organizaciones sociales, según han revelado distintas investigaciones. Las personas se sienten más inseguras en sus lugares habituales, experimentan más miedo en los espacios públicos y viven más pendientes de las intenciones y conductas de sus vecinos. La ciudadanía tiende a una mayor inhibición social, al aislamiento y a la disminución de las relaciones. Aumentan los prejuicios ante ciertos grupos y disminuyen las actividades colectivas. Las reacciones resultan más complejas en los núcleos pequeños, dada la proximidad de las relaciones humanas.<sup>65</sup>

Las implicaciones que todo lo descrito suponen para una sociedad doblegada por la violencia colectiva de manera continuada no son nada despreciables. Existe el riesgo de que haya una carga de enfermedad sin tratar, sin reconocer, y que con el paso del tiempo se cronifique y reproduzca. También de que se genere un mayor número de víctimas secundarias, por múltiples exposiciones a fenómenos repetidos de violencia en un contexto de trauma social. Asimismo, está ahí presente el potencial de que la cultura de la violencia continúe por su inercia y pase de una generación a otra, entre individuos

y grupos. La carga de dolor puede ser, además, lo suficientemente pesada como para requerir la puesta en marcha y desarrollo de nuevos recursos asistenciales, nuevas técnicas y estrategias sociales.

En el País Vasco no se han producido todavía suficientes análisis como para valorar la incidencia y amplitud de los fenómenos descritos con la claridad necesaria. Algunas de las cuestiones planteadas se intentan responder en este estudio.





SEGUNDA PARTE:

# RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN



## EL PROYECTO ISAVIC

**E**l proyecto intentó responder a una serie de preguntas que concretan su objetivo final, el de convertirse en una primera aproximación al impacto de la violencia colectiva en la salud de la población vasca afectada. Las cuestiones planteadas se dividen en dos bloques.

Por un lado, el equipo investigador quiso saber hasta qué punto se observa en las víctimas primarias una alteración de su estado de salud atribuible a la violencia colectiva. ¿Se puede determinar qué dimensiones de la salud resultan afectadas? ¿Se observa una asociación con el grado de exposición a la violencia? Esa alteración de la salud, ¿se mantiene a lo largo del tiempo? Incluso, ¿es posible identificar algunas variables psicológicas asociadas al fenómeno traumático? ¿En qué sentido?

El segundo reto que se planteó fue conocer si es posible observar en la población general alteraciones de la salud asociadas a la exposición a la violencia colectiva. Había muchas preguntas que requerían una respuesta. Por ejemplo, ¿se puede determinar en estos casos qué dimensiones de la salud resultan afectadas? ¿Se identifican algunas variables psicológicas asociadas al fenómeno traumático? ¿Cuál es la exposición a actos de violencia colectiva de la población residente en la comunidad autónoma vasca?

Para responder a estas preguntas se establecieron, en la realización del estudio, dos fases complementarias. Una de ellas trató de investigar el estado de salud de las víctimas primarias mediante entrevistas en profundidad que ahondaban en la comprensión de sus vivencias a lo largo de las múltiples dimensiones de la salud y en relación con el hecho violento. Este proceso llevó a identificar de manera individualizada a cada afectado que accedió participar en el estudio. La segunda fase trató de comparar algunos aspectos más puntuales de la salud de las víctimas con los de una muestra de más de dos mil personas de



la población general. Esta fase del estudio necesitó que las víctimas y la población general contestaran a un cuestionario que fue diseñado específicamente para la investigación.

Las víctimas primarias que finalmente participaron en ella recibieron información sobre su propósito y metodología, y sobre otros detalles relacionados con la utilización final de los datos y su protección y confidencialidad. Los participantes lo hicieron de manera voluntaria, tras recibir toda la información que consideraron necesaria, así como la garantía de que podían retirarse en cualquier momento de la entrevista o del estudio con plena libertad, como así lo hicieron algunas de ellas. También podían negarse a contestar parte de la entrevista o del cuestionario. Todas dispusieron de contactos para obtener más información sobre el estudio. Del mismo modo, también las personas de la población general que participaron en la encuesta dieron su consentimiento de manera voluntaria, tras recibir información por parte de la encuestadora. Todos los datos obtenidos se trataron de manera anónima y permanecen debidamente custodiados para garantizar la necesaria confidencialidad.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

El estudio epidemiológico pretende estimar el alcance de la violencia, cómo se distribuye entre los distintos sectores de la población y de qué manera afecta tanto a las víctimas primarias como al conjunto de la ciudadanía vasca. Los datos que se presentan proceden, como se ha explicado, de dos grupos de población complementarios. El primero está formado por 2007 personas que representan a los vascos mayores de 16 años, el segundo lo integran 33 de las 36 personas afectadas que colaboraron con el proyecto y que completaron el cuestionario.

### ■ ¿CUÁL ES LA EXPERIENCIA DE VIOLENCIA DECLARADA?

El grupo representativo de la población general estuvo integrado por un 41% de hombres y un 59% de mujeres con una edad media de 49 años. Un tercio había cursado estudios primarios y cerca de un 14% estudios universitarios.

Según los datos recogidos por la encuesta, del total de 2.007 personas entrevistadas, 334, un 16,6%, refirieron haber sufrido de forma directa o indirecta un acontecimiento de violencia de todo tipo; de ellos, dos de cada tres (212 casos que representan el 10,6% de la muestra) en forma de agresiones físicas, normalmente relacionadas con robos (46,8%) y peleas callejeras (30%). Sólo un 10% de las personas que refirieron agresiones físicas (un total de 26 casos, el 1,3% de la muestra) las atribuyeron a episodios de violencia colectiva. Un tercio de entre estas últimas se habían relacionado con la violencia únicamente de forma indirecta, es decir, supieron de ella, pero no la experimentaron directamente.

Las agresiones recogidas en la encuesta se resolvieron en su mayoría sin dejar secuelas físicas (60% de los casos) o dejaron sólo mínimas repercusiones (ocasionaron heridas superficiales en otro 30%). Sólo en cinco casos se registraron heridas graves (cuatro por violencia interpersonal y otro por violencia colectiva) y en dos más se llegó a la muerte de un familiar (una de las veces como consecuencia de la violencia interpersonal y otra por la colectiva).

La experiencia de violencia entre las víctimas primarias es mucho más intensa que entre la población general encuestada. Todas las víctimas primarias han sufrido al menos un hecho grave de violencia colectiva a lo largo de las últimas décadas. Un 30% de ellas lo padeció hace más de 15 años y otro 36% entre los últimos cinco y diez.

Dieciocho víctimas primarias (54,5%) habían sobrevivido al asesinato de un familiar en primer grado. En otros 12 casos (36%), la víctima sufrió agresiones que le causaron heridas de gravedad. Las otras tres personas sufrieron amenazas y extorsiones reiteradas sin agresiones físicas. En ocasiones, habían coexistido asesinatos y atentados junto a una situación de amenazas reiteradas. Hasta un tercio de las víctimas refiere haber sufrido amenazas en los doce meses anteriores a la realización de la encuesta. De sus declaraciones se deduce que han vivido una exposición crónica a la violencia en sus distintas manifestaciones. Muchas aseguraron que la experiencia de violencia colectiva había estado presente en sus vidas durante años y, en algunos casos, décadas.

#### ■ PLANTEAMIENTO DEL ANÁLISIS

El objetivo principal de este estudio, tal como se ha explicado, consistió en valorar la asociación entre la exposición a la violencia colectiva y la salud de las víctimas. Una de las primeras cuestiones que quiso saber el equipo investigador fue la de conocer hasta qué punto la exposición a la violencia interfería, o interfiere, en diferentes dimensiones de la salud en el grupo de personas que integraron la muestra de la población general. Querían saber de qué modo condiciona su capacidad de comprensión y comunicación, el manejo del entorno, su cuidado personal, la relación con otras personas, las actividades diarias y la participación en sociedad.

El análisis de todos estos indicadores de salud permitió ver, sin embargo, que estadísticamente, la muestra, las 2007 personas seleccionadas en representación de la población general, no daba suficiente margen de confianza como para establecer conclusiones con precisión. El grupo de ciudadanos que entre esos 2007 había tenido alguna experiencia de violencia era menor de lo esperado. Apenas había 334 personas (el 16,6%) que declararon haber sufrido alguna vivencia de violencia de cualquier tipo, pero de ellas sólo 26 reconocieron haber sido víctimas de alguna agresión directa o indirecta atribuida a la violencia colectiva. De esas 26, además, únicamente 2 habían sufrido heridas o lesiones graves, incluyendo

la muerte en 1 caso. El conjunto de afectados directos por la violencia colectiva parecía excesivamente reducido como para obtener conclusiones fiables a partir de su propia experiencia exclusivamente.

¿Qué se hizo para superar este obstáculo? El equipo investigador optó por clasificar todas las personas incluidas en el estudio, población general y víctimas primarias, según el nivel de exposición a la violencia. Así se obtuvieron tres grupos: El primero de ellos se formó con los 1.673 ciudadanos (83,4%) de la muestra de la población general que dijeron no haber experimentado alguna violencia de las recogidas en la encuesta en su vida. Otro conjunto de 334 personas (16,6%) constituyó el segundo grupo, el de las personas que sí habían sufrido algún tipo de violencia, del tipo y el alcance que fuera, y cuya intensidad media era en general más bien escasa o mediana. El tercero, por último, quedó constituido con las 33 víctimas primarias.

El análisis se establecería a partir de este momento mediante la comparación de la salud de la población general, en sus dos categorías, con la de las víctimas primarias. De esta manera se pueden establecer hipótesis sobre el impacto de la violencia colectiva en la salud, ya que lo que fundamentalmente distingue a las víctimas primarias del resto de la población es precisamente su experiencia de violencia colectiva. Antes de entrar en materia conviene aclarar un aspecto metodológico importante. Ya que las víctimas primarias que participaron en esta investigación se seleccionaron mediante redes de contactos en lugar de por un muestreo probabilístico, no se puede asegurar que representen al conjunto de víctimas primarias. Sus experiencias personales no se pueden extrapolar al resto.

Además, pudiera ser que estas personas, que participaron de forma voluntaria, difieran no solo del resto de las víctimas, sino también de la población general en algunos aspectos que también puedan afectar a la salud, independientemente del hecho de la violencia, como pueda ser su edad o su nivel de educación. Esta circunstancia podría confundir la interpretación de los resultados. Para minimizar el problema, se recurrió en el análisis a un procedimiento conocido como emparejamiento, que busca equilibrar los posibles factores de confusión entre dos grupos para aumentar su capacidad de ser comparados. Consiste en establecer parejas con miembros de distintos grupos que compartan aspectos que pueden afectar al resultado. En este proyecto se emparejó cada víctima primaria con cinco personas del grupo de la población general con las que compartían sexo, edad, residencia en el mismo territorio y nivel de estudios. De ese modo, se neutraliza la influencia de esas características a la hora de observar las diferencias entre los grupos.

## ■ ¿CÓMO ES LA SALUD DE LAS VÍCTIMAS PRIMARIAS?

El análisis permitió comprobar que las víctimas primarias, las que han sufrido la violencia de manera directa, presentan indicadores de salud\* significativamente peores que las

\* El estado de salud se valoró mediante los instrumentos GHQ-12 (riesgo de presentar problemas psiquiátricos), SF-12 (percepción de salud física y de salud mental), WHO-DAS II-12 (disfuncionalidad), percepción de soledad y estigmatización

personas de la población general, independientemente de que éstas últimas también hayan sufrido algún otro episodio de violencia.

Las víctimas primarias, según lo dicho, presentan peores niveles de salud en prácticamente todos los parámetros analizados. Su grado de malestar es mayor tanto en el aspecto físico, como sobre todo en los aspectos emocionales. Estas personas refieren mayor número de enfermedades y están sometidas a más tratamientos médicos que el resto de la población. En concreto, quienes no declararon exposición a la violencia presentan de promedio menos de una enfermedad por persona y algo más de una en el caso de haber sufrido cualquier otra violencia. Sin embargo, las víctimas primarias declaran hasta 2,4 enfermedades de media por persona.

El grupo de afectados directos por la violencia muestra, asimismo, mayor número de síntomas psiquiátricos; y en este aspecto hay un dato que resulta esclarecedor. El rango de síntomas detectado en la muestra de la población general oscila de 0,7 entre las personas no expuestas a la violencia a 1,3 en quienes han vivido algún tipo de violencia. En las víctimas primarias llega al 3,2, casi el triple. Y otro apunte que es significativo: cerca de un 43% de ellas vive en tal situación que corre el riesgo de convertirse en un caso psiquiátrico. Entre la población que declara no haber sufrido la violencia ese porcentaje disminuye hasta el 8%. En las víctimas primarias, el riesgo de padecer una patología de este tipo o de percibir malestar físico y emocional es entre 4 y 7 veces superior al resto de la ciudadanía.

El análisis de las limitaciones funcionales es elocuente. Las víctimas primarias también presentan mayor nivel de discapacidad, que llega a ser entre 3 y 4 veces superior al resto de la población, en prácticamente todas las dimensiones valoradas. Esto significa que presentan menor capacidad o mayores dificultades para realizar actividades relacionadas con el manejo de su entorno y con sus actividades cotidianas (es decir, moverse y desenvolverse independientemente en su hábitat y realizar sus quehaceres domésticos y tareas diarias); también presentan menor capacidad o mayores dificultades en relación con la comprensión y comunicación (como la capacidad para concentrarse, recordar o analizar situaciones, comprender lo que les indican y expresarse o entablar conversaciones). Sus limitaciones también se resienten en las áreas que implican la relación con otras personas (como conservar amistades o crear nuevos amigos, relacionarse con quienes no conocen e incluso mantener relaciones íntimas) y, finalmente, con la participación en actividades sociales (como fiestas, encuentros, actividades religiosas o comunitarias etc.).

Los autores del trabajo también analizaron la percepción de soledad y el grado de estigmatización que vive el individuo. Lo que se vio fue que las víctimas primarias perciben significativamente mayor soledad y estigmatización que el resto de la población, con puntuaciones que representan de 1,5 a 1,7 veces las de los otros grupos.

Los afectados por la violencia de una forma directa muestran, en definitiva, patrones de salud significativamente peores que los de la población general en el conjunto de dimensiones estudiadas.

### ■ LA CAPACIDAD DE REACCIÓN DE LAS VÍCTIMAS

El modo de afrontar los hechos traumáticos es fundamental para facilitar la resolución del trauma, o prolongarla si las estrategias utilizadas resultan perjudiciales. Este fue otro de los aspectos que el grupo investigador quiso que valoraran los participantes en el estudio ISAVIC.

Tanto la población general como las víctimas primarias mostraron preferencia por una estrategia: “la búsqueda de apoyo afectivo”. Este es un recurso que se considera beneficioso, en tanto que en general ayuda a adaptarse a la nueva situación.

Las víctimas primarias parecen reaccionar además y en mayor medida que el resto de la población con actitudes de confrontación del tipo “manifesté mi opinión y critiqué a los responsables”, otra estrategia que parece resultar en gran medida beneficiosa. Responden de este modo mucho más que el resto de la población, más incluso que ese grupo pequeño de personas que también han sido testigos o afectados por algún otro tipo de violencia. La reacción de las víctimas primarias parece ser más contundente, pero al mismo tiempo también muestran mayor introversión. Con gran frecuencia afirman “Guardé para mí mis sentimientos.” El grado de repliegue en sí mismo, la introversión, la inhibición, es algo que a la larga, en general, parece resultar menos beneficioso.

Estas dos actitudes, aparentemente opuestas, podrían representar facetas complementarias en un intento por resolver un problema. Son dos caras de una misma situación: Por un lado, reaccionan ante un acontecimiento traumático, por otro, también pueden quedar abatidos, con el sentimiento de vivir una experiencia desoladora.

La presencia de apoyo social, si se dispone de familiares, amigos y redes de apoyo íntimo, es muy importante para superar el proceso traumático. Los afectados, según relatan, tienen la sensación de estar solos y estigmatizados, aún cuando también reconocen que sus familias y círculos próximos en general, les apoyan. Las víctimas declaran contar con el apoyo de familiares y círculos próximos en mucha mayor frecuencia (casi un 30% más) que la población general que no ha pasado por esas situaciones difíciles. Cabría preguntarse entonces cómo es posible que a pesar de ese soporte que obtienen de sus círculos íntimos, las víctimas se encuentren solas y estigmatizadas. Se podría pensar que necesitan del apoyo de redes más amplias, o que aún así, el dolor puede ser tan devastador que el apoyo que reciben sea insuficiente para colmar la soledad en que se ven inmersas tras la acción violenta.

### ■ CAMBIOS EN VALORES Y CREENCIAS BÁSICAS SOBRE EL MUNDO Y EL YO

Los hechos impactantes pueden modificar las creencias y valores básicos de las personas. Y su salud puede verse afectada por ese cambio. Probablemente, esto es algo que casi todo el mundo puede constatar a lo largo de la vida, con experiencias tales como la muerte de un familiar cercano, una traición o la ruptura de una relación de pareja.

Las personas tenemos en general unas creencias básicas que explican mucho de nuestra actitud general ante la vida. Los seres humanos tendemos a tener una visión benevolente del mundo. Nos sentimos generalmente optimistas, relativamente invulnerables y creemos que el futuro será positivo. Otro de esos valores que forman la columna vertebral de nuestra psicología es el llamado sentido del mundo justo. Damos al mundo un sentido y un propósito. Las cosas no ocurren por azar, sino que las personas reciben lo que se merecen. Nos gusta creer que en el mundo las cosas funcionan con cierta lógica. También nos gusta pensar que la sociedad es bondadosa y que las personas tienden a colaborar. Los individuos pensamos, asimismo, que somos sujetos dignos de respeto y con capacidad de control, que nuestro comportamiento está motivado. Estas percepciones son la base de la autoconfianza y del equilibrio.

La investigación sobre las consecuencias de la violencia colectiva en el País Vasco tampoco quiso dejar de lado este asunto. Con el mismo procedimiento utilizado en los casos anteriores, los participantes en el estudio respondieron a escalas ordinales sobre cambios de creencias y de valores sociales. Una vez más los resultaron siguen la misma línea. Las víctimas primarias presentan valoraciones más bajas para todas las creencias básicas, lo que sugiere que el hecho traumático desencadenó en ellas la aparición de cambios negativos. En particular, el sentido de la vida y la visión benevolente de los otros y del mundo tiene en las víctimas puntuaciones hasta un 30% más bajas que las del resto de la población y, sobre todo, algo muy interesante; se sienten menos integradas socialmente. Las estructuras psicológicas de las víctimas parecen sufrir un cambio profundo a partir de la experiencia de la violencia.

También parecen mostrar algunas diferencias con el resto de la población en sus valores básicos, dado que muestran menor interés por asuntos como el poder, la tradición y el hedonismo.

Todos estos cambios podrían estar íntimamente ligados al trauma vital y profundo que han sufrido y quizá con las secuelas emocionales por las que están discurriendo.

### ■ CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DEL AMBIENTE Y DEL CLIMA SOCIAL

El clima social es ese conjunto de creencias y de emociones que se comparte en un grupo social y que además influye y condiciona las percepciones individuales de sus miembros.

En general, el conjunto de participantes en el estudio consideró que viven en medio de un clima social “moderadamente aceptable”. Los aspectos más valorados fueron por ejemplo las percepciones de bonanza económica, bienestar general y esperanza social; mientras que daban menor importancia a aspectos negativos como el miedo y la ansiedad o la hostilidad. Sin embargo, en este caso las víctimas primarias ofrecen una interpretación claramente más negativa del clima social al percibir con mayor determinación un ambiente de hostilidad, miedo y tristeza, con puntuaciones que eran 40% superiores en estos aspectos a las de la población general. Los afectados directos sienten, además, mucha menor solidaridad, alegría, tranquilidad para hablar con libertad, confianza en las instituciones y buen ambiente general. Estos son, sin duda, datos muy importantes porque la valoración negativa del clima social podría dificultar la superación del trauma y la integración de las víctimas en su entorno social.

#### ■ ¿CUALQUIER VIOLENCIA DAÑA LA SALUD?

La organización de los participantes en el estudio en tres grupos en función de su exposición a la violencia, permitió valorar las diferencias en la salud entre las personas de la población general que habían declarado sufrir alguna violencia y el resto, es decir quienes no declaraban ninguna exposición. Esta comparación es importante también porque añade un matiz trascendente. Si bien las víctimas primarias de la violencia colectiva son quienes presentan peores valoraciones, el estudio también sugiere que los ciudadanos que han sufrido alguna experiencia de violencia, aún cuando sea en promedio de intensidad relativamente baja, muestran más y mayores afecciones en su salud que la población sin experiencia reconocida de violencia. Los aspectos que parecen estar más afectados en estas personas son los vinculados con la realización de actividades de comprensión y comunicación y los de participación en la sociedad, en las que las víctimas de la violencia en la población general presentan casi un 2% más de dificultades que la población no afectada. Los datos del estudio también sugieren que su bienestar emocional puede ser algo menor y su riesgo de presentar síntomas de enfermedad psiquiátrica puede llegar a ser casi dos veces superior al del resto de la población. Estos datos ponen de relieve hasta qué punto la violencia de cualquier origen, aunque sea de intensidad moderada, puede tener un efecto negativo sobre la salud.

También estas personas parecen mostrar una percepción menos benevolente de los demás, así como menor motivación personal y autoestima; y sienten a su alrededor mayores muestras de hostilidad y agresividad, menor alegría y tranquilidad para expresarse e indican menor confianza en las instituciones. Su valoración del clima social resultaba significativamente más negativa.

Es decir, los datos presentados en este informe sugieren que la violencia de cualquier origen, incluso siendo de intensidad moderada, puede tener un efecto negativo sobre la

salud de las personas, aún cuando el impacto de la violencia colectiva en las víctimas primarias entrevistadas es netamente muy superior y más negativo.

## ¿QUÉ NOS DICEN ESTOS DATOS?

En resumen, las víctimas primarias de la violencia colectiva en el País Vasco, las que han participado en este estudio, al menos, muestran un patrón de salud claramente peor al de la población general e incluso al de quienes han sufrido otras experiencias de violencia menos intensas. Las diferencias son suficientemente importantes como para señalar a la violencia como un factor relevante de la salud de este grupo de ciudadanos. Sus limitaciones funcionales en múltiples dimensiones pero sobre todo en su capacidad para desenvolverse y realizar sus tareas habituales, así como las actividades que necesiten de comprensión, de comunicación y de relaciones están presentes. Su riesgo de sufrir enfermedad física y emocional es muy superior al de la población general, lo cual es algo muy destacable y constituye, sin duda, una aportación clave de este trabajo. Sus estructuras psicológicas están afectadas, han perdido parte de su autoestima, de sus creencias positivas sobre ellos mismos y el mundo. Se sienten solas y estigmatizadas y también sienten que la relación con su entorno social está alterada. Todo ello puede afectar, sin duda, a sus posibilidades de reintegración y recuperación

Aunque las experiencias de las víctimas que han participado en este estudio no se pueden generalizar a otras víctimas por la forma en que fueron seleccionadas, los resultados son tan importantes que merecen ser verificados con nuevas investigaciones y, en cualquier caso, invitan a mirar a la salud de todas las víctimas primarias con mucha mayor atención. Conviene insistir por otro lado, en que el proceso de selección utilizado ha sido el único posible dada la naturaleza del estudio y la situación delicada en la que se encuentran muchas de las víctimas.

Los resultados obtenidos en este trabajo son consistentes con otras investigaciones anteriores.<sup>66</sup> Al inicio de esta obra se ha señalado ese recorrido que, a partir de la experiencia de violencia colectiva, desgana el complejo y abigarrado conjunto de graves alteraciones en la salud que, con mucha frecuencia, la violencia puede llegar a producir en sus víctimas. Las víctimas primarias que se han investigado presentan un patrón de alteraciones compatible con ese recorrido y refuerzan la idea de que la violencia es un determinante mayor de la pérdida de salud. Los problemas que sienten las víctimas del País Vasco son posiblemente muy similares a los que sufren otras víctimas que en otros contextos han vivido hechos similares. Pero, además, las vivencias de aquellas que han trabajado con el equipo ISAVIC revelan una realidad concreta que sucede en el País Vasco; una realidad que interpela sin duda a la sensibilidad y responsabilidad de quienes viven en esta comunidad. Solo con tener en cuenta el tiempo durante el cual las víctimas llevan soportando la discapacidad y malestar



que se ha identificado en este estudio, se puede estimar la enfermedad de esa carga que de manera silenciosa ha continuado acompañando sus vidas.

Esta investigación ha aportado algunas observaciones importantes, como ya se han descrito, pero también ha suscitado muchas otras preguntas que todavía no tienen respuesta, pero que quedan ahí, interpelando a los ciudadanos y profesionales e incitando nuevas investigaciones. Por ejemplo, parece inevitable preguntarse ¿Por qué no se ha tratado la salud de las víctimas con mayor determinación y con anterioridad?, sus problemas ¿No eran acaso conocidos por los sectores asistenciales? o es que siéndolo, ¿no se disponen de terapias que puedan subsanar los problemas de las víctimas de una manera definitiva? Quizás no hay respuestas del todo satisfactorias. El largo recorrido de dolor que muestran algunas de las víctimas que, en otros países, han sido observadas y tratadas como, por ejemplo, algunos veteranos de combates, parece señalar la gran dificultad de encontrar soluciones efectivas para estas situaciones; en algunos casos al menos. No obstante, todas esas preguntas y, otras, merecen ser analizadas con mayor detenimiento y merecen quizás probar y desarrollar alternativas para satisfacerlas.

Una de las observaciones encontradas en el estudio puede ser especialmente preocupante. Muchas víctimas tienden a aislarse. Una de las dificultades en la elaboración de este trabajo fue precisamente la de poder llegar a esas víctimas que por muchas razones, se encontraban muy solas y aisladas. En la mayoría de los casos no se pudo conseguir. No se puede saber, desde aquí, cuál es su estado de salud. Es decir, si se encuentran mejor o si sus experiencias son comparables a las víctimas estudiadas. O si, por el contrario, su salud es aún más delicada. A la vista de los resultados obtenidos parece imperativo intentar valorarlo más de cerca, para poder ofrecer a todas las víctimas la atención que necesiten.

En ese proceso, los servicios asistenciales, sanitarios y sociales, son sin duda alguna las instancias que pueden resultar más eficaces porque muchos de estos profesionales mantienen una relación continuada con sus pacientes. El trato cercano les permitirá detectar su malestar y orientar la asistencia necesaria. Pero, ¿Están capacitados para hacerlo?. En algunos otros países castigados por la violencia,<sup>67</sup> se ha visto que ha sido necesario formar a los profesionales asistenciales y educativos. Quizás convenga valorar mejor esta posible necesidad.

¿Toda la violencia tiene consecuencias negativas en la salud? Esta investigación así lo sugiere. Quizás una de sus conclusiones más importantes consista en retener que la violencia, cualquiera, puede llegar a producir una carga de discapacidad que no es menor, que perdura en el tiempo, y que merece atención y, nos atrevemos a decir, prevención. Un 16% de la exposición general a la violencia parece una cifra suficientemente alta. Demasiado.

La violencia daña la salud de las víctimas de manera irreparable en muchos casos, e innecesaria y prescindible, siempre. En todos los casos, pero sobre todo precisamente, cuando la asistencia no puede ser del todo reparadora, la intervención preventiva adquiere toda su relevancia. Los resultados de este estudio emplazan a abrazar las políticas y acciones dirigidas a deslegitimar la violencia colectiva, y a evitar su aparición y transmisión en la comunidad del País Vasco.

### ■ LOS EFECTOS SOCIALES DE LA EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA COLECTIVA

La violencia no solo produce discapacidad en sus víctimas directas. Además, altera el tejido que les rodea extendiendo su manto de dolor y malestar por el conjunto social y perpetuando las condiciones que facilitarán la reproducción de la violencia.

La violencia colectiva, sobre todo en las zonas donde ha incidido con gran frecuencia y densidad, ha llegado a afectar el estado de salud y las relaciones sociales de la población.<sup>68</sup> Y no sólo a las víctimas directas. La violencia colectiva, ya se ha dicho, no es una experiencia privada. Afecta a los tejidos sociales que forman la red de solidaridad y a las estructuras de apoyo de las comunidades; y puede crear un trauma social, un conjunto de sensaciones de miedo, ansiedad e inhibición y de creencias estereotipadas y negativas sobre los otros que se transmite por la sociedad y modifica las creencias y emociones de sus miembros, agrava los síntomas de las víctimas, y exacerba la victimización secundaria en quienes han vivido violencia con anterioridad y en quienes se solidarizan con aquellas. Estos fenómenos se observan a menudo en poblaciones sometidas a conflictos intensos como en Afganistán,<sup>69</sup> en Irak,<sup>70</sup> Líbano,<sup>71</sup> Kosovo,<sup>72</sup> Israel<sup>73</sup> o Ruanda<sup>74</sup>. Aunque el conocimiento sobre este fenómeno en zonas menos castigadas por la violencia colectiva es más limitado, también se observan grados de polarización, creencias estereotipadas y sentimientos de inseguridad, tal como indicó el informe norirlandés “The Cost of the Troubles”,<sup>75</sup> o se vio tras los atentados del 11-S en Nueva York.<sup>76</sup>

A mediados del año 2006, cuando concluía el trabajo de campo de ISAVIC, el Euskobarómetro señalaba que el 74% de la población veía el futuro del País Vasco con optimismo. La preocupación por la violencia había pasado a un segundo plano, el miedo para hablar y participar en política, aunque presente, también había disminuido en importancia. El clima social recogido también en este estudio era de esperanza y confianza en el futuro. La población, en términos generales, no parecía percibir una situación negativa. Su opinión sobre el ambiente que se respiraba en la sociedad era relativamente esperanzador y favorable. La violencia no parecía ser en ese momento, que coincide con el último alto el fuego de ETA y el posterior proceso de pacificación abierto, una gran preocupación para la sociedad.

Aún así, todas las víctimas, sobre todo las víctimas primarias de la violencia colectiva, pero también aquellas otras personas de la población general que referían alguna experiencia de

violencia, parecían percibir un clima social negativo más próximo al concepto de trauma social descrito anteriormente. Hablaban de menor libertad y confianza institucional y de mayores niveles de agresividad, miedo, ansiedad y tristeza. Tal relato, comparado con el anterior más esperanzador, pareciera reflejar dos percepciones de la sociedad que, aunque coexisten en el tiempo y el lugar, responden a experiencias de la realidad completamente distintas. Como si la violencia estableciera una línea divisoria, en términos de salud y convivencia, entre quienes la sufren más intensamente y quienes no sienten sus efectos.

Esta observación parece tan importante que conviene intentar comprenderla un poco más. Porque la percepción negativa sobre el entorno que expresan las víctimas, refuerza su sensación de aislamiento e incomprensión y es perjudicial para su salud. Mientras que esa línea divisoria imaginada solo puede aumentar la incomprensión entre ambos grupos sociales.

Es posible que la situación política del momento, más favorable, haya favorecido la percepción positiva de la población con menos experiencia de violencia, e incluso que, como sucede en momentos de cese de los conflictos<sup>44</sup>, la sociedad pudiera estar en fase de recuperación de un trauma anterior. Pero quizás pudiera reflejar otros fenómenos que convendría explorar. Por ejemplo, en Israel o Irlanda del Norte, también se han observado situaciones favorables, sobre todo, en la población que no se sentía directamente afectada por la violencia,<sup>77,78</sup> debido, se ha explicado, a un fenómeno de habituación. Es decir, se ha postulado que la población está tan acostumbrada a la violencia que deja de percibirla como una situación anómala para sus vidas.<sup>78,80</sup> Por extraño que esto pueda parecer, se piensa que estas actitudes pueden ayudar a que las personas sobrelleven la violencia y el estrés de manera más satisfactoria, como si fuera una estrategia de afrontamiento eficaz. De este modo, pudiera ser que una parte de la población del País Vasco, quizás la menos afectada directamente, también desarrolle estrategias de habituación o desconexión que le ayuden a sobrellevar la situación de violencia.

No obstante, para las víctimas primarias y para quienes se sientan más sensibilizados por la violencia colectiva, será difícil comprender que muchos de sus ciudadanos no vivan o se solidaricen con el sufrimiento que ellas experimentan de manera inmerecida. Para la población general que no sienta directamente los efectos de la violencia, también podrá ser difícil comprender en toda su dimensión el dolor y las consecuencias que aquella provoca en sus víctimas directas. Sería deseable, que la contribución de estudios como éste consista en facilitar al menos la comprensión y el reconocimiento a nivel intelectual de las dos realidades.

Mientras los traumas colectivos magnifican los problemas de salud en las víctimas, la reparación de las redes de solidaridad, de confianza y apoyo resultan esenciales para disminuirlos. De ahí, la importancia de identificar a las personas vulnerables y expuestas a algún trauma social y de desarrollar con ellas intervenciones reparadoras y preventivas.

## ■ EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA EN LA POBLACIÓN GENERAL

La valoración de las personas de la población general que declararon haber vivido experiencias de violencia colectiva no constituía un objetivo central del estudio, pero es un dato que reviste interés y que fue decisivo para clasificar a los participantes en función de sus vivencias de violencia. La escasa frecuencia de dichas vivencias, en menos de una treintena de las personas entrevistadas, contrasta con la preocupación social que se ha ido recogiendo por otros medios. Por ejemplo, el Euskobarómetro reconocía que el terrorismo y la violencia han supuesto la segunda preocupación de la población vasca durante los últimos quince años.

Un dato anecdótico sirve para ilustrar la percepción mayoritaria: según recogió El Correo en su edición del 30 de marzo de 2008, sólo una de las últimas acciones de ETA, ocurrida el 21 de marzo de 2008, que causó dos heridos en Calahorra, supuso *“más de 350 viviendas afectadas, junto a decenas de comercios y cerca de 600 reclamaciones por valor de 3,5 millones de euros”*. El impacto de dicho episodio violento se extendió en un radio bastante más amplio que el que abarca a sus víctimas directas. De este modo, sería razonable esperar que los más de 280 atentados cometidos por ETA en los últimos diez años\* hubieran suscitado una exposición mayor a la encontrada en el estudio, siempre que su recuerdo hubiera permanecido vivo. Las estimaciones existentes sobre el volumen de víctimas también sugieren cifras mayores.<sup>4,5</sup> ¿Cómo se podría explicar entonces una declaración tan baja?

La memoria es sin duda un factor a tener en cuenta, también las limitaciones del cuestionario para captar estos matices, pero es interesante considerar otros aspectos que aporten nuevas formas de entender la violencia y sus consecuencias.

El fenómeno de habituación que antes se ha mencionado, podría llevar a que en ocasiones no se reconozcan episodios de violencia e incluso se valoren de manera más positiva algunos sucesos negativos.<sup>79,80</sup> ¿Ha podido darse un fenómeno parecido en el País Vasco? Y, si se ha dado, ¿puede actuar como un factor mitigador de su reconocimiento e impacto tal como sugieren algunos especialistas? O, por el contrario, ¿la declaración ha podido verse limitada por algún otro fenómeno relacionado, por ejemplo, con los traumas colectivos, como el miedo? O ¿con la dificultad de reconocer ante el encuestador la ocurrencia de situaciones menos deseables socialmente?. O finalmente ¿la exposición encontrada se ajusta a la realidad y es la percepción social la que está sesgada por la alarma que genera la violencia? Las respuestas a estas preguntas son muy importantes porque permitirían comprender mejor algunos de los aspectos que rodean a las vivencias de la violencia y de esa manera desarrollar medidas para contrarrestarla. En lo que respecta al estudio ISAVIC, el impacto de la posible presencia de estos fenómenos habría sido posiblemente mínimo. Ya que en el supuesto de que algunas personas que habiendo vivido violencia

colectiva no la hubiesen declarado, y por tanto se hubiesen clasificado erróneamente como “no expuestas”, hubiera llevado a que las diferencias resultantes en la salud entre los dos grupos, parecieran menores de lo que lo son en la realidad. De manera que las diferencias entre la salud de las víctimas y la de la población general, de no haberse dado dichos sesgos, podrían ser mayores a las observadas en el estudio.

En el periodo en que transcurrió la investigación ISAVIC, entre finales de 2005 y la primavera de 2006, el Euskobarómetro registró los niveles más bajos de preocupación social por la violencia y el terrorismo (entre el 7% y el 14%, en comparación con el 39% registrado el año 2001). Además, el 21 de marzo del 2006, ETA anunció un alto el fuego, que suponía su segunda tregua de los últimos diez años. La disminución de la violencia y el clima social más esperanzador del momento también habrían podido favorecer la rememoración positiva del pasado e incluso el olvido de los fenómenos de violencia más antiguos.

No obstante, un 16% de la población, esto es una de cada seis personas, reconoció alguna exposición a la violencia. Esta cifra no es aislada. Un estudio que recorrió varias ciudades de América Latina y Madrid en el año 1991, el estudio “Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia” (ACTIVA) realizado por la Organización Panamericana de la Salud,<sup>81</sup> indicó que el 14% de la población de Madrid había experimentado violencia el año anterior a la encuesta. Otros estudios han registrado tasas comparables en ciudades europeas.<sup>82</sup> Son cifras importantes ya que, como se ha visto, la violencia afecta a la salud de las personas.

## RESUMIENDO

Los resultados de esta investigación aportan una mirada innovadora al problema de la violencia en el País Vasco y son los primeros obtenidos de manera científica sobre muestras relativamente amplias de población afectada por la violencia colectiva y la violencia general en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Aunque importantes, han de tomarse con la precaución debida y convendría que fueran confirmados mediante nuevas investigaciones.

Pese a sus limitaciones, el informe reconoce la existencia de problemas de salud importantes en las víctimas primarias que participaron en el estudio; y también, aunque en menor grado, en la población vasca que ha sufrido de algún modo la violencia.

La situación descrita en este documento indica la necesidad de promover nuevas líneas de trabajo dirigidas a mejorar la salud tanto de las víctimas de la violencia colectiva como de la violencia en general. El diseño de un proyecto social de semejante envergadura requerirá, sin duda, la realización de nuevos estudios y análisis posteriores, que no deberían demorarse en el tiempo dada la urgencia de la situación.



TERCERA PARTE:

# HABLAN LAS VÍCTIMAS







## NUESTRO RECONOCIMIENTO...

al esfuerzo personal realizado por las personas que han resultado afectadas por la violencia colectiva tan de cerca. Ellas son las víctimas sobre las que escribimos en este trabajo. El estudio recoge expresiones y vivencias profundamente íntimas, complejas y dolorosas que treinta y seis personas han querido compartir de modo altruista.

Reconocemos también el dolor infligido en aquellas otras muchas personas que decidieron no compartir sus experiencias con el equipo investigador. De ello nos excusamos.



# VIOLENCIA COLECTIVA Y VÍCTIMAS PRIMARIAS: TESTIMONIOS

“Ya no soy la misma persona”.

**E**l termómetro que tal vez mejor mide el estado de salud de los afectados por la violencia colectiva es su voz. “Estoy plana. No siento ni alegría, ni satisfacción, ni ¡nada! Ya me pueden decir lo que me digan ¡que estoy como esa piedra! ”. Los relatos que forman la base de este estudio tienen un valor testimonial importante y exclusivo, válidos en la medida en que permiten conceder la palabra al dolor de las víctimas.

Cada persona afronta un hecho, el que sea, de una manera completamente distinta. Desde su propia perspectiva, sus convicciones y creencias y con la fuerza, mayor o menor, que puede darle la experiencia vivida. Los 36 testimonios que se recogen en estas páginas, resumen de 40 años de violencia colectiva en el País Vasco, tienen un valor único y particular. Muchas experiencias comparten, no obstante, rasgos, pautas y situaciones que pueden ayudar a comprender mejor cómo repercute en la salud la vivencia de algo tan traumático como un atentado.

El análisis de los acontecimientos narrados y del sufrimiento expresado por las víctimas permite tener una visión del problema más completa que la que podría obtenerse si el informe se hubiera limitado a ser un mero estudio epidemiológico. Los testimonios en primera persona contribuyen a conocer con mayor detalle hasta qué punto se ve afectada la salud física y mental de un individuo por un acontecimiento de extrema violencia.

No se trata de hacer un diagnóstico de cada entrevistado. Ni siquiera de buscar explicaciones a preguntas que tal vez quedaron sin contestar. La intención fue otra. Desde una posición de respeto a sus protagonistas y con gran humildad, los investigadores quisieron rescatar vivencias, ideas, sentimientos, emociones y reflexiones comunes que permitieran dar cuenta al conjunto de la sociedad del impacto y las consecuencias que un suceso tan violento como los descritos puede desencadenar.

## SITUACIONES MUY DIVERSAS

Las experiencias de violencia colectiva recogidas en este informe no son todas las que podrían ser, pero sí permiten identificar un abanico amplio de situaciones. Algunas de las personas entrevistadas sufrieron un hecho aislado, pero lo suficientemente significativo. Muchas de ellas acumulan experiencias reiteradas de violencia, que han ido acumulándose unas con otras a lo largo de los años, incluso décadas.

Más de la mitad de los entrevistados (19) sufrieron el asesinato de un familiar directo. Mataron a su padre, a su hijo, al marido, un hermano. Otras seis personas sobrevivieron a acciones violentas dirigidas contra ellos. Cuatro más fueron víctimas accidentales de atentados o de acciones contra terceras personas o bienes materiales. Un número importante de los afectados que participaron en la investigación (7 en total) sufrió la violencia en forma de amenazas y extorsiones reiteradas contra su persona.

La muestra incluye a diez ciudadanos marcados por el terrorismo durante las décadas de los setenta y ochenta; y otros diez que lo padecieron en los noventa. El resto del grupo se convirtieron en víctimas de la violencia colectiva con el cambio de siglo, aunque hubo tres casos que no se pudieron identificar con claridad. Todos ellos residen en el País Vasco. Todos aceptaron aportar su testimonio con el fin de ayudar a comprender mejor el alcance de los problemas de salud que acarrea este fenómeno.

## UN RECORRIDO POR LA SALUD DE LAS VÍCTIMAS

### EL PRIMER MOMENTO: TRAUMA Y REACCIONES

La mayoría de las víctimas ha vivido y no ha olvidado ese choque emocional que llamamos trauma. Sus vidas quedaron marcadas no sólo por el acto violento, sino también por la sensación que tuvieron en aquellos primeros momentos de encontrarse ante una amenaza grave bien para sus vidas o la de sus familiares directos.

La intensidad de la reacción traumática, así como sus consecuencias, es distinta en cada persona, pero todas las víctimas coinciden al expresar emociones de dolor, miedo, inseguridad, rabia e impotencia al recordar aquel trágico momento (Testimonio 1). Esos sentimientos aún continúan vivos para muchas de ellas décadas más tarde (Testimonio 2).

- Testimonio 1\* **DOLOR.** “Yo pensaba en algunos momentos, durante los primeros días que fueron muy duros, yo pensaba que no iba poder llegar al siguiente instante. Yo pensaba, a cada minuto, que el dolor me iba a reventar, porque la sensación de dolor es apabullante...” [74: 79-82]

\* Nota: las citas son literales, extraídas de las entrevistas.

**GRIS.** “A mí, me llevaron a casa de unos tíos (...) para quitarme de aquel ambiente de dolor. Pero a la semana volví a casa y era eso, era gris, era negro. Si tuviera que definirlo era dolor y era negro lo que se vivía en mi casa. Y mi madre totalmente ida...” [43: 117-120]

**“SÓLO RECUERDO DOLOR ¡DOLOR!** No recuerdo más que dolor; más que llorar; más que noches sin dormir”. [93:219]

**MIEDO.** “Cuando estaba yo sólo, me sentí, un poco, como si viniese todo el miedo encima...” [35:24-25]

**RABIA, PERDÓN.** “En ese momento sufrí un ataque de nervios y me puse a maldecir. Maldije a quienes le habían hecho eso ¡maldije a los asesinos! Días después llegué a perdonarles por lo que nos habían hecho en una carta pública, ya que el dolor por su pérdida era tan inmenso que no cabía el odio dentro de mí”. [72:53-56]

■ Testimonio 2

**PARA SIEMPRE.** “Mira, ese es un hecho que nunca se olvida ¡Nunca! ¡Nunca! ¡Nunca! Ahora lo vives un poco más tranquilo, más reflexivo, pero ¡Nunca!... ¡Todos los días! ¡Todos! ¡Todos! ¡Todos! Todos los días lo recuerdas ¡Todos los días!... (...) y ¡Mucha rabia! ¡mucho rabia! ¡mucho dolor! y ¡mucho rabia! (...) ¡Es muy duro! ¡Es muy duro! A pesar del tiempo que ha pasado, esto lo tienes presente siempre. No se te olvida nunca. ¡Todos los días! Siempre tienes algún detalle, que recuerdo, ¡algún detalle!...” [22: 468-471/165-167].

**LLANTO.** “La vida te va dando cosas por las que ... vas ... aplacando ¿no? y... lo que es una herida que sangra se convierte en una cicatriz; pero, que la tienes siempre ... todos los días. Esto no es que ningún día no te acuerdes ¿eh? ... esto es que todos los días algo te hace recordar eso, que no es sangrante, que no es decir, por ejemplo, unos años que no puedes hablar del tema porque se te quiebra ... y lloras”. [93: 119-123]

**LA MOCHILA.** “¡Muy duro! ¡Muy difícil! Hoy es el día que llegan unas navidades y yo no quiero ni que lleguen... Como la vida sigue... no te queda más remedio que tirar... pero... llevas ya una mochila encima que, aunque vivas 100 años, aunque viva 2000. O sea, me da igual. A mí, esto de encima, no me lo quita nadie”. [62:69-73/80-81]

La carga de estrés negativo que inocula un suceso tan violento conlleva muy a menudo sentimientos de confusión, irrealidad y desorientación (Testimonio 3).

■ Testimonio 3 **DESORIENTACIÓN.** “Me costó mucho el digerirlo y el darme cuenta de que era él. Y al principio era como... incapaz de asimilarlo. O sea era como... no sé. Como que no iba conmigo... No sabes ni por dónde te da el aire. O sea, terrible. O sea, terrible”. [62: 30-32]

**CONMOCIÓN.** “Yo tardé un poco en asumir lo que había pasado; una reacción un poco de shock. Y de hecho no lloré hasta pasado... igual un mes después o... No me acuerdo cuándo fue...” [65:35-37]

**IRREALIDAD.** “Era una situación muy... era irreal. Era absurdo completamente. Era... ese momento, que iba yo hacia casa y... bueno, la circulación era normal, la vida... La gente hacía su vida y estaba oyendo en la radio algo que muchas veces oyes... y que ¡No!... pues que ¡No te lo crees! O sea, no te lo crees...” [67:24-27]

**INCREULIDAD.** “Hay una serie de años en los que no te lo crees...” [93:100]

**NEGACIÓN.** “... Creo que me levanté. Empecé a dar vueltas por la casa... ¡estaba atónita! No sé. O sea, yo sabía que era él, pero no quería pensar que era él...” [75:59-61]

También va acompañado de sentimientos de desamparo, impotencia y culpabilidad, junto a una sensación de abandono y soledad. Todo ello marca en muchos casos el proceso de elaboración del duelo que vendrá a continuación (Testimonio 4).

■ Testimonio 4 **ABANDONO.** “... después de ocurrir el atentado nadie se acercó a él ¡Nadie! Bueno, el hombre que llamó al telefonillo, cuando bajé ya no estaba allí ¡Sentí una sensación de soledad! Nunca en mi vida me había sentido tan sola”. [72: 61-64]

**CULPABILIDAD.** “Yo gritando: «¡Dejadme pasar allí!», «¡Dejadme pasar allí!» Y no me dejaron ¡no me dejaron! Es algo que me corroe. Es algo que me corroe, porque (...) yo estoy segura de que si le hubiera agarrado de la mano, se hubiera dado cuenta de que era yo, y se hubiera ido tranquilo...” [75: 77-83]

**IMPOTENCIA.** “Al principio era «¿Qué voy a hacer ahora?» No había planes, no había nada... sobre la marcha...” [71:105-106]

La mayoría de las víctimas reconoce que existe un antes y un después del hecho violento que irrumpió en su vida. Lo acontecido delimita una frontera. Sus vidas cambiaron a partir de ese momento (Testimonio 5); y el suceso que provocó ese cambio pasó a estar ligado para siempre a emociones profundamente negativas (Testimonio 6).

■ Testimonio 5     **SER DISTINTO.** “Pues ya no soy la misma persona”. [41: 238-238]

**PUNTO DE VISTA.** “Yo creo que cambió la forma de ver la vida”. [47: 77-77]

**CREENCIAS.** “Sí, claro. Claro que cambió. . . cambió muchísimo”. [64: 171-172]

**FRONTERA.** “. . .Hay un antes y un después”. [82: 360-360]

■ Testimonio 6     **RUPTURA.** “Cambio toda mi vida, porque se me cayó el mundo encima.” [41: 249-250]

**REGISTRO.** “. . . la niña de la casa . . . pasé de repente a hacerme muy responsable porque. . . grabé todos los sufrimientos. Todo lo que pasó esa noche quedó grabado”. [43:115-117]

**IMPOTENCIA.** “Pues esa impotencia que sientes, de que sientes que tu vida no vale para nada, que tu vida se ha truncado, que no vas a poder rehacer tu vida . . .” [42: 176-178]

**TRISTEZA.** “Sí, sí. Hemos perdido mucha alegría en el camino. No ganas de vivirla, pero sí que hemos quitado muchas risas en esta vida”. [84: 285-286]

**SIN RUMBO.** “Yo me quedé en este mundo como algo . . . Como una pluma que flota por ahí, que . . . que no tiene donde agarrarse. . .” [92: 549-550]

**¡TODO!** “¡Cambiar!... mi vida, mi situación... ¡todo! o sea ¡todo! Pues desde ir a gusto, muy a gusto, a trabajar hasta no poder ir a trabajar . . . Desde estar muy a gusto en una casa, hasta ¡odiarla! y tener que marcharme de allá. Desde tener cierta alegría... desde tener cierta paz interior, hasta estar mal ¡angustia! Y eso no lo va a cambiar nadie. Desde tener cierto optimismo, yo he sido siempre por naturaleza bastante optimista, a ser... negativa totalmente. O sea . . . tampoco es la palabra negativa. . . ¡una cosa plana! A mí no me hace ilusión nada, o sea ¡nada!” [75:827-835]

## LA ELABORACIÓN DEL DUELO

No es fácil asumir la pérdida de un ser querido. Las personas disponemos de mecanismos naturales y aprendidos que nos ayudan a ir aceptando poco a poco la situación y a recolocarnos en el mundo para volver a empezar. El duelo, como se llama a este proceso, requiere que el afectado sea consciente de su dolor para aceptar su pérdida, superar el dolor y acomodarse a vivir en un mundo en el que el o ella es distinto, o no tiene la persona querida. Es algo complicado y muchas veces posible. Pero en ocasiones parece inalcanzable.

Las experiencias sufridas por las víctimas de este estudio figuran entre las más estresantes posibles, tan asfixiantes que atribuirles un significado parece casi una misión imposible. Especialmente, cuando se ha perdido en ellas a un ser querido. Un padre, una hermana, un esposo... No todas las personas entrevistadas perdieron a un familiar, pero sí todas vivieron acontecimientos lo suficientemente graves y traumáticos como para necesitar recuperarse a través de un proceso de duelo. Sucede así, por ejemplo, en quienes sobrevivieron a un atentado, o están amenazados y han de vivir permanentemente con escoltas o quienes sufren extorsión económica o de otro tipo. Muchas de las víctimas entrevistadas presentan signos de no haber superado del todo ese duelo, de no haber podido aceptar la pérdida (Testimonio 7). Las lesiones que han sufrido, propias o a través de la pérdida brutal de un ser querido, son demasiado dolorosas.

■ Testimonio 7 **SUPERACIÓN.** “A ver, no lo tengo superado en absoluto y han pasado 4 años y medio. Y no lo tengo superado en absoluto ...” [45:394-395]

**SIN APOYO.** “Que nos la han jodido. Además, en mi caso, tienes una edad en la que necesitas apoyarte el uno con el otro y ese apoyo te lo han quitado. A pesar de ser una persona fuerte, la soledad es terrible. Es muy difícil expresar con palabras lo que sientes, el dolor, la soledad, el día a día. Es muy duro. Es muy duro...” [47: 175-179]

**SIN PLANES.** “(...) pero no estoy bien. No estoy bien porque llevo por dentro mucha tristeza y pues bueno, con mucha pena por la situación.” / “Bueno, no tengo proyectos. Para mí persona no tengo ni uno”. [63: 150-151 / 430-430]

**SIN VIDA.** “Sólo sé que tengo una angustia profunda, una tristeza inmensa, una pena... yo... Mi vida es vegetal”. [75: 251-253]

Estas son las víctimas que pueden necesitar más apoyo, las que no pueden hablar de lo sucedido sin sentir una tristeza tan grande que, incluso mucho tiempo después, les resulta paralizante. Se siente enfermas y no ven sentido a la vida. Quienes pueden necesitar más

respaldo y protección son los afectados que presentan reacciones autodestructivas, los que después de muchos años no han sido capaces de reconducir su existencia, los que, de alguna forma, su vida se ha detenido en un pasado que se hace continuamente presente.

El paso del tiempo permite progresar en el proceso del duelo, pero algunas víctimas, lamentablemente, continúan expresando el dolor del primer día, incluso después de una o más décadas del golpe inicial. Los años transcurridos no han sido suficientes para situar el recuerdo de lo sucedido en un lugar donde no invada cualquier experiencia presente.

El tiempo que se necesita para elaborar el duelo de forma saludable depende de la propia víctima. A pesar de que los manuales de salud mental contemplan plazos orientativos para la evolución del duelo, el tiempo que transcurre hasta que una persona considera que lo ha superado o se siente con fuerzas para seguir adelante no es fijo. Depende de cada víctima, sus vivencias determinarán los plazos y las formas de pasar las etapas que necesite (Testimonio 8).

■ Testimonio 8 **MARCADOS.** “Psicológicamente, yo no sé, yo creo que lo he superado. Lo que pasa... sí que... pues estas cosas ¡te crean un trauma! Pequeño o mayor. Yo no sé. Esas cosas... no te voy a... cada uno vive lo que tiene...” [76: 380-382]

**CRÓNICO.** “Sí, han pasado tres años pero es igual. Yo creo que eso no se olvida nunca. ¡Qué va! son cosas que se tienen aquí tan grabado... Como una película que tienes en la cabeza... ¡Es muy fuerte!” [82: 299-301]

El testimonio que sigue a continuación describe con claridad las fases por las que pasa una persona que ha de enfrentarse a un hecho traumático y las contradicciones que le envuelven. Permite ver al detalle cómo se va asimilando lo sucedido y elaborando el duelo propio (Testimonio 9).

■ Testimonio 9 **PROCESO.** “Pero todos en general pasamos por las mismas etapas. Etapas en las que no te lo crees, etapas en las que te cabreas, odias, te rebelas, y ves noticias y te vuelven a levantar ampollas y pones la tele; y es que ¡todos los días sale una noticia!... Es como un no dejar descansar... Más o menos es eso. Luego pasas por una etapa de resignación que yo creo que ya, como ves que no puedes hacer nada pues dices «tengo que seguir con mi vida» y (...) por ejemplo, unos años que no puedes hablar del tema porque se te quiebra... y lloras. Y hay momentos en que, pasado cierto tiempo, sí puedes llegar a hablar del tema. Tranquilamente, puedes llegar a dar tu opinión, puedes expresar, puedes colaborar en cosas para que a otras personas no les suceda, puedes aparecer en manifestaciones apoyando una causa que igual en otros



momentos te parecería imposible ¿no? Pero en esos momentos vas empezando a sacar muchas fuerzas y, como te rebelas, esa misma fuerza te hace que tu tires hacia delante, incluso que... con más fuerza..." [93: 113-128]

Un acontecimiento trágico puede tener muy distintas consecuencias en cada una de las personas que lo sufren. La superación de ese golpe emocional requiere vivir un proceso individual más o menos complejo, largo y doloroso en el que se mezclan aspectos tanto personales como sociales. Es el duelo. La travesía del desierto que se ha de recorrer obliga a uno a ponerse en contacto con el vacío dejado por el ser querido que se ha marchado, a valorar su importancia, rememorar su amor, a soportar el sufrimiento y la frustración que causa su ausencia...

De lo bien que se cubra ese recorrido y del apoyo emocional encontrado dependerá la eficacia con que la víctima salga de esa noche oscura. Los traumas provocados por la violencia colectiva resultan, sin embargo, especialmente difíciles de remontar por su carácter súbito y brutal; por las intenciones, incomprensibles, que rodean un suceso de este tipo. La falta de sentido y los sentimientos de impotencia, miedo y aislamiento que envuelven a los afectados complican enormemente el desafío de encarar un reto personal de semejante envergadura.

## LESIONES Y SECUELAS

La violencia se expresa en muchos casos en forma de agresiones que causan lesiones sobre los órganos corporales de la víctima. En ocasiones causa la muerte y deja un rastro de supervivientes, traumatizados las más de las veces. En otras ocasiones, no se acompaña de agresiones corporales, basta con extorsiones y con la creación de un estado de terror psicológico. Con frecuencia se dan varias de estas formas en una misma víctima. Las agresiones, físicas o no, causan ese primer trauma. El estado de shock y el proceso del duelo que sigue a la conmoción inicial constituyen rupturas en la salud de las personas. Serían, en el mejor de los casos, temporales. Pero, no siempre es así. La muerte es irreparable. El dolor, con frecuencia, atrapa a sus víctimas en un duelo interminable y dañino. Las lesiones corporales en ocasiones mejoran y en muchos casos evolucionan en secuelas y discapacidades. En definitiva, la salud a menudo se mantiene deteriorada en el tiempo en una graduación de formas y matices que descubrimos a continuación.

El impacto en la salud de un acontecimiento traumático depende de muchos factores. La relación de daños causados por una agresión, además de la muerte, puede ser extensa. Influyen la intensidad del embate, el tipo de órganos que hayan resultado dañados, la fortaleza física de la víctima, sus recursos afectivos, sociales y terapéuticos. Y también depende, como ya se ha indicado, del tiempo transcurrido.

Lo normal es que los hechos violentos dejen alguna lesión, física o psíquica, que puede convertirse en una secuela. Años, incluso décadas después, los afectados pueden seguir presentando alteraciones en su bienestar que atribuyen al suceso que marcó su vida.

La intensidad de las emociones se va atenuando con el tiempo. El dolor se mitiga, incluso se controla, pero no se olvida. Las repercusiones en la salud también son más intensas en un primer momento. El testimonio de las víctimas habla asimismo de dos tiempos, el del suceso y el actual.

### RECUENTO DE LAS LESIONES INMEDIATAS

Las víctimas que sobrevivieron un atentado o una agresión desgranar en su relato los daños que sufrieron como consecuencia de las lesiones. Hablan de traumatismos múltiples, hospitalizaciones prolongadas y reiteradas, con intervenciones muy complejas que, en determinados casos, pusieron en peligro sus vidas. También se refieren a los problemas de salud aparecidos inmediatamente después de la agresión, como la hinchazón y deformación de partes del cuerpo, la huella dejada por los restos de metralla, problemas oculares, auditivos, de equilibrio. La lista de complicaciones es lamentablemente alargada: vértigos, mareos, acúfenos, problemas respiratorios aparecidos por lesiones en el tórax, mutilaciones, excisiones; el paso por el quirófano, a veces de manera reiterada, y la ansiedad que lo acompaña. La relación incluye no sólo problemas físicos, sino también consecuencias de tipo social provocadas por la enfermedad, como incapacidades, pérdida del empleo o necesidad de cambiarlo, invalidez, prejubilación. Algunas heridas se curaron, pero las víctimas que se lamentan por el padecimiento de secuelas que merman su calidad de vida son muchas (Testimonio 10).

■ Testimonio 10 **INCAPACIDAD.** “... y... me ha venido todo a los oídos. Me ha venido a los oídos. Y entonces, claro, yo ahí tengo un montón de papeles, de... ¿cómo se llama esto? de una incapacidad... de un 50 y tantos por ciento, en los oídos y eso... Me dieron un 33; cuando esto, me dieron un 33. Después me subieron a un 35; luego a 58. A cincuenta y tantos me ha subido. O sea, que esa cruz la tengo que llevar yo mientras que viva”. [41: 227-233]

**DESORIENTACIÓN.** “... ni podía dormir. Ni podía parar, hasta me mareaba. Me caí del trabajo. Me he caído muchísimas veces en la fábrica”. [41:121-122]

**IRREVERSIBLE.** “Yo tenía 20 años, me dijeron que la lesión era muy grave, que podía ser irreversible. Después se confirmaría que no había nada que hacer” [42:61-62]

**EFFECTOS SECUNDARIOS.** "... cada vez estaba peor. Tenía una ftofobia tremenda que me obligaba a estar en casa a oscuras porque ya no aguantaba ni la luz ni nada. Me hicieron una evisceración del... me pusieron una prótesis interna. Luego otra ... externa... Al cabo de unos años, hará ahora 3 o 4, tuve una infección tremenda que ocasionó la expulsión espontánea de la prótesis interna y me dijeron que ya no era conveniente volver a ponerla. Después, me tuvieron que realizar una nueva intervención para la reconstrucción de... pues no cesaban las infecciones debido a la sutura antigua..." [42:68-76]

**ENTRE MÉDICOS.** "... hasta entonces yo nunca había estado en un médico. Y entonces, yo nunca he respirado bien ¡Claro! llevándote un tiro en... tampoco puedes pretender que luego te quedes como nuevo. Tengo problemas de respiración..." [66: 202-204]

**MUY GRAVE.** "En mi mente está la estancia... un mes en la UVI. Y fue muy grave, afectó a muchos órganos. Todas las especialidades quirúrgicas ¡he pasado por todas! y luego, la hospitalización domiciliaria y la convalecencia... se ha prolongado... hasta ahora. Es hasta ahora..." [94: 127-131]

**DOLORES.** "... y luego me hicieron la traqueotomía también ... ese fue un momento, al parecer... fue un momento bastante peligroso (...) todavía todos los días tengo algún tipo de molestias en..." [96:152-154/148-149]

**RECAÍDA.** "Quería ser valiente... pues a los dos meses empecé a trabajar. A los tres meses, otra vez tuve una recaída, porque claro yo tuve rotura de tímpanos y desde entonces tengo vértigos y una serie de cosas... Luego volví a trabajar y luego ya tuve una recaída terrible y un estrés postraumático. Y un día ya me encontré muy mal, muy mal, que me subía la tensión, que me bajaba y ya tuve que empezar con psicólogos con psiquiatras..." [82: 115-120]

## SOMATIZACIÓN

Es también muy frecuente que las víctimas somaticen sus preocupaciones y su ansiedad y acaben convirtiendo sus problemas psíquicos en dolencias físicas y enfermedades comunes. Muchas de ellas manifiestan haber padecido problemas de insomnio, trastornos digestivos y metabólicos, arritmias, angina de pecho y alteraciones cardíacas, problemas de tiroides, desarreglos menstruales y anemia, además de alergias, jaquecas, problemas dentales, de espalda, de cabello, anginas, bronquitis, rinitis alérgica, dermatitis seborreica, pérdida de apetito y peso. Aún hay más: comer o fumar compulsivamente, debilidad corporal... (Testimonio 11).

■ Testimonio 11 **PÉRDIDA DE SALUD.** “Tengo dos problemas; uno de colón y otro de tiroides. Creo que, qué yo no sé si es, si se han producido de otra manera ¿verdad? Pero la cosa es que yo los tengo, desde entonces”. [33: 126-128]

**SIN INFANCIA.** “De golpe adulta. Y no es bobada. Yo a los 8 años tenía 3 canas ¡3 canas! y yo nunca he oído que un niño de 8 años tenga canas . . . Es una forma de que mi estrés se exprese por ahí. Porque luego se ha convertido en un mechón blanco... Se ha ido aumentando...” [43: 144-147]

**DIFICULTAD PARA DESCANSAR.** “(...) mucho agotamiento, muchos dolores de cabeza, muchas jaquecas. Pero todo eso para mí viene condicionado por lo mal que duermo. O sea, yo me meto a la cama y estoy agotada, pero mi cabeza no descansa. . .” [45: 171-173]

**INSOMNIO.** “Entonces pasó un tiempo y yo no dormía nada ¡Nada! ¡Nada! ¡Nada! ¡Nada! Estuve 20 días sin dormir ni media hora ¡Yo estaba medio loca!”. [75:126-128]

**REACCIONES ALÉRGICAS.** “A mis problemas con el sueño, se unió la aparición de reacciones alérgicas fortísimas que tardaron en desaparecer pese a ser tratadas con antihistamínicos. Yo creo que todo era producto de mi desorden psíquico; de la falta de descanso; de la tremenda tensión; del estrés. Tuve numerosos trastornos digestivos. . .” [51:192-197]

**ALOPECIA.** “Se me cayó cantidad de pelo, yo creo que del shock. Perdí al principio muchísimo el apetito, no tenía ganas ni de comer ni de nada.” [62: 138-140]

**SALUD CARDIOVASCULAR.** “...pues como sigo mal, no recupero nada, aparece también ... pues... un problema de tiroides... Pues ¡hombre! medicación también para toda la vida... Problemas de corazón, de arritmias, de ansiedad ¡de todo! Y hoy es el día que, después de 5 años, sigo con tratamiento y sigo todavía...” [91:145-147]

**BASE CIENTÍFICA.** “«...me parece que le hemos detectado una pequeña angina de pecho» (Respiro de sobresalto) ¡Una angina de pecho! ¿yo? ¡Qué no fumo! ¡qué no bebo! Bueno, en este momento, tengo 50 años... Y. . . pero, si eso obedece a... es qué no lo sé. ¿Hay alguna base científica en esto? Pues no lo sé”. [22:403-405/422-423]

La somatización no es una menudencia. Al contrario, se trata de un fenómeno muy extendido que puede ocasionar alteraciones biológicas graves y disfunciones importantes por problemas emocionales no resueltos.

### SUFRIMIENTO EMOCIONAL

La intensidad del sufrimiento emocional y su persistencia en el tiempo hacen de él un aspecto muy importante en la salud de las víctimas primarias de la violencia colectiva. La mayoría de las entrevistadas se lamentan por este asunto. Ocurre a menudo, es algo muy extendido entre el colectivo y, sin embargo, se trata del sufrimiento más silencioso, el más privado. Quizás sea por esta circunstancia, por su capacidad de pasar inadvertido, que permanezca ignorado por una gran parte de la sociedad.

El nivel de sufrimiento detectado en las víctimas de la violencia en Euskadi resulta muy incapacitante. Muchas de ellas han sufrido tal dolor que precisaron tratamiento psicológico prolongado. En varios casos, esa pena profunda unida a la angustia y el terror dio lugar a problemas psiquiátricos de gravedad. Las complicaciones, en un número muy elevado de ciudadanos afectados se prolongaron incluso durante décadas. El tormento, en unas ocasiones mejor sobrellevado y en otras, causa de hundimiento, parece menos intenso con el paso del tiempo, aunque aún sigue siendo profundo.

Las entrevistas realizadas permiten ver un abanico de dolor tan amplio que abarca casi todo el arco psicológico. En el plano afectivo, que es el que se relaciona habitualmente con la depresión, se aprecian emociones de tristeza, como pena y llanto; de cólera, como el sentimiento de rabia; y también de miedo, culpabilidad, desconfianza, preocupación... (Testimonio 12)

■ Testimonio 12 **PENA.** “Yo no tengo nada. Tengo la pena esa... No estoy bien, porque llevo por dentro mucha tristeza”. [63:128-129/130]

**CULPA.** “Bueno, te sientes muy mal, porque, al final, parece que te hacen sentirte un poco culpable de lo que están pasando. Porque claro, ellos están pasando por algo que, si tú no estuvieses ahí, ellos no tendrían que pasar Y ¿qué haces? Te haces un montón de preguntas y ninguna tiene respuesta. Y, al final, te sientes mal...” [63: 56-60].

**DESCONFIANZA.** “Me sentía muy vulnerable y muy triste. Al principio me volví muy desconfiada. Recelaba de mucha gente. Si no estaban del lado mío, los ignoraba”. [72: 204-205]

**OBSESIÓN.** “Porque claro, yo me sentía mal en todos los aspectos. Yo sentía que me dolía la cabeza, que me dolía no se qué... Yo iba a los médicos y me decían «tu no tienes nada, lo tuyo es todo obsesivo. Qué estás todo el día pensando y eso repercute»”. [42: 200-204]

El sufrimiento emocional llega a ser importante en muchos casos. Las complicaciones psicopatológicas más frecuentes se refieren a problemas del sueño, falta de concentración y estrés. También destaca por su elevada incidencia la depresión (Testimonio 13).

■ Testimonio 13 **ATAQUE DE NERVIOS.** “Sí. Tuve una crisis nerviosa bastante aguda, muy aguda”. [14: 184-184]

**DEPRESIÓN.** “... yo entré en una fase depresiva que duró años. Una depresión... No me acabé de abandonar; no estuve ingresada. Sí, tomé medicación y además no creo que me ayudara nada. Sí que tomé”. [46: 135-138]

**ALTERACIÓN DEL SUEÑO.** “Psicológicamente estás hecha polvo; estás hecha polvo... ¡pesadillas!”. [47:74-75]

**PÉRDIDA DE LA ILUSIÓN.** “Estuve con una depresión de mil pares de (...). Y mucho tiempo que me daba igual cualquier cosa. Antes tenía muchísima ilusión, pues... ¡yo que sé! por cocinar; por hacer cosas; por salir; por... Perdí la ilusión de todo. Es que me daba igual salir por esta puerta, que salir por la ventana... no había nada que me hiciese ilusión; por nada ¡Nada!”. [62: 73-73 / 128-132]

**TRISTEZA PATOLÓGICA.** “Estuve con depresiones. Me metía en mi habitación y no quería saber nada. No me vestía; ni salía; ni comía...” [72: 226-227]

**SIN SENTIDO.** “Yo estuve unos años, como dos años o así, que... no le encontraba yo sentido a mi vida”. [95: 365-366]

**SOMNÍFEROS.** “...pues porque tomaba pastillas para dormir, si no, no podía irme a la cama. Y ¡claro! la pastilla me duraba 4 horas y en el momento en que se me pasaba el sueño, la angustia era espantosa... Y llegó un momento en el que no pude más”. [45:155-159]

**PESADILLAS.** “... como si me hubieran metido en un ascensor de color gris... un habitáculo; un receptáculo de color gris... con niebla...” [95:283-284]

**LLANTO INCONTENIBLE.** "... y lloraba y lloraba y lloraba y lloraba..." [62:246-247]

**LA CAÍDA.** "Al principio sacas fuerzas de flaqueza ... y... al de 7 años, cuando ya mis hijos más o menos los considero estabilizados, yo caigo en una depresión ... ¡horrorosa! que no se la deseo a nadie ... Yo, de primeras, yo, no...¡No! Eso no me va a pasar a mí ... Al final, caí. Caí totalmente. Estuve casi 2 años ..." [91:130-134]

Los síntomas remiten en otros casos a patologías más específicas. También pueden ser graves (Testimonio 14)

■ Testimonio 14 **TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD.** (Largo silencio) "...ha sido casi un trastorno borderline. Es que yo llegué a pensar que era otra persona. Quería huir. Quería escapar de mi realidad y me fabriqué otra personalidad más homologable o más fácil de digerir para mí. Entonces, eso me llevó a crear una ficción en torno a mí. Pues cuanto eso trae de mentiras, de formas no reales de abordar la realidad. Sí, fundamentalmente fue un trastorno borderline". [33: 139-144.]

**TRASTORNO DISOCIATIVO.** "No sé, tuve ¿cómo lo llaman a esto? un trastorno disociativo... (Entrevistadora: ¿Pero es como una consecuencia de todo lo anterior?) Entrevistado: Sí, de todo lo que hemos..." / "Sí, me fui hasta la estación del metro (...) Y sí (...) cuando me acerqué (...) había gente por ahí revoloteando. Me di media vuelta hasta el pueblo. Me seguían para un lado. Me seguían para el otro. Apunté unas matrículas, que las tengo apuntadas. Y vamos, qué yo pienso que eso sigue, sigue. Y yo lo que no me siento después del incidente este es... incapaz de volver a trabajar, porque no sé cual va a ser mi reacción..." [13: 457-460 / 632-639]

**TEMORES NOCTURNOS.** "Yo me meto a la cama y estoy agotada, pero mi cabeza no descansa. Y esas pistolas apuntando... Aparecen muchas veces. Y te despiertas con un sobresalto horrible". [45:172-174]

**RE-EXPERIMENTACIÓN.** "...veía flashes con determinado proyectil que por determinado gesto que yo había hecho no me dio en la cabeza... Continuamente era repetir escenas. Eran escenas, digamos humanas, no terribles. No era la parte trágica, dramática o horrible, sino la parte más normal de la escena ..." [93:358-360]

**PSICOLOGÍA.** "...la destrucción absoluta de todo tu edificio psicológico... o tu catedral psicológica. No es un edificio, no es una casita, es una cosa diseñada... arquitectónicamente... Es la destrucción absoluta". [94:178-180]

La mayor parte de las víctimas que han participado en el estudio ISAVIC han presentado al menos un problema emocional a lo largo de su proceso. La mayoría han necesitado también tratamiento para aliviar sus problemas emocionales. En algunos casos, después de muchos años, aún continúan recibéndolo. La mayoría reciben psicoterapia, en abundantes casos combinada con medicación. Algunas víctimas no pudieron acceder a él por la dificultad de buscarlo por sus propios medios (Testimonio 15).

■ Testimonio 15 **¿TRATAMIENTO?.** "Yo seguí tratamiento pues para que no se infectase la herida... pues pastillas contra la infección y etc. Lo demás, que yo sepa, no. No seguí ningún tipo de tratamiento..." [66:223-224]

**SIN AYUDA.** "¡lo mal que lo pasamos! Yo creo que nuestro dolor era aislado; mi madre por un lado; mi padre por otro; mi hermana por otro; y ¡no había!... Yo creo que sí, nos hubiera venido bien un psicólogo o una ayuda en aquellos momentos..." [43:124-127]

**NO NECESITÉ.** "Hay gente que sí ha padecido física y mentalmente a cuenta de un atentado terrorista. Ese no es el caso de mi familia; ni mío". [31-112-113]

**NO HIZO FALTA.** "Psicológicamente, yo no sé. Yo creo que lo he superado. Lo que pasa, que... pues estas cosas te crean un trauma... cada uno vive lo que tiene. [Tratamiento] No, en absoluto. Ni lo he pedido ¡Sí! Ni lo he pedido... No lo he necesitado". [76:355-357/423]

**SIN TERAPIA.** "En aquel entonces no existía nada de eso [Tratamiento psicológico para las víctimas]... Entonces, nosotras nos lo comimos... cómo te podría decir... con patatas. O sea, nos lo comimos solas... Claro, sí, sí, llorando. Pues te diría... pues como un lobito que se va a lamer las heridas a un rinconcito... Es que nosotras... tampoco recibimos ayuda psicológica..." [93: 181-187/220]

**MIEDO.** "...Entro en una depresión y voy donde un psiquiatra... Le cuento, pues, que si mi... ¡que lo mal que lo he pasado con los ojos!... Le cuento que... que mi padre se ha muerto; que no se qué; que no se cuál; pues, lo que yo en aquel momento sentía... Pero, yo no me atrevía a contar la historia". [92:592-595]



La mayoría de los pacientes que han recibido tratamiento coinciden al señalar lo beneficioso que les ha resultado para sobrellevar la carga de la violencia sufrida. Los afectados valoran muy positivamente la asistencia terapéutica, hasta el punto de que figura como una de sus principales reivindicaciones a las instituciones públicas (Testimonio 16).

■ Testimonio 16 **UTILIDAD.** “ (en tratamiento). . . Sí, yo creo que sí; qué mucho; qué me ha servido y me está sirviendo...” [47:83]

**GUÍA.** “...La dirección de un psicólogo que me podría recibir y fui y la verdad es que fue un acierto, porque ha sido una joya para mí. Si no, no sé si hubiese seguido adelante”. [63: 97-98]

**RESPUESTA.** “Yo estuve unos años, como dos años o así que ... no le encontraba yo sentido a mi vida... Hasta que ... hasta que vino una psicóloga a casa ... y... y entonces ya empecé a encontrar respuestas”. [95:277-278/288-289]

**ASISTENCIA.** “Luego, pues he tenido, sí, una asistencia, un apoyo psiquiátrico. Todavía... tengo un... un tratamiento de antidepresivos o ansiolíticos”. [96:156-157]

**ACOMPAÑAMIENTO.** “Sí... he estado en tratamiento psicológico durante mucho tiempo porque la verdad es que no podía y no podía...” [81:124-126]

**SERVICIO.** “Sí, fue poquito. Duró poquito pero sí. Porque yo notaba que no podía seguir así”. [84:137]

**SUPERVIVENCIA.** “Y luego, poco a poco pues he ido saliendo. Sigo todavía con tratamiento... sigo todavía teniendo mis depresiones; no las supero”. [91:139-140]

**BÚSQUEDA.** “...En aquel momento no había ninguna ayuda. Pero sí, estuve recibiendo un tratamiento psicológico que me lo pagué yo mismo”. [33:142-143]

**COMPLEMENTO.** “Mi psicólogo ha sido un complemento muy importante para mí. . . Y yo todavía sigo con él”. [63:113-114/187]

**ORIENTACIÓN.** “Me ayudó mucho. . . porque estaba muy perdido”. [67:169-170]

**DESAHOGO.** “La psicóloga, estoy convencida que me ayudó muchísimo. . . porque era alguien con quien yo podía hablar”. [62:234-235]

## VIOLENCIA CRÓNICA: AMENAZAS

Algunos de los entrevistados han sido durante años víctimas de una violencia que se ha manifestado en forma de amenazas, intimidación y extorsiones. Las amenazas, en muchos casos de muerte, se justifican por parte de los violentos unas veces como consecuencia de la significación política o social de la persona extorsionada y otras por su actividad pública o profesional. En ocasiones, van acompañadas de chantaje económico: o se aporta una cantidad económica a la organización o se paga con la vida. Las coacciones reiteradas han terminado en ocasiones en el asesinato de la persona amenazada.

Los testimonios de todas estas víctimas añaden un matiz específico que refleja los efectos para la salud de una situación de violencia reiterada. Aunque en la mayoría de los casos, las amenazas no han terminado en un atentado, quienes han sufrido coacciones de manera continuada hablan de un sufrimiento perpetuo, de una angustia intensa, de ansiedad extrema, sentimiento de persecución y, sobre todo, de la necesidad de liberarse. En ocasiones, sin decirlo expresamente, hablan incluso de sentimientos de culpa (Testimonio 17).

■ Testimonio 17 **LÁGRIMAS TERAPÉUTICAS.** “Mi meta era... que mi hija y mi familia no se enterasen de nada (...) Lógicamente vives unas situaciones de ansiedad, de estrés, de temores constantes (...) pues empiezas a estar en una situación, ya te digo... de ansiedad. También empiezo a entrar en un estado de... de... como te digo... de, de... de pérdida, de... de que parece que no tiene sentido tu vida... que todo lo que haces lo haces mal... que a tu familia le has... has sido tú el culpable. (...) Pensé en el suicidio en aquellos momentos... y... vengo a casa, me tumbo en el sofá... y... y ¡nada! pues con ganas de llorar... Para... a todo esto ¡había llorado! No te puedes imaginar ¡cuánto! Que yo... del llanto no te he hablado... pero que terapia más buena es... ¡jopé!” [92:374-375/394-395/582-588/ 720-723]

**ALARMA.** “Y lloraba y lloraba y lloraba y lloraba. «¿Qué te pasa?» Le preguntaba yo. Es que he tenido una pesadilla... Todo eran pesadillas lo de ella. Y me llegó a asustar porque una vez me dijo: «Ama, ya he pensado como saltar de la ventana con el perro»”. [63:160-162]

**VIVIR MAL.** “...Pues no acabas de desconectar y eso pues a mí me produce una actitud que... no estoy (...) Pues muy mal ¡Muy mal! Porque han pasado tres años ¿no? Y entonces... ¡Tres años ya! Tres años han pasado y que continuemos así en la misma situación con escoltas y toda esta historia. Pues la verdad, es que yo... No lo asumía antes, o sea que ahora cada vez peor... ¡Lo paso mal...! Estoy metida en casa por no salir a la calle acompañada”. [82:141-158]

**TORMENTO.** "...Yo sufrí mucho. Porque, claro, mi hija a las seis y media de la mañana y... trabajaba... Y afortunadamente mi hija se fue a vivir fuera de casa. La chavala salía a las seis y media de la mañana del garaje de mi casa y tenía que mirar debajo del coche". [83:213-218]

**TEMOR PERMANENTE.** "Siempre tienes miedos. (...) Estás un rato pensando que aquél estará pensando que yo soy tal o soy cual. Y no lo sabes, porque no sabes de qué pie cojea. Pero bueno, lo piensas..." [61:119/169-170]

**MIEDO.** "¡Terror! sentí muchísimo miedo ¡eh!... Porque algo que parece... Como te decía, sentí miedo, miedo de que le pasara algo ¡eh!... ¡miedo!... y, bueno, a parte de los sentimientos propios de susto, de... tristeza, de... en fin, de que ¿cómo nos puede pasar a nosotros esto? Exactamente ¡sentí miedo!". [21:96-103]

**SIEMPRE VIGILANTE.** "Vivíamos en una situación de alerta. Estar continuamente pendientes de lo que se movía a nuestro entorno. Si alguien nos seguía o no. Evidentemente todo esto tiene consecuencias bastante dramáticas". [51: 199-201]

**PERSECUCIÓN.** "¡Los gritos! A mí, los gritos... se te quedan. Un continuo nerviosismo, cualquier ruido que oyes o cualquier tumulto te altera... Sí, porque te da miedo. No en casa, sino que a mí me daban mucho miedo los tumultos; los sitios con mucha gente; lugares que no tuvieran salida. O sea, que entras en un bar y buscas la salida. La sensación esa, sí. Yo me daba cuenta de que no estaba en mis cabales y sobre todo la sensación de que se puede repetir". [84:114-115/125-128]

## VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA

Otro aspecto relevante es la vulnerabilidad ante situaciones de dolor ajeno. Es un fenómeno muy común. Los afectados, no todos, pero sí muchos, reaccionan ante nuevos episodios de violencia, volviendo a sentir el mismo sufrimiento que les causó la agresión sufrida. Es como si hubiesen sufrido el ataque ayer mismo. Perciben el tormento de las nuevas víctimas de modo punzante y se reactivan en ellos emociones que habían experimentado. Este fenómeno supone un sufrimiento añadido (Testimonio 18).

- Testimonio 18 **DOLOR REVIVIDO.** "...Dormía peor. Y cuando leía noticias relacionadas, por ejemplo, con los atentados, el terrorismo o gente que estaba amenazada, pues lo sufría mucho. Mi respuesta emocional era muy acusada. Se me ponía un nudo en la garganta, sentía rabia". [11: 149-150/152-153]

**IMÁGENES QUE VUELVEN.** “...Entonces hubo varias muertes y las imágenes se repetían continuamente en los medios y, claro, eso no te ayuda nada. Estás viviendo continuamente las mismas escenas y... al final eso te hace daño”. [63:297-299]

**CONEXIÓN EMOCIONAL.** “Pero yo seguramente tengo un... un vínculo con el problema de este país un poco más acentuado que el resto de mi familia”. [33: 154-155]

**LA NADA.** “...Lo que más me dolió de aquel día... fue el hecho de que... ¡Lo tengo ahí! Es el hecho de qué ¡aquí no pasó nada!... ¿Cómo que no pasó nada? ¡Si a 150 metros estalla una bomba! ¡Qué alguien ha petado! Y en aquel momento no sabíamos cuántas personas murieron y ¿aquí no pasa nada? Y ¿nosotros con un muerto...? Yo no soy tan hijo de puta, ni tan insensible, para no decir nada. Es que me salía... ya te digo... o darle unas bofetadas, ¿no? O sea, tengo el atentado de (...) muy, muy, muy reciente ¡vamos! muy reciente. Porque ya te digo, trabajo a 150 metros y siempre que paso por el... veo, veo el borde, el bordillo de granito de la detonación; sí, eso...” [22:626-622]

**SE REPITE.** “...Y ves noticias y te vuelven a levantar ampollas y pones la tele y es que todos los días sale una noticia... Es como un no dejar descansar... más o menos es eso...” [93:115-116/-270]

**MUY LEJOS.** “¡Fuera! ¡Fuera de aquí! Donde no vea pintadas. Donde no vea la ETB. Donde no vea cierta gente. ¡Qué me duele mucho! ¡Me duele mucho, mucho! Se me revuelve todo... no pasar por ciertos sitios, que me duelen mucho ¡mucho! ¡mucho!” [75:1105-1106]

**LO AJENO Y LO PROPIO.** “...Me afectan mucho. Te hacen recordar. Y ya no sólo las víctimas heridas o muertas, también me afectan los actos contra empresas. Por ejemplo, me da mucha tristeza lo que está pasando con las empresas extorsionadas y que colocan bombas. (...) Cada vez que hay algún atentado o alguna cosa rememoro lo pasado. De todas formas, nos pasa a casi todas las víctimas”. [72:384-385/399-400]

## SUFRIMIENTO SOCIAL

Los efectos de la violencia colectiva en la capacidad para relacionarse con otras personas merecen un capítulo aparte. El ataque o la agresión sufrida marca un antes y un después en las relaciones con familiares, amigos y conocidos. Ya nunca serán como antes. Algunas

víctimas se lamentan de que el golpe recibido desencadenó un motivo de conflicto permanente en sus relaciones familiares (Testimonio 19). Para otros, sin embargo, ha servido para reforzar lazos íntimos (Testimonio 20).

■ Testimonio 19 **CERCA Y LEJOS.** “Ante el hecho del atentado de mi hermano pueden pasar dos cosas ¿no? O que una más a la gente o que los desuna. Pueden pasar esas dos cosas ¿no? En mi caso, yo pienso que me unió mucho más con mi mujer, pero con mi cuñada ha habido... no un distanciamiento, no, porque nos vemos con mucha frecuencia. (...) Pero nos hemos propuesto tanto ella como yo no romper la relación”. [22:678-685]

**RUPTURA.** “Rompí mi relación de pareja después de 4 años y medio porque como yo no salía igual tampoco; o sea, como tiendo a ser un poco introvertida en estas cosas, tendía a guardármelo para mí”. [65:79-81]

**AISLAMIENTO.** “Nuestro dolor era aislado. Mi madre por un lado, mi padre por otro, mi hermana por otro y yo”. [43:125-126]

**LAZOS SUELTOS.** “Mi hermano...Yo tengo un problema con mi hermano ¡Un problema! Que parece increíble que lo esté contando. No he contado a casi nadie esto. Yo siempre he pensado que mi hermano se escabulló de alguna manera. Él, yéndose de aquí iba a estar mejor y él estaba muy mal. Se fue y mejoró ¡Claro que sí! Pero mi madre le necesitaba y yo le necesitaba para que me ayudara con mi madre...” [67:230-235]

**DIVORCIO.** “Como consecuencia de aquello, yo estoy convencida, que es el fracaso de mi hija con su marido”. [75:1088-1089]

**FAMILIA ROTA.** “Es que la familia se rompe. Vamos a empezar por que la familia se rompe... O sea, como romper un edificio, una estructura ¿no? Algo que está formado de repente se destroza... Es eso. La sensación es esa... Y cada uno tiene su propio dolor”. [93:355/363-364]

■ Testimonio 20 **UNIÓN.** “Mis hijas han estado como una piña y entre las tres, una por no disgustar mirando a la otra y la otra mirando a la una. Al final, por no hacernos sufrir la una a la otra, hemos intentado sobrellevarlo de la mejor manera posible. Pero muy unidas. Mucho más de lo que estábamos antes”. [63:87-89]

**APOYO.** “...la relación con mi hija ha cambiado mucho en el sentido bueno. Tanto ella como yo. Yo creo que tenemos más confianza la una en la otra. Nos apoyamos más”. [32:197-200]

**FORTALEZA.** “La héroe de mi casa fue mi madre, que es una persona, pues, enormemente... Es muy fuerte. Es muy religiosa. Entonces, desde una tragedia como esa, reaccionó, bueno... empujando, empujando el barco”. [33:194-196]

**VÍNCULO.** “Pero yo creo que las que más nos hemos hecho... más que nada, hemos sido las hermanas ... Es que nosotras hemos creado algo especial... que es algo que te quiero hacer entender, no que a los demás les quieras menos ¡ni muchísimo menos! Sino que hemos creado, digamos que, un vínculo. O sea, una simbiosis especial”. [93: 196-201]

Pero más allá del círculo inmediato de relaciones familiares íntimas, la mayoría de las víctimas expresan que han perdido parte de su capacidad para relacionarse y disfrutar de las relaciones con los demás (Testimonio 21).

■ Testimonio 21 **FOBIA SOCIAL.** “Tienes como una fobia social al principio muy grande. Es más, una de mis hijas, la mayor, todavía no puede estar entre mucha gente, se agobia muchísimo y, bueno, hay muchísimos sitios por los que no puedes pasar...” [63:97-99]

**PÉRDIDA DE RELACIONES.** “Sí, ya no salgo con los amigos que salía y salgo alguna vez al cine o así con algunas amigas que conozco y algún pariente que están solas”. [63:151-152]

**RECLUSIÓN.** “Me costaba salir sola a la calle o... bueno, salir por ahí. Me costó salir... No quería que nadie me viera, que me reconociera. Era la situación ésta de que... vas por la calle y todo el mundo te mira. Es como verte en un espejo reflejada”. [65:60-61]

**SOLEDAZ.** “Yo tenía graves problemas para estar con otra persona al margen de mi novia. Yo sólo podía estar con ella. El primer año, los dos primeros años, con ella. O con mi hermano, mi madre, incluso con grandes amigos míos tenía problemas. Si yo estaba con más gente y no estaba mi novia, no... No estaba bien”. [67:178-181]

**AISLADO.** “Es que era encerrarte en casa...” [42: 205]

**AGOBIO.** “No puedes entrar a un sitio donde hay mucha gente porque te encuentras... agobiada, asfixiada...” [47:75-79]

**ADOLESCENCIA PERDIDA.** “Me volví bastante más reservado, bastante más tímido y prácticamente no tuve una adolescencia, no. Cambia mucho la vida, porque no hacía las cosas que hacía la gente de mi edad”. [33: 169-171]

**ENCIERRO.** “Yo me encerré en mi casa mucho tiempo ¡Mucho tiempo!...” [91: 139]

**AYUDA.** “Después ¡me tiré tantos años que no salía! Hasta que me puse a buscar trabajo y pedir ayuda”. [72: 302-303]

Las dificultades para las relaciones sociales no sólo son una causa de sufrimiento, sino que también generan problemas de salud añadidos. La soledad causada por el aislamiento, por ejemplo, contribuye a aumentar la tristeza y el grado de depresión; y hace además que disminuyan las oportunidades para encontrar soluciones a la situación. Si a esa soledad y tristeza se acompañan hábitos poco saludables, que es algo que puede ocurrir, la salud irremediablemente empeora.

Las limitaciones que experimentan las víctimas se extienden a la capacidad para desarrollar actividades laborales o de tipo personal relacionadas con su formación o proyecto de vida. No siempre pueden desarrollar las actividades que desearían y para las que están capacitados. Lo que limita su trayectoria vital. Algunas de las víctimas explican que, con el paso de los años, lograron recuperar proyectos perdidos o forzosamente arrinconados, pero no todas tuvieron la misma suerte (Testimonio 22).

■ Testimonio 22 **SIN SALIR DE CASA.** “Sí, ya no salgo con los amigos que salía... Tampoco tengo mucha afición por salir”. [63: 151/153]

**CAMBIO.** “...No hacía las cosas que hacían la gente de mi edad, ir a discotecas, bailar, salir con chicas...” [33:170-171]

**BAJAS LABORALES.** “...Yo iba a los especialistas y me ponían que cuanto menos ruido tendría mejor ¿entiendes? Y para más narices, tenía en la fábrica 96 decibelios que aguantar, con tapones y con lo que sea. Me mandaron una carta para ver si me podrían cambiar de puesto, pero para mí nunca hubo puesto más que el que yo tenía... y ¡allí estaba! (...) Ahora mismo, llevo 4-5 años sin trabajar. He tenido que coger bajas y bajas, altas y bajas”. [41: 136-140/131-132].

**INCAPACIDAD.** “...En un principio tengo reconocido un 85,5% de minusvalía. En un principio estaba trabajando y me dieron una total, pero ¡vamos! era incomprensible. Se recurrió y a los días me dieron la absoluta y me dijeron «con el tiempo puedes recurrir y conseguir una gran incapacidad». Y recurrí. En su momento, me la denegaron, pero a través de los tribunales conseguí la gran incapacidad... Entonces, hay momentos que sí necesito una tercera persona”. [42: 402-406/409]

**DESAFÍO PERSONAL.** “...Cuando te crees profesional y cuando crees que tienes que darlo todo... Entonces yo me sentía agotada y, en febrero (dos años más tarde), tuve que coger la baja porque ¿eh?... pues porque tomaba pastillas para dormir. Si no, no podía irme a la cama y ¡claro! la pastilla me duraba 4 horas. Y en el momento en que se me pasa el sueño, la angustia era espantosa. Estaba en el sofá a las 4 de la mañana, a las 5 y trabajar a las 8, pues era imposible ¿no? Y llegó un momento en el que no pude más. Entonces cogí la baja en febrero, que en principio era para un par de meses y luego casi un año”. [45: 153-170]

**NI PERIÓDICOS.** “Yo, por ejemplo, he estado muchísimo tiempo que no podía leer nada; ni el periódico. Porque leía cualquier cosa y... Fíjate que yo era una persona como muy activa. (...) Dejé mi trabajo... mi estilo de vida no se parece en nada... no he vuelto a trabajar...” [62:93-94/127-129]

**FALTA DE RENDIMIENTO.** “También en mi propio trabajo, pues que de rendir... ¡con lo que tienes! yo no rendía ni la mitad; porque se me iban las cosas. (...) Quizás el trabajo... pues me ayudaba a esto... Pero sí... durante esos dos años pues estuve con muchos bajones, pero siempre manteniendo; porque mis hijos no me podían ver mal”. [91: 213-216]

**SIN GANAS.** “...Tirado como una piltrafa en casa sin ganas de salir. A mí, qué me encanta leer, andar”. [92:612-613]

**EN CASA.** “Porque yo tengo secuelas físicas que me mantienen aparcado, suelo decir, mucho tiempo del día y prácticamente todos los días de la semana en casa”. [93: 130-132]

**OTROS AMBIENTES.** “... Bueno, después de esa recaída y luego al final pues tuve que dejar el trabajo y dedicarme a ir de aquí para allá. Estar cuanto menos tiempo por aquí. O sea, salir mucho fuera y cambiar de ambiente”. [82:133-136]



**INCAPACIDAD.** “Después de cinco años es ahora cuando me siento incapaz. Estoy de baja ¡Es que me siento incapaz!” [75: 184-186]

La limitación forzada de las actividades sociales contribuye a generar un círculo vicioso que desencadena mayor aislamiento, dolor y frustración, disminuyendo así aún más la capacidad funcional de las víctimas. En muchos casos, también agrava su situación económica. Las dificultades sociales tienen repercusión en la calidad de vida de las víctimas, en muchas ocasiones de manera profunda. No es solamente el hecho de estar de baja o el abandono obligado de actividad o el cambio de hábitos y costumbres; es lo que esos abandonos, cambios, imposibilidades suponen para la trayectoria vital de la persona (Testimonio 23).

■ Testimonio 23 **DEPENDENCIA.** “Cuando ya dependes de otra persona, cuando no puedes hacer lo que quieres o deseas; que te tienen que llevar; te tienen que traer y, si no, tu andas malamente por la calle, te corta toda la independencia que tenías. Todo lo que quieras hacer por tu cuenta, tienes que andar «oye ¿vamos a...? ¿Me acompañas...?» Luego, sí que vas aprendiendo a valerte por ti sólo y demás, pero siempre con muchas limitaciones”. [42: 183/210-213/290-293]

**NADA.** “En mi caso, no es que yo me levanto y... pues triste y me dura todo el día ¡No! ¡No! Es mucho más...real. Que me levanto normal y, en un momento dado, es «¿qué hago ahora?» pues estoy jubilado, claro”. [93:170-172]

**REPRESIÓN.** “. . . estar callado y tener que estar un tiempo sin escribir... ¡claro! . . . es cercenar mi derecho a la libertad de expresión”. [11: 224-225]

**TORTURADA.** “Pues se vive malamente. Se vive, pues, reclusa... parece tortura y absolutamente inhumano... Es obligatorio, todos los días de la vida: yo no puedo abrir la puerta de casa; yo tengo que pagar un buzón de correos; yo no puedo llevar la basura ¡no puedo pararme en un contenedor de basura!...” [83: 136/225-232]

**ESCOLTADO.** “Pues sí que notas que a la gente le resultas molesto si entras en un sitio con dos policías y que a mucha gente le da miedo quedarse a solas contigo ¿Miedo? ¡Vamos! es que si el miedo se oliese en esta ciudad no podríamos estar paseando por la calle. El miedo está ahí. La prueba es que estamos en este banco y no en un bar rodeados de gente hablando de esto”. [81: 137-142]

**PENURIA.** “Nosotros éramos una familia de clase media ¡clase media! ¡clase media! No alta, sino media; sino, para abajo. Entonces ¡Claro! una situación así tiene unas repercusiones enormes. No estábamos en una edad de trabajar; mi madre tampoco. Había sido ama de casa. Tampoco tenía una formación especial para trabajar. Bueno, hizo algún y otro intento para conseguir trabajo, pero no lo consiguió”. [33: 200-205]

**NUEVA VIDA.** “...Me decía «tengo que cambiar, tengo que cambiar. ...no puedo seguir estando de baja porque me estoy haciendo daño» Fue cuando decidí cambiarme de casa... y nos fuimos. Con lo cual ya, al cambiar todo ... toda la estructura de ... de lo que era tu vida anterior. ...” [91: 224-226]

**SENTIRSE INCAPAZ.** “... Me resultaba imposible porque leía y no entendía lo que leía. O sea, leía y no sé, no, no, ¡no me centraba! Mi memoria, mi inseguridad... Entonces, ¡claro! de mi dependían muchas cosas que si yo metía la pata ¡era un problemón! Tenía que estar con la cabeza en varios sitios a la vez y al 100% y yo no estaba... Entonces... no por el hecho de seguir trabajando, que hubiera seguido trabajando, pero ¡a mí! ¡qué salgan las cosas mal por mi culpa! O sea, no me sentía capaz ¡ni me siento! ¡Ni me siento!” [75:188-196]

El testimonio que sigue a continuación ilustra muy bien esa frustración generada por la pérdida de capacidades que sufren algunas víctimas, así como las consecuencias en el orden social, laboral o económico que se deriva de ella (Testimonio 24)

- Testimonio 24 **"NO PUEDES".** “... sí porque yo iba a trabajar, iba a trabajar y no podía. Y claro, si vas a trabajar y no puedes llevar tu trabajo, tú, que estás de encargado, me vas a decir «Oye, yo no te puedo tener aquí porque no me cumples con tu trabajo» Y, claro, entre yo no poder; porque, claro, yo he sido siempre muy activo, me ha gustado llevar mis cosas bien y trabajar y trabajar. Yo no me he dedicado más que a eso. Entonces qué pasa, que tú no puedes. . . y ves que no llegas y dices «¡me cago en la madre que me parió!» y se te cae el mundo entero.” [41: 245-249]

### EL PASO DEL TIEMPO

La tradición popular dice que el tiempo lo cura todo, especialmente las heridas de tipo emocional. Lo cierto, sin embargo, es que en infinidad de ocasiones únicamente sirve para prolongar en exceso determinadas dolencias o cronificarlas. Un suceso violento, se mire como se mire, no deja de ser un hecho traumático que la persona nunca olvidará. Pase el tiempo que pase (Testimonio 25).

■ Testimonio 25 **IMBORRABLE.** “Yo, en el tiempo que yo llevo en todo esto, le he dado muchas vueltas a la cabeza. Intento, a ver si me entiendo ¿cómo puedo quitarme el muerto de encima?. Me lo intento quitar, pero no se me borra de la cabeza ¡No se me borra de la cabeza!” [41: 342-344]

**EN LA MEMORIA.** “Pero fue una cosa terrible ¡terrible! ¡terrible! ¡terrible! Bueno es que si lo piensas... y ¡vamos!... y es que, lo tienes aquí (señala la cabeza)... recuerdas tal y como fue porque no se te olvida...” [82: 67-70]

Algunas de las víctimas entrevistadas aún lo viven con tal intensidad, tristeza y desesperanza que da la impresión de que existe aún en ellas una situación traumática sin resolver (Testimonio 26). En la mayoría de los casos, la intensidad de los sentimientos es, pese a todo, menor en la actualidad que en el momento del suceso. Los sentimientos al principio suelen ser más intensos y con el paso de los años se mitigan o transforman sin llegar a desaparecer. Es como si el trauma derivase en tristeza en algunas víctimas en tristeza crónica o en sentimientos de rabia, frustración e impotencia grabados para siempre en la memoria. Imborrables (Testimonio 27). Las secuelas también siguen presentes hasta el punto de que la agresión sufrida sigue condicionando la vida de las víctimas y su relación con el entorno (Testimonio 28).

■ Testimonio 26 **CUMPLEAÑOS INFELIZ.** “...Porque cuando cumplí 30 años, en vez de decir «¡qué bien! acabo de cumplir 30 años, voy a celebrarlo»...Lo primero que pensé fue «¡jo! 30 años, 15 años de mi vida he tenido un padre y otros 15 no lo he tenido». O sea, ahora mismo estoy como en una mitad... que he vivido tanto con él como sin él ¿no?” [93: 421-424]

**ADELANTE.** “No. Superar, no. Eso no se supera nunca. Lo que pasa es que tienes que seguir viviendo. Es muy difícil expresar con palabras lo que sientes; el dolor, la soledad, el día a día. Es muy duro. Es muy duro...” [74:152-153/199-200]

**AYER.** “. . .La sensación del tiempo transcurrido... 11 años, son muchos. Entiendo que son muchos... Pues nada, como si hubiera pasado 1 día”. [94:30-31]

■ Testimonio 27 **LUCHA.** “. . .Hay gente amenazada de muerte. Eso a mi me produce mucha rabia; mucha desilusión, mucha frustración y ganas de luchar ¡ganas de luchar!” [11: 206-208]

**IMPOTENCIA.** “¡Joé! es que la impotencia que sientes... la impotencia que sientes es tremenda ante esa impunidad. ¡Qué después de 30 años, estemos esperando todavía que se investigue y se esclarezcan los hechos!” [42: 133-135]

■ Testimonio 28 **SIN INDEPENDENCIA.** “¡Jo! pues no puedo conducir; no tengo coche; tenemos que depender de alguien. Pues hay veces que «¡me cago en la leche! ¡me han jodido!»”. [42: 395-396]

**SIN CONFIANZA.** “Me sentía muy vulnerable y muy triste. Al principio me volví muy desconfiada (...) Actualmente a veces nuestro agresividad dialéctica si no entienden lo que nos ha pasado”. [72: 204-206]

**SIN SONRISA.** “...No soy la que era en el sentido de que... ahora me cuesta mucho sonreír. Oigo a la gente que se queja ¡soy injusta!¿eh? Pero, oigo a la gente que se queja, no sé, por una tontería, que igual yo lo hacía entonces, y digo «qué tontería ha dicho» ¿eh?... me falta alegría y ganas de vivir”. [45:200-206]

#### SOBREVIVIENDO AL TRAUMA

Un acto violento introduce cambios brutales en la cotidianeidad de la vida. Pocas veces, la situación mejora. Sin embargo, a veces, esos cambios pueden haber traído consecuencias positivas.

Una agresión tan fuerte como un atentado es una fuente de dolor y perjuicios para la salud de los supervivientes. Con el tiempo, con esfuerzo personal y apoyo especializado, algunas víctimas encuentran experiencias positivas en las vivencias que han desarrollado a partir del trauma. Explican que tienen una sensación de mayor fortaleza y seguridad en sí mismas, que han mejorado sus relaciones, ampliado su círculo social y desarrollado nuevos intereses personales. Incluso han logrado salir fortalecidos de la tragedia (Testimonio 29).

■ Testimonio 29 **EN POSITIVO.** “...Pero hay muchas cosas buenas y habrá que contarlas. Porque estas cosas generan cosas buenas también, sobre todo con la gente que lo ha vivido; genera muchas relaciones, muchos sentimientos. Yo creo que ves mucha humanidad”. [84: 428-431]

**MÁS HUMANO.** “Yo lo único que creo, es que lo que no te mata te hace más fuerte. De eso estoy casi convencida. Entonces, si de ésta sales... lo que sales es fortalecida. Eso sí está claro. Te hace ser mejor persona. Te hace ser... más comprensiva. Te hace ser más (...) tienes un fondo que te lo han curtido a base de golpes. Y los fondos curtidos a base de golpes suelen ser muy buenos fondos. La gente que ha sufrido, por experiencia propia, suele ser muy buena gente”. [93: 395-403]

**LADO BUENO.** “O sea, que al final yo creo que hay que sacar lo positivo de todo. Aquello no me ayudó en su momento, pero ahora, sí. (...) y porque siempre hay que mirar el lado bueno de las cosas. (...) Yo soy mucho más fuerte y mucho más... las cosas no me afectan tanto como me afectaban antes. Parece mentira, pero es así. Y valoro muchísimo los buenos momentos”. [67: 500-503/524-526]

Las víctimas no forman un grupo homogéneo en cuanto a características personales y sociales, sino que son muy diferentes entre sí. Su discurso, su posicionamiento político y su respuesta frente al trauma también son distintos. Aunque no hayan superado el dolor, algunas de ellas han comenzado a construirse una nueva realidad desde el respeto a la pérdida sufrida, pero con el interés por labrarse una nueva vida (Testimonio 30).

■ Testimonio 30 **NUEVA VIDA.** “Ahora me encuentro bien, más allá de que... es algo que, se aprende a vivir con ello. Pero, bueno, sigue estando ahí, siempre. El vacío lo sigues sintiendo igual. Pero yo ahora me veo que tengo una vida estable; tengo mi rutina; tengo mis... pues ¡todo! mi pareja, mi trabajo, mi familia ¡Todo! Y me veo bien”. [65:141-144]

**NUEVAS ILUSIONES.** “Ahora, en estos momentos, pues, por ejemplo, que ya lo tengo, que voy un poco como respirando, buscando en dónde situarme y qué hacer y qué no hacer, pues me dedico mucho... pues, a mi casa; a que mis hijos estén bien; a dedicarles tiempo a ellos. (...) Voy a clases de baile, que me encanta, pues voy buscando cosas que me entretengan y me satisfagan y esté contenta. Pero, claro, todo lo que te estoy contando, yo, de eso, antes, no tenía nada. Porque era mi trabajo, mi familia, mi marido y...” [62: 131-133/141-143]

**NUEVAS GANAS...BIEN.** Quiero decir, mi familia está bien. Yo también estoy casado; tengo mujer; tengo una casa... hoy, por hoy, no tengo problemas económicos; tengo ganas de trabajar...” [33: 284-285]

**NUEVA FAMILIA.** “Tampoco hubiera tenido lo que tengo ahora. Yo a la mujer la conocí en (rehabilitación)... Estoy muy a gusto. Tengo dos críos. Si no hubiera ocurrido esto, pues igual no hubiera tenido esto... Es que es muy difícil decir «Si no hubiera pasado ¿qué hubiera ocurrido?»” [42: 419-422]

**NUEVO PUNTO DE VISTA.** “...Y yo creo que lo hemos conseguido, darle la vuelta. Estamos en ello y yo creo que vamos en la buena dirección, de una manera positiva. Yo no les odio. Yo no les odio. Y ese creo que es mi gran triunfo. Yo no les odio y yo estoy bien y lo valoro. Siempre he sido una persona

más o menos feliz y cada vez lo soy más, y vuelvo a ser el de antes, aunque sea diferente. Soy más reservado y todo esto, pero que incluso habiéndonos pasado lo que nos ha pasado (...) pero, bueno; que yo le he intentado dar la vuelta de una manera positiva y yo creo que lo estoy consiguiendo. Y estoy muy contento de eso”. [67: 141-149]

Muchos afectados han hallado alivio, incluso satisfacción personal, en el desarrollo de actividades de apoyo mutuo y ayuda a otras víctimas de la violencia colectiva (Testimonio 31).

■ Testimonio 31 **SOLIDARIDAD.** “...Después veo mi vida que ha sido útil; que he hecho cosas y he ayudado a muchas personas. Les he contado cosas y creo que estoy haciendo cosas importantes...” [72:368-369]

**COLABORACIÓN.** “... y estoy dentro del foro de las víctimas. Un poco, más que todo, mi manera de participar ha sido un poco... un poco porque mi dolor no se quede únicamente en dolor y no sirva para nada; sino el poner mi granito de arena...” [62: 397-400]

**RED SOCIAL.** “Yo estoy en una ONG desde hace casi 10 años. Llevo lo de secretaría y eso y no quiero renunciar a ello porque me gusta. Me siento bien haciéndolo”. [63:137-138]

**RESPALDO.** “No, si yo voy a los funerales no es por mí ¿eh? Yo voy pues porque han matado a alguien y... como decirle «oye, si puedo hacer algo por ti...». No hago más. Yo no me sentí sola; tampoco quiero que se sientan las personas solas... Entonces les digo: «estoy aquí y si quieres...»” [71: 805-809]

**RECONFORTAR.** “...El poder salir a la calle, digamos, en cuanto a manifestaciones, a concentraciones; el poder hacer cosas para ayudar a otras personas víctimas del terrorismo... o que tus declaraciones o tus textos aparezcan en prensa y que tenga, digamos, un eco, es algo que te reconforta”. [44: 355-361]

Otras desarrollan y expresan compromisos personales de orden social, político o espiritual (Testimonio 32).

■ Testimonio 32 **RECONCILIACIÓN.** “Pues yo soy positivo con respecto a la violencia. Muy positivo. Yo soy muy positivo. Y que todos debemos colaborar ¡Todos! ¡Todos!

¡Todos! Y, para mí, la pieza clave es la de la reconciliación; para mí, hoy por hoy...” [22:916-920]

**NO AL OLVIDO.** “Es muy importante para esta sociedad que no caiga en el olvido ¡qué ha habido esto! Por ejemplo, yo, esto, al nieto ¡se lo tengo que contar! ¿Entiendes? Tengo un nieto y ¡se lo tengo que contar! para que la sociedad que llegue no se tenga que enfrentar nunca a esto. Porque esto es muy duro”. [41: 419-421]

**VALORES HUMANOS.** “Los valores que tengo ahora a antes ¡vamos! ... son muchísimo más perfilados que los de antes. (...) Sin embargo... la religión natural... esa religiosidad natural... eso... los ladrillos principales de las personas...” [94: 187-188/228-232]

**SER FELIZ.** “Creo que hay que ser feliz con nosotros mismos e intentar ser mejor persona e intentar hacer las cosas lo mejor posible y sin hacer daño a nadie; sin herir a los demás.” [43:360-362]

**POR LA LIBERTAD.** “Reafirma mis convicciones de que hay que seguir luchando por la libertad y por el final de este proceso; cada uno en su rincón”. [76:27-30]

**LUCHA.** “Como ciudadano que vive en un país en el que hay gente amenazada de muerte, eso a mí me produce mucha rabia, mucha desilusión, mucha frustración y ganas de luchar ¡Ganas de luchar!”. [11:204-208]

Queremos terminar este recorrido por la salud de las víctimas a través de sus experiencias señalando una vez más el esfuerzo de superación de muchas de ellas, su trabajo personal por la normalización y las ventajas que han sabido ver de una experiencia cruel.

## VIVIENDO EN SOCIEDAD

Las personas somos seres sociales, estamos hechas para vivir en sociedad. Por eso, nuestro bienestar personal depende también de las relaciones que se mantienen con el resto de la ciudadanía. Hasta ahora, hemos hecho un análisis de las repercusiones que la violencia colectiva ha ejercido en la salud de las víctimas primarias, las que han recibido la violencia de manera intensa en sus vidas. Pero eso es sólo una parte de este informe. También conviene valorar cómo la sociedad reacciona ante la víctima, ante sus problemas y ante su necesidad de comprensión y ayuda. Es importante ver cómo facilita la integración de un afectado

en los distintos ámbitos, cómo afecta al desarrollo de sus actividades, a la realización de sus proyectos personales y a su participación social. Es lógico. La salud de los afectados evoluciona mejor o peor en función de su relación con el conjunto de la sociedad. Cuando más estrecha y cercana, mejor sensación de bienestar consigue la víctima.

La violencia colectiva es, además, un fenómeno de naturaleza y dimensiones sociales. Arremete contra la sociedad en la que se integran las personas atacadas y daña los tejidos sociales que las rodean. De esa manera, queda minado el camino que las víctimas han de seguir para encontrar el soporte que necesitan, para sentirse protegidas y acogidas por la sociedad en cuyo nombre, precisamente, fueron agredidas.

### EMPATÍA EMOCIONAL Y SOLIDARIDAD AFECTIVA

La solidaridad permite sentir a los afectados la comprensión y sensibilidad que la sociedad dispone y les brinda de manera espontánea. Es una reacción afectiva que les traslada el mensaje de que no están solos ante la desgracia. Muchas víctimas coinciden al señalar que han percibido esa simpatía emocional en su círculo de allegados, entre quienes forman parte de su familia, su grupo de amistades y relaciones; una solidaridad que ha hecho que ese círculo íntimo también sienta su dolor y sufra con ellos, con las víctimas (Testimonio 33).

■ Testimonio 33 **EL CÍRCULO.** “...Yo al final siempre digo que esto nos ha tocado a nosotros, a mi madre, a mi hermano y a mí. Pero ha tocado a nuestros familiares, a nuestros amigos, a amigos de nuestros amigos; total que al final es un círculo muy amplio. Los más directamente afectados somos nosotros tres ¡Claro que sí! Pero es un círculo muy amplio al que le ha llegado todo esto”. [67: 136-139]

**ACTITUDES.** “Tengo cuatro o cinco amigos que estuvieron conmigo desde el primer día; lo siguen estando y todas las noticias relacionadas con este mundo les afectan. ¡Claro que sí!... Entonces, pues sí... ¡claro! fue un shock; un impacto muy fuerte. Pues sí, les afectó mucho ¡mucho! ¡mucho! y a los familiares ¡claro! Los familiares, los primos, los tíos ¡claro! también les cambió. (...) Y les hizo a muchos tener odio hacia todo ese mundo. Y amigos míos también. Y también les ha condicionado a la hora de ir a ciertos sitios o dejar de relacionarse con cierta gente con la que antes se relacionaban y... pues ahora ya no se relacionan”. [67: 283-284/288-289/290-294]

**CONMOCIÓN.** “...También ha habido mucha gente cercana que lo ha pasado mal y lo sigue pasando mal ¡Francamente mal!... A ver, en el barrio él estaba en su hábitat; la gente le quería (...) hubo conmoción; de hecho, el día del funeral, se cerró todo”. [45:352/323-325]



**EL MIEDO.** “Los únicos amigos eran los compañeros de trabajo. Sus compañeros reaccionaron con muchísimo miedo; algunos cercanos consiguieron la incapacidad laboral. Los asesinos consiguieron doblegarlos; impusieron el miedo asesinando a uno de ellos...” [72:109-113]

**HABLAR SIN DECIR.** “El día del atentado del 11-M ... pues, yo bajé porque había una concentración en el Ayuntamiento y había concejales de nuestro partido que venían y... a ti, en concreto, porque sabían cómo lo estabas pasando, y te hacían así, igual te daban un beso ¿no? Sin decirte nada. No hace falta que te digan nada... ¿lo entiendes?” [93:556-559]

**EL GRUPO.** “... Porque es muy profundo lo que me ha sucedido a mí... y la repercusión psicológica sobre el grupo ¿No? los compañeros ... Sí, sobre este grupito; los compañeros...” [94:77-80]

## APOYO SOCIAL

El apoyo social reconforta y ayuda a la víctima a superar su duelo. Le proporciona mayores recursos afectivos y materiales para que reaccione ante el sufrimiento de manera más positiva. El estudio también muestra la importancia de esta cuestión (Testimonio 34).

■ Testimonio 34 **ASUNCIÓN.** “Lo que he podido asumir, hasta el momento, ha sido gracias a mi familia, a mis hijos, a mis amigos ¡eh!... ¡al final, a cuatro! ¡al final, a cuatro!” [45: 413- 414]

**DEFINITIVO.** “Creo que el apoyo de la gente fue lo que más me ayudó”. [64: 428-428]

El único y principal apoyo con que han contado muchas víctimas para soportar su situación y recuperar el equilibrio ha sido el prestado por el círculo familiar más cercano y los amigos íntimos (Testimonio 35).

■ Testimonio 35 **ESTAR.** “Yo he tenido de la familia muchísimo apoyo moralmente ¿entiendes? «¡No te preocupes!» Y lo esto y lo otro de la mujer; y así lo hemos ido llevando”. [41: 123-124]

**PIÑA.** “... somos 4 hermanas que entre nosotras hicimos... hicimos una piña muy fuerte. Y es como uno para todos y todos para uno. O sea, si una decae, hay tres que están para levantarla; si otra decae, hay otras tres que están para levantarla... A veces decae una, a veces decae otra. Además, tengo un marido; tengo una madre; tengo... mi abuela ... tengo unas tías, hermanas

de mi padre. O sea, siempre tengo familia con la que puedes tratar estos temas”. [93:198-195]

**COHESIÓN.** “...Mis hijas han estado como una piña; y entre las tres, una por no disgustar, mirando a la otra y la otra mirando a la una, al final por no hacernos sufrir la una a la otra, hemos intentado sobrellevarlo de la mejor manera posible. Pero muy unidas...” [63: 86-88]

Tras la familia y los amigos más próximos, las víctimas aprecian el apoyo de los entornos un poco más amplios: el círculo de amistades y conocidos, a continuación el barrio y la empresa o el lugar de trabajo, también el municipio (Testimonio 36). Las personas anónimas, las que le paran a uno por la calle para hacerle llegar su solidaridad y cariño, también constituyen una fuente excelente de comprensión y respaldo emocional (Testimonio 37).

■ Testimonio 36 **AMIGOS.** “Mis amistades más profundas son las que me siguen arropando y me siguen llamando. Y quedo con ellas”. [62: 168-170]

**DE VERDAD.** “...Afortunadamente tuve grandes amigos que no me fallaron”. [67: 191-192]

**SUERTE.** “Nosotros tuvimos entre comillas la fortuna y la suerte de recibir bastante apoyo por parte del pueblo... lo que es el barrio, la vecindad, el pueblo reaccionó muy bien con nosotros, no hubo... Nosotros no hemos sentido ningún sentimiento de abandono y de rechazo”. [33: 52-53/241-243]

**IMPRESIONANTE.** “Muy bien. Muy bien. Muy, muy, muy bien. En... pues el barrio donde vivimos, fantástico. El portal muy bien. Muy bien. ¡Impresionante! Todo el pueblo y el barrio y el portal pues, ¡muy bien!” [67: 371-373]

■ Testimonio 37 **«ESTOY CONTIGO».** “...Gente que me viene y me dice «estoy contigo». Cualquier cosa se agradece, desde una sonrisa hasta acercarse un poquito. Mucha gente se acerca y otra mucha, que no. Todo lo contrario. Ese es el problema”. [63: 225-227]

**CARIÑO.** “Yo creo que la gente en general reaccionó bien. Yo creo que nosotros tuvimos bastante suerte en el momento en que nos ha tocado esto (...) La gente que se nos acerca sobre todo es con cariño. Si que hay gente que se acerca”. [65:164-166]

**SINCERIDAD.** “Hubo mucha gente que se acercó a mí y entiendo que ahora de alguna forma su comportamiento hacia mí y hacia a mi hija es más sincero... y apoyarte más, darte ánimos y creo que eso es bueno”. [32: 215-221]

El dolor, desgraciadamente, no siempre provoca en la sociedad reacciones de afecto y solidaridad. Junto a los signos de calor, muchas víctimas han percibido de manera dolorosa el rechazo de otras personas y grupos. Es una sensación que duele profundamente, “Miran para otro lado, como si no hubiera sucedido nada”, se quejan de la sociedad, que a menudo muestra una cierta y peligrosa indiferencia. Incluso describen escasa comprensión y aislamiento, rechazo y estigma, miedo y culpabilidad, que profundizan más la herida (Testimonio 38).

■ Testimonio 38 **LOS VECINOS.** “En el propio portal, dos o tres vecinos intentaron echarme de la casa. Alegaron que entraban los guardaespaldas y que no podía ser (...) que no era seguro tampoco que yo estuviera allí”. [61:145-146/149-150]

**EL PUEBLO.** “... Y me costaba mucho salir por el pueblo; por miedo. No sé, miedo a sentirme reconocido y así”. [67:197]

**SIN APOYO.** “Nunca ha habido ningún apoyo, en ningún aspecto, por parte de la empresa”. [13: 593-594]

**AMENAZAS.** “El asesinato de mi padre ocurrió un jueves y yo volví a clase el lunes siguiente. Pues ese mismo lunes hubo una asamblea; una asamblea de instituto por unas detenciones que se habían producido. Y en la asamblea, una persona se dirigió a mí directamente, para preguntarme a ver lo qué me parecía aquello. Claro que ésa es una forma muy clara de intimidación y de amenazar”. [33: 225-229]

**LA BURBUJA.** “... Porque hay una cadena de consecuencias que se unen unas a otras. Es que al final uno acaba viviendo en una burbuja, en la que la gente le hace el vacío”. [31:85-87]

**AGRESIONES.** “Entonces, mi hijo era un crío pues muy normal, mucho y ... Sí, que en aquella parte pues ... tuvo problemas, a la hora de que hubo gente que... que... pues que se metieron con él; le rompieron dos o tres veces la moto que tenía... Se la tiraban y se la arrastraban y tal”. [91:425-428]

**¿POR QUÉ?** “En el 88 ¡ encima! tu salías a la calle y la gente se paraba a preguntarte ¿por qué? «¿Y por qué le han hecho eso a tu padre?» ... Tu decías «¡ como que hubiera un por qué para que alguien haga algo!» «¿Qué

ha hecho?» «Pues ¿qué ha hecho?» ... era una pregunta de lo más común. O, yo recuerdo ... de salir con amigas, y a alguno de los padres de alguna amiga, pues, no apetecerle mucho que tuviera ese tipo de relación; o sea, que fuera amiga tuya o que estuviera contigo... pues porque ... ¡el miedo! En aquel entonces estaba muy instalado el miedo ¿no?» [93:142-148]

**MIRADAS.** “Además, a eso, súmale que la gente te mira, y no son suposiciones mías, porque yo lo oía ... decían «No, claro, es que como hay un ertzaina arriba...» Entonces, en ese momento te sientes hasta culpable ¿no?» [95:171-173]

**MIEDO.** “Pues sí que notas que a la gente le resulta molesto si entras en un sitio con dos policías y que a mucha gente le da miedo quedarse a solas contigo”. [81: 137-142]

**INSULTOS.** “Allá mismo, también, en un pueblo... ¡que son bastante impresentables! ¡impresentables es la palabra!... Gente, chavales, pues, le insultaban y le... se reían y le decían eso; le insultaban. Y, después de muerto... pues algunos todavía ¡más a la suya! No había pasado ni dos meses del asesinato de... y en el camino del cementerio no sé qué ponía... ponía insultos con pintadas ¡en la puerta del cementerio! y en el camino”. [75:566-571]

**EL VACÍO.** “Mis compañeras me hicieron el vacío por ser víctima”. [72:138]

**TESTIGO MUDO.** “Sólo hubo un vecino que su hijo vio... pero como no quiso declarar, no declaró. Y además me lo dijo a mí, que su hijo había visto pero que no iba a decir nada”. [83:57-59]

**NO TE VEN.** “A ver, a mí me ha costado mucho entender que si mi marido se hubiera muerto de un infarto, la gente por la calle me habría parado y habría sido más normal conmigo. Como no ha sido así, he visto o que no me veían o que si no había más remedio que pararse no sabían qué decirte, lo cual entiendo; porque en este país no es fácil a lo mejor pararte con una víctima en la mitad de la gran vía. No sabes quién te está viendo. Entonces yo creo que resulta difícil la relación con la víctima si no tienes mucha amistad o eres gente cercana”. [45: 545-553]

**VACÍO.** “Sí que han hecho un vacío; pero vacío en cuanto a no mostrar muestras de apoyo; a no solidarizarse contigo; a tratarte como algo totalmente indiferente; como si mi abuelo hubiera muerto en un accidente

de coche o ¡yo qué sé! De un accidente laboral o por enfermedad... o cualquier otro motivo. Y no al menos como un acto violento". [44: 278-282]

**DAR LA ESPALDA.** "...Tengo que reconocer que muchas personas me llamaron o intentaron llamarme solidarizándose conmigo y con mi familia. Todo ello, pese a que una gran mayoría de la gente son de otra sensibilidad. (...) Otros, en cambio, dejaron de hablarme y fue sorprendente porque en algunos casos eran personas a las que yo les había hecho algún tipo de favor..." [51: 239-244]

El análisis de la calidad y la eficacia del respaldo social sólo pueden realizarse desde el punto de vista de la víctima. Las valoraciones externas sobre el beneficio emocional que proporciona una actitud de solidaridad no son comparables con las de los afectados. Parece lógico: sólo ellos pueden dar la medida exacta de lo beneficioso y reconfortable que les ha resultado el apoyo recibido.

### APOYO INSTITUCIONAL

La respuesta de las instituciones es muy importante porque simboliza el posicionamiento explícito de la sociedad organizada ante el hecho violento que ha convertido a unos ciudadanos en víctimas. Es también un arma de doble filo: puede simbolizar el cariño formal de la sociedad o, al contrario, el desafecto colectivo. En los casos de violencia colectiva, la actitud institucional resulta clave porque el objetivo de quienes la perpetran es justamente expulsar simbólicamente a las víctimas del conjunto social al que dicen representar.

El reconocimiento de la Administración, su apoyo claro sin ambigüedades, constituye la mejor manera que las instituciones tienen de expresar públicamente que están del lado de las víctimas. Es decir, del lado de quienes sufren la violencia. Esta supone, sin duda, la mejor forma de identificarse con los afectados, de decir que los mandatarios públicos no representan ni al grupo ni a los activistas que llevaron a cabo el hecho violento y que, por tanto, las víctimas permanecen y permanecerán arropadas y protegidas por sus instituciones. En definitiva, que ni están solas ni se quedarán aisladas. Así se ha visto en otras sociedades que también han sufrido violencia colectiva.<sup>83</sup>

La percepción de las víctimas sobre el apoyo institucional recibido es diversa y ha evolucionado. Es más positiva en las víctimas más recientes (Testimonio 39); y menos en las de los años 70 y 80 (Testimonio 40) y quienes no han sido reconocidas oficialmente como tales (Testimonio 41).

■ Testimonio 39 **RESPUESTAS.** "Las instituciones en mi caso respondieron bien. Yo siempre he dicho... que las víctimas de ahora, de alguna forma hemos sido

privilegiadas entre comillas, porque... hemos sentido muchísima más solidaridad. Las instituciones están más cerca. Ahora se ve incluso que los ayuntamientos, que es la institución más cercana del ciudadano, pues tratan de organizar actos de reconocimiento de las víctimas del terrorismo y eso se nota". [32:257-268]

**TODO HECHO.** "¡Hombre! ... ¿Las instituciones? para mí ¡muy bien! Para mí ¡muy bien!... A mí me lo han dado todo hecho ¿Qué quieres que te diga en ese aspecto?... las instituciones ¡muy bien!" [91: 597-599].

**SOLUCIONES.** "... Ayuda mucho. Por eso, cuando me hablas de si las instituciones me han ayudado o no, pues la verdad es que en la práctica me solucionaron el papeleo en su momento y me han dado para comer todos los días". [71: 944-946]

■ Testimonio 40 **SIN REACCIÓN.** "No reaccionaron. En aquel tiempo, en la década de los 80, aparecían los políticos y se iban; aparecían, prometían cosas y se iban; y si te han visto no lo recuerdan." / "... ¡Nada de nada!. Ni tratamiento psicológico, ni trabajo ¡ni nada!. Hablar sí, cumplir ¡nada!" [33: 245-247 / 250-251]

■ Testimonio 41 **FALTA DE RECONOCIMIENTO.** "Pues mira, yo creo que lo más doloroso de todo ha sido taparlo ¡que lo hayan tapado! porque realmente no hace falta más que reconocimiento. Claro, ahora habría que hacer algo, porque habría que reponer lo que no se ha hecho. Pero creo que lo más doloroso ha sido el olvido institucional". [42: 286-289]

**NADIE.** "Entonces yo, sobre esto... ¿entiendes? Me encuentro muy dolorido porque no he tenido apoyo de nadie. Y yo he ido a muchos sitios, a muchos sitios a quejarme, a esto y a lo otro, y todos me han dado buenas palabras pero a la hora de la verdad las palabras se las lleva el viento y uno se va para casa". [41: 121-125]

Cada víctima vive esta delicadísima situación de una manera particular. La opinión mayoritaria, no obstante, resulta negativa en relación con la respuesta institucional. Sus palabras expresan a menudo sentimientos de indiferencia y rechazo (Testimonio 42).

■ Testimonio 42 **SOLO.** "No. Yo no he sentido ningún apoyo". [14: 535]

**BRUTALIDAD.** "... todos a decir que perdonaban a los asesinos para intentar salir del punto de mira. Esta ha sido la brutalidad de esta sociedad". [31: 301-310]

**SIN PROTECCIÓN.** “...Estoy quejoso con mi empresa. Estoy profundamente quejoso con el ayuntamiento de mi pueblo que tenía la obligación de protegerme y no me protegió jamás”. [51: 259-262]

**SIN IGLESIA.** “...La iglesia ha estado mirando al otro lado...” [32: 533]

**SIN GOBIERNO.** “Me dices las instituciones... Dime una cosa como importante que haya hecho por, no por mí, sino por las víctimas, por ejemplo. Te tengo que decir ¡nada! Yo no me siento nada representada; ni nada apoyada; ni nada respaldada. Así de claro ¡nada!” [62: 258-261]

**SIN INSTITUCIONES.** “No ha habido una reacción institucional”. [12: 767]

**BASTANTE QUE DESEAR.** “La verdad es que dejaron bastante que desear, supongo que todo el mundo dirá lo mismo”. [65: 128-129]

**AYUDA PUNTUAL.** “Aquello fue una ayuda económica en su momento... material y punto. Y a nivel de instituciones, la ayuda es cero. No sé. Esa ayuda material que le dan a todos pues hay una ley; que te dan una cantidad de dinero; te pagan el tratamiento psicológico si lo necesitas...” [67:325-327]

**INEXISTENTE.** “¿La reacción de las instituciones? Pues en muchas cosas inexistente. Nos ignoraron absolutamente. Cerraron el caso de mi hermano al mes y no nos lo comunicaron y además estábamos como en la lista negra”. [74: 317-319]

**OLVIDO.** “Pues de momento todo el mundo se vuelca y lloran contigo. Pero se marchan y a la vuelta de la esquina se ponen a hacer política y se olvidan los muertos y todo lo demás. No ven más que su sillón y su poder ¡no hay más! ¡No hay más!” [75:651-654]

**TE FALLAN.** “Las instituciones fallan estrepitosamente... todos los partidos, desde el primero al último. Y desde el primero incluyo a todos, todos. Desde el primero al último, no se salva nadie ¡nadie! Y en cuanto a las instituciones ¡nadie!” [94: 719-724]

Todos estos testimonios destilan no sólo la importancia que tiene el apoyo social en sus múltiples facetas, sino también la necesidad de que existan redes más o menos formales de apoyo a las víctimas. Las familias castigadas por la violencia colectiva en el País Vasco piden nuevas “formas colectivas de enfrentar las consecuencias de los hechos traumáticos, de reconstruir los tejidos sociales y muchas veces de luchar contra las causas del sufrimiento”.

## LA VÍCTIMA, SUS ACCIONES Y SU RECUPERACIÓN

No todas las personas tienen los mismos recursos psicológicos, ni educativos, ni económicos para enfrentarse a un golpe tan duro como los que propicia la violencia colectiva. No todas cuentan con las mismas redes sociales, los mismos apoyos familiares ni los mismos medios emocionales. Sería enormemente injusto insinuar que todas las víctimas debieran comportarse como aquellas que han logrado recuperarse del sufrimiento con mayor eficacia.

El análisis de las entrevistas realizadas permite observar determinados aspectos que han favorecido la superación del dolor y otros que, por el contrario, han obstaculizado el proceso. Entre los primeros destaca la integración social de la víctima; en el segundo grupo, la situación opuesta, el aislamiento.

En la búsqueda de un sentido a la pérdida de un ser querido, de algo que sirva para mitigar el sufrimiento, valores como la ideología, las convicciones morales e incluso la religión ayudan a superar el golpe. La posibilidad de disponer de ayuda profesional también es determinante en el proceso de recuperación de bienestar.

### LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE LA VÍCTIMA, EL AISLAMIENTO

Algunas víctimas son miembros activos de grupos sociales como partidos políticos y comunidades religiosas; o trabajan en grandes empresas con un fuerte sentimiento de unidad entre los trabajadores. Otras presentan un menor nivel de afiliación social. Y algunas reconocen que tienen muy pocas relaciones sociales. Entre estas últimas figuran amas de casa y ciudadanos que eran niños o adolescentes en el momento en que se produjo el hecho violento. Su universo social se reduce al círculo familiar íntimo.

El impacto de una acción violenta es diferente en cada uno de estos dos grupos. Las personas más integradas en redes sociales cuentan con un nivel de apoyo social más intenso, quizá también más espontáneo, que las víctimas menos activas socialmente. El apoyo también parece haber sido más variado y extenso entre este grupo de afectados, incluso a nivel institucional. Tal vez en determinados casos ha sido así porque las instituciones formaban parte de la vida cotidiana de la víctima. El testimonio siguiente es un ejemplo de esa situación de integración social, favorecedora (Testimonio 43).

■ Testimonio 43 **INTEGRACIÓN.** “He participado en actividades sociales y culturales. Sí, sí, sí ... desde mi más tierna infancia”. [83:346-350]

**RESPALDO SOCIAL.** “¡Total apoyo! La iglesia, como Institución ¡eh!, no como personas. Yo estaba en el consejo del (..), el (x) me apoyó; el párroco hizo un comunicado en la iglesia; me hicieron un homenaje aquí en el



centro cívico; vino el presidente del (x), es que mi hija trabajaba con el (x), con el de asuntos (x). Entonces, vino a casa y se quedó “patidifuso”, porque le dije que se sentara; que si quería un café; que si tal; que si cual ... Y dijo «... pero ¿En esta casa ha pasado un atentado?» [83:277-283]

En el otro extremo figuran los ciudadanos con menos variedad e intensidad de relaciones sociales. La violencia ha supuesto para ellos la ruptura de uno de los pocos enlaces que tenían con el mundo exterior (Testimonio 44).

■ Testimonio 44 **SOLEDAD.** “... uno de ellos me dice «Ha sido un atentado ... y ha muerto». En ese momento sufrí un ataque de nervios... Me quedé sola. Llevaba 4 años aquí y no tenía amigos ni nada”. [72:52/ 56-57]

**PRIMEROS DÍAS.** “La vecina de enfrente pasaba alguna vez al principio, pero después ni siquiera fue al funeral”. [72:69-70]

**DESENCANTAMIENTO.** “Con respecto a los políticos estoy desencantada y de actividades religiosas no quiero saber nada. Cuando murió mi marido lo llevamos a enterrar al pueblo y tuvimos que hacer la ceremonia en una plaza. Llovía. El sacerdote no nos dejó ni la parroquia”. [72: 405-408]

**EN CASA.** “Después, me tiré tantos años que no salía”. [72:302]

**LARGA TERAPIA.** “... Llevo mucho tiempo con psicólogos; 11 años”. [72: 264]

Quizás por esto sea importante considerar que quienes tienen menos recursos sociales, quienes se quedan más aislados tras un trauma violento de estas características, podrían tener mayor riesgo de sufrir problemas secundarios al golpe emocional que supuso la vivencia de un crimen. Por ello, podrían beneficiarse de una vigilancia o una atención especial.

Muchas víctimas reaccionan ante el trauma con un mayor aislamiento, encerrándose en su intimidad, en la protección de sus familiares más próximos. La soledad, a largo plazo, no suele favorecer al afectado. Muchas de las que hablan de esa incomunicación se refieren también, aunque no lo citen expresamente a la persistencia de su malestar, sufrimiento y desesperanza. Así los dos testimonios que siguen a continuación señalan ese recorrido perjudicial del aislamiento; en ocasiones buscado como la única alternativa en un primer momento (Testimonio 45); en otros, recíproco entre la víctima y su entorno (Testimonio 46). Pero el resultado es similar, negativo.

■ Testimonio 45 **EN SECRETO.** “Y a veces tienes esa lucha: si he sido cobarde o he sido valiente, o he sido... No lo sé. Lo has hecho y hecho está ¿no? Pero como te digo, mi meta era ... que mi hija y mi familia no se enterasen de nada”. [92:374-375]

**HUIDA.** “Incluso empiezas a estar más distante de amigos; incluso de la familia. Como te digo... empiezas a huir. No sabes de qué, pero huyes... Huyes de cosas”. [92:401-402]

**DESESPERANZA.** “...A veces la ansiedad y la depresión yo no se si están muy cerca... o a veces, se mezcla o se confunde la una con la otra. También empiezo a entrar... a entrar en un estado de... de... ¿cómo te digo?... de... de pérdida, de... de que parece que no tiene sentido tu vida...” [92:584-587]

**MALESTAR.** “Realmente tu te sientes ¿cómo te digo?... como el globo que está ahí, en el aire, y que no tienes donde agarrarte ¿no? Te sientes tan mal que yo suelo decir... que yo no se lo deseo ni a mi mayor enemigo”. [92:590-591]

**SUPRIMIENTO.** “... es que no han sido meses. Es que han sido, sorpréndete ¡11 años!” [92:286]

■ Testimonio 46 **NO PRACTICO.** “Pertenezco en la teoría a la asociación X. No practico; como la iglesia, igual, igual...” [75:886]

**MUSTIOS Y MUERMOS.** “...Pero la gente no quiere mustios y muermos al lado ¡No quiere! Como no tenemos alegría, al final eres uno más y, bueno, andas por ahí como uno más; pero nadie sabe de tu tragedia; ni de tu estado... y los que lo saben, pues, sí ... han dejado de subir. En el momento se vuelca todo el mundo... pero, es humano, la gente luego se va a su casa y se olvida”. [75:896-901]

**CONTINÚA.** “Sí, la vida continúa porque, si no te tiras al tren o no te suicidas, la vida continua...” [75:789-790]

**NO PARA MÍ.** “¡No hay solución! Para mí, no hay solución”. [75:882]

Aislamiento y evitación suelen ser reacciones frecuentes entre los afectados y también las que más obstaculizan el proceso de recuperación. Las víctimas se niegan a expresar sus emociones y experiencias negativas por proteger a terceras personas; por temor a que no se les entienda y también por miedo a encontrarse con alguien que no comparta su dolor. En otras ocasiones, muy a menudo, lo hacen por evitar el dolor que supone recordar una vez más lo sucedido.

La prestación de apoyo a otras víctimas es una de las estrategias más efectivas para fortalecerse y sobrellevar la situación. Es una destreza que implica un beneficio mutuo: ayuda tanto al que da como al que recibe; y puede darse entre familiares, amigos cercanos y desconocidos que han pasado por situaciones similares (Testimonio 47).

■ Testimonio 47 **CORTAFUEGOS.** “Y el resto de mi familia, pues, prácticamente yo creo que debieron de sentir algo parecido porque nos organizamos de una manera muy interesante, haciendo cortafuegos para proteger a los miembros más débiles de la familia...” [74: 109-112]

**CARIÑO.** “Les he querido transmitir mi cariño y mi cercanía, pues los que vivimos esta situación somos los únicos que sabemos el sufrimiento tan terrible y esto va a ser para siempre”. [47: 194-197]

**RECONFORTAR.** “Yo estoy en una ONG desde hace casi 10 años, llevo lo de (...) y eso y no quiero renunciar a ello porque me gusta; me siento bien haciéndolo”. [63:137-138]

El apoyo mutuo supone una experiencia única para participar de la solidaridad, para verse acompañadas y acompañar, para sentirse escuchadas y escuchar; un momento, en definitiva, para compartir una misma vivencia.

### CONVICCIONES IDEOLÓGICAS Y ESPIRITUALES, FALTA DE SENTIDO DE LA PÉRDIDA

Las convicciones ideológicas de las personas, si son fuertes, capaces de dar una explicación al fenómeno de la violencia y, sobre todo, si son compartidas por un grupo social de base, resultan ser uno de los factores más poderosos para preservar la integridad psicológica frente al trauma. Así se ha visto también entre las víctimas entrevistadas para este proyecto.

Algunas de ellas llevan una larga trayectoria de defensa de sus ideas y han pasado por otras vicisitudes traumáticas, como la dictadura franquista. Han debatido, argumentado y tomado posición activa sobre la violencia colectiva de la que han sido víctimas. Podría decirse que son combatientes ideológicos por sus convicciones, por su libertad. La amplia red de relaciones y la fortaleza interior con que cuentan revestida por sus convicciones les dejan mejor preparadas para afrontar la carga psicológica de la violencia (Testimonio 48).

■ Testimonio 48 **ACTIVISMO.** “...Milité en (x) porque simplemente era una razón de luchar contra Franco. (...) Nosotros dijimos muchas cosas claras en los años 80, cuando había muchos muertos”. [76: 71-73/86-87]

**DEMOCRACIA.** “...Pero hemos seguido. Hemos seguido con la misma tesitura; porque si en una cosa estamos convencidos es que... bueno ¡la libertad de expresión!;la democracia!;la libertad!...” [76:128-130]

**¡PASÓ!** “... Todo esto, no es que venga de repente. Antes, había habido pancartas; había habido dianas en el portal; había habido corbatas negras en el buzón; había habido pancartas en nuestro balcón; nos habían echado un cóctel molotov. Un proceso muy largo ¡muy largo!;muy largo! Que siempre mi mujer estaba diciendo... que nunca crees que te vaya a tocar ¡Nunca! (...) Y entonces ella siempre me suele contar, me suele decir «yo sabía que te podía pasar algo». Pues ¡pasó!... de esa manera.” [76: 219-224/226-227]

**SEGUIR EN LA LUCHA.** “Lo que sí está claro es que se han equivocado. Y la convicción que saco yo, es que reafirma mis convicciones de que hay que seguir luchando por la libertad y por el final de este proceso; cada uno en su rincón. (...) Me dio más fuerzas.” [76:324-328/428]

**SUPERACIÓN.** “... yo no sé. Yo creo que lo he superado.” [76:355]

**EN POSITIVO.** “La reacción ha sido en general en un 90% totalmente positiva. Había gente que te venía; que te saludaba; que te abrazaba; que se solidarizaba. Eso, en los primeros días, era un poco complicado porque te tienes que parar cada 2 metros.” [76:486-489]

No todas las víctimas pueden representar este perfil, ni se podría aspirar a ello. Quizá sea importante reforzar este mensaje. La mayoría de los damnificados no son combatientes ideológicos. Son personas que vieron como la violencia irrumpía en sus vidas de una manera abrupta y profundamente traumática; ciudadanos que en su mayoría no desean elaborar un discurso de confrontación desde las trincheras políticas e ideológicas sobre las que ha girado la violencia en el País Vasco.

Uno de los aspectos más influyentes en la resolución del duelo es la atribución de un significado a las cosas que le suceden a uno. Los seres humanos necesitamos que los acontecimientos importantes de nuestra vida tengan un sentido porque de lo contrario nos enfrentamos a situaciones realmente devastadoras. La búsqueda de un significado no es la búsqueda de una justificación. Al contrario, se trata de dar una respuesta razonada a lo ocurrido, de incorporar la pérdida sufrida en nuestro modo de entender las cosas. Desde el punto de vista de la elaboración del duelo no importa tanto si el afectado está en lo cierto o no como que su razonamiento le ayude a enfrentarse con lo sucedido.

La mayoría de las víctimas de la violencia colectiva busca una respuesta. A algunas, las convicciones ideológicas les han ayudado a encontrarlas. Otras han encontrado razones personales (Testimonio 49).

- Testimonio 49 **SANADOR.** “Cada individuo tiene su vida personal y la mía es esta. Y durante tiempo es como que la he querido dejar a un lado, como que no existe ¡no!! Hasta que no la enfrentas, no la pones encima de la mesa y la sanas, no vas a estar bien”. [43:170-172]

**LA FELICIDAD.** “Yo me veo realizada con mi trabajo y... No sé. Y creo que hay que ser feliz con nosotros mismos e intentar ser mejor persona e intentar hacer las cosas lo mejor posible y sin hacer daño a nadie, sin herir a los demás. Eso de ponerse en el lugar de los demás, ya sea en el trabajo, en la familia, en las amistades, en la propia sociedad... no sé”. [43:360-363]

En muchos casos, las víctimas se muestran incapaces de encontrar sentido alguno a los sucesos traumáticos que han vivido, algo que resulta muy perturbador y dificulta la superación del estrés psicológico (Testimonio 50).

- Testimonio 50 **COMO LA NATURALEZA.** “A ver, no lo tengo superado en absoluto y han pasado cuatro años y medio y no lo tengo superado en absoluto. (...) Primero, asumir el no saber por qué le han matado... Eso, creo que no lo asumes de por vida ¡No lo asumes de por vida!” [45: 394-401]

**SINSENTIDO.** “Pues ¡no tiene sentido! qué ha sido una injusticia; qué no veo el por qué... ¿eh? Entonces no le veo ningún tipo de justificación”. [45:115-118 Sin sonrisa. “... ahora me cuesta mucho sonreír...” [45: 203]

**DA IGUAL.** “Mi vida me da igual. Me da igual. No tiene ningún aliciente”. [45:474]

La muerte violenta de un ser amado es tan incomprensible, tan difícil de explicar que permanece entre los sucesos más difíciles de superar. Los matices que expresan las víctimas al describir el dolor causado por la pérdida de un ser querido son tantos y tan variados que se ha creído conveniente recogerlos. Hablan de una pena y un sufrimiento de tal intensidad y de características tan peculiares que supone una barrera más, difícilmente superable, en el proceso de recuperación. Son testimonios que hablan sobre el dolor por el asesinato de un padre (Testimonio 51), del de un hijo (Testimonio 52) y del de un esposo (Testimonio 53). Son el llanto inconsolable por la desaparición forzosa de una persona amada.

■ Testimonio 51 **DEJARSE MORIR.** “Lo de mis suegros fue tristísimo; se fueron degradando. O sea, no les interesaba nada; no les importaba nada; no hicieron nada. O sea, se quedaron ahí... Y mi suegra que se ha muerto porque se ha dejado morir; se ha consumido. No sé como decirte...” [71:291-293/306-307]

**ENFERMEDAD.** “La madre de... desde aquel día cayó enferma. A ver, no está encamada, no está en la cama todos los días, pero le han salido una serie de problemas físicos que antes no tenía”. [95: 92-94]

**PLANANA.** “La vida continúa... pero ¿Cómo continúa? Pues amanece; anochece; comes; sales a la calle; te lavas la cara... marginalmente... Es algo que está... ¡sin alegría! A mí no me produce... ¡Estoy plana ... ni alegría, ni satisfacción ¡Ni nada! Ya me pueden decir lo que me digan, yo estoy... como esa piedra...” [75:790-793]

■ Testimonio 52 **TU PADRE.** “... Pero es muy difícil el evitar sentirte como una persona señalada en muchos momentos «habían matado a tu padre»... Porque ¡No entendías! No entendías por qué le habían matado. Te sumes en una frustración, en una situación que no es sana desde el punto de vista psicológico”. [33:61-62]

**MI HIJO.** “... Que mi hijo, por ejemplo, el mayor que... pues... lo pasó muy mal... Problemas, vamos a ver ¿cómo te diría yo? ... más problemas de... psicológicos ... y de estar mal”. [91:112-114]

**ODIO ADOLESCENTE.** “Yo, con esos años, era incapaz de creer que podría odiar. Yo pensaba que todo el mundo era bueno y mi vida era muy normalita y tenía unos padres que me querían y mi entorno, abuelos, padres, tías, todo afectuoso. Y, de repente ¡me quitan el pilar más básico...! [93:108-110]

**FALTA DE PADRE.** “Pero ¡la ausencia de un padre!... Yo creo que de no haberlo tenido nunca, no le hubiera afectado tanto, como de haberlo tenido y que se hubiera muerto...” [71:260-262]

■ Testimonio 53 **NUNCA LO ESTARÁ.** “...Mi padre era su marido, su compañero, su confidente y todo. Y eso se lo han quitado... Entonces ¡sí! Le ha afectado muchísimo más. Mi madre no está bien y posiblemente no lo llegue a estar nunca”. [67:238-239 /241-242]

**MÁS DURO.** “...Para mi madre... para mi madre fue más duro”. (65:86)

**MÁS ALLÁ DE LA PÉRDIDA.** “He perdido la ilusión de vivir... y no es porque se me haya ido mi marido; es cómo se ha ido”. [63:104/107]

**VIDA ROBADA.** “...Porque me han robado una vida que tenía que haber sido de otra manera y me encuentro ahora haciendo otra vida y viendo a otra persona... Yo estaba enamorada de mi marido; yo vivía con mi marido... y esto ha sido... estoy como... no sé... como si fuera un sendero lleno de maleza y vas abriendo y vas buscando... estás como a ciegas y estás buscando dónde sujetarte...” [62:288-293]

**ERA MI MARIDO.** “...Aprecias lo que has tenido; un marido como era él... y cuando ya te falta es cuando te das cuenta de lo que has perdido. Y que no lo has perdido porque le llegó la hora ¡No! (...) Ellos (los hijos) al ser jóvenes hacen su vida. Mi soledad es diferente”. [47:92-94 /108]

**ADIÓS VALORES.** “Tú has hecho con él tu planteamiento de vida, el que tú tenías marcado con él, y que ¡claro!... de repente, se te han ido, todos los valores que tu tenías allí. Y todo aquello son recuerdos, con él. Porque, además, éramos pues... muy, muy los dos de... de las cosas, de ir juntos a todos los sitios, de compras, de médicos, o sea de todo...” [91:178-182]

**MEDIA VIDA.** “...A mí, me falta media vida...” [45:200-201]

Todos estos testimonios reflejan cómo las personas que han sufrido el crimen de un familiar próximo corren el riesgo de presentar problemas psicológicos de manera crónica e intensa. Los síntomas aparecen a pesar del largo tiempo transcurrido para algunas víctimas y del tratamiento que, en la mayoría de los casos, recibieron.

## EL RECONOCIMIENTO DE LAS VÍCTIMAS, SU TRATAMIENTO

Aunque la actitud social e institucional ha cambiado en los últimos años, y se ha llegado a un reconocimiento oficial muy superior de las víctimas de la violencia colectiva, sobre todo a partir de la aplicación de la Ley de Víctimas del Terrorismo.<sup>84,85</sup> Muchas víctimas han vivido épocas de rechazo y otras víctimas no han sido reconocidas oficialmente simplemente porque sus casos no estaban recogidos en la ley.

En este estudio también participaron algunas de las personas que han vivido en la más absoluta soledad el asesinato de un familiar o atentados en su persona. Estas experiencias particularmente dolorosas permiten valorar el posible impacto de ese fenómeno tan importante como es el reconocimiento social. A su dolor, han sumado el que causa el

rechazo social, la falta de ayudas emocionales, materiales y terapéuticas y la desesperanza ante el futuro (Testimonio 54).

■ Testimonio 54 **BUENAS PALABRAS.** “...Y... yo, sobre esto ¿Entiendes? me encuentro muy dolorido, porque no he tenido apoyo de nadie. Y yo he ido a muchos sitios, a muchos sitios a quejarme, a esto y a lo otro, y todos me han dado buenas palabras. Pero, a la hora de la verdad, las palabras se las lleva el viento y uno se va para casa”. [41:104-107]

**TAPADO.** “Yo creo que lo más doloroso de todo ha sido taparlo ¡Qué lo hayan tapado! Porque realmente no hace falta más que reconocimiento. Claro, ahora habría que hacer algo, porque habría que reponer lo que no se ha hecho. Pero creo que lo más doloroso ha sido el olvido institucional”. [43:278-281]

**SÓLO QUIERO QUE SE VEA.** “...Y mi padre hasta que eso no lo vea... se va a ir. Y esa es la tristeza que tenemos en casa, porque mi padre, de por sí, no lo digiere. Él necesita un reconocimiento. Mi padre lo necesita. Porque si no, se va a ir. Y se va a ir con la pena, rabia... En el fondo con mucha pena de que no le han prestado atención”. [43: 323-327]

**RECONOCIMIENTO.** “...Lo primero un reconocimiento publico o exigir por lo menos a las instituciones públicas un reconocimiento público”. [42: 519-520]

Los testimonios de quienes no fueron reconocidas como tales reflejan las dificultades por las que han pasado y las secuelas con las que, en muchos casos, conviven todavía (Testimonio 55).

■ Testimonio 55 **EN EL TRABAJO.** “... Porque yo no podía trabajar ¿eh? Qué llegaba el mes y de estar trabajando a estar de baja, una cantidad de dinero que no recibías... ¿Entiendes? ¡Y gastos y gastos! Y yo intentaba ir a trabajar y ¡Qué no puedo! ¡No puedo! ¿Eh? Demasiada suerte he tenido ¿eh? Demasiada suerte he tenido, que cuando he ido, y eso, con esos mareos y esas cosas; que en la fábrica en la que estaba yo tenía que llevar muchas máquinas y muchas cosas ¿eh?; que no me ha llegado un día que me ha llevado la cabeza, una pierna, un brazo y haber salido descoronado de allí. Pero que no lo ha visto nadie eso. Porque yo me he quejado en la fábrica y aquí y eso. ...Y, sí, nos encogemos todos de hombros, pero como a ti no te pasa... Mientras que a mí no me pase, nos lavamos las manos”. [41:347-354]



**MEDICADO.** “...Con pastillas, muchísimas pastillas, para los mareos, para los zumbidos, que tengo unos zumbidos tremendos. Ahora mismo el médico, bueno ya hace tiempo, me ha mandado poner una prótesis en los oídos para poder llevar tú y yo una conversación y todo eso. Pero ¡Hombre! siquiera, siquiera, yo no pido nada más, si yo no quiero dinero, lo que quiero es una atención ¡Quiero una atención!...” [41:153-158]

**DEJAR LOS ESTUDIOS.** “Yo había terminado maestría y a mí me aconsejaban que siguiera estudiando. Pero yo no podía seguir; no podía seguir estudiando porque era el mayor de 5 hermanos, la madre viuda y así. Yo valía para los estudios, pero yo no podía. «Vete a la universidad laboral, como sea» y yo «No, no, que vienen cuatro por detrás y hay que comer y hay que estudiar»”. [42: 231-235]

**NADA.** “En aquel tiempo, década de los 80 (...) ¡Nada! ¡Nada de nada! Ni tratamiento psicológico, ni trabajo ¡ni nada!” [33: 247]

**NO SE ENTIENDE.** “Hay un tiempo que es... qué es que tu tampoco entiendes por qué te suceden las cosas. Y como no tienes a alguien al lado que te está explicando «mira, esto te está sucediendo por esto, por esto y por esto», «Esto es una crisis de ansiedad» «esto es un odio que estás generando», «vamos a enseñarte a aplacar el odio», «vamos a enseñarte a sacarlo fuera». ... No tenías nada de eso”. [93:284-286]

Las palabras de estas últimas víctimas reflejan el efecto positivo que tienen los recursos de apoyo, tanto asistenciales, como financieros y de reinserción laboral.

## MENSAJE FINAL DE LAS VÍCTIMAS

Las víctimas que han colaborado con este estudio nos han ayudado a comprender sus emociones, su dolor, el alcance del trauma sufrido y las secuelas que aún persisten. Su testimonio nos ha permitido conocer cómo han aprendido a sobrellevar semejante carga, algunas incluso a superarla (Testimonio 56).

- Testimonio 56 **SENTIMIENTOS.** “Bueno, a mí, esta entrevista me está moviendo muchas cosas ¡eh! muchas cosas, muchas cosas ¡eh! ... Y me estás haciendo unas preguntas que ¡Hostia! rebobinar muchas situaciones y (...) cosas que no he trabajado. Hay cosas que pensaba que las tenía más trabajadas, más elaboradas pero, no”. [22: 828-831]

Entre todas las cuestiones analizadas con los afectados, entre todas sus penas y reivindicaciones, merece la pena destacar una idea: las víctimas piden a la sociedad una mejor atención sanitaria y apoyo institucional. Necesitan sentirse protegidas y arropadas por la Administración que les gobierna. A todos los niveles: local, territorial, autonómico y nacional (Testimonio 57).

- Testimonio 57 **APOYO PSICOLÓGICO.** “Creo que funciona bastante bien el tema económico, las ayudas económicas y tal y cual. Pero falta, desde luego, el apoyo psicológico (...) vamos que tendría que haber un equipo permanente, gratuito y, bueno... qué sea permanente. Porque uno ¿Cómo se acostumbra a perder a su pareja o a su hijo o a su hermano?... A eso no te acostumbras nunca”. [22: 611-616]

**PRESTACIONES.** “Las víctimas lo que necesitan en primerísima instancia es apoyo psicológico y luego soluciones materiales”. [51:482-483]

**NECESIDADES.** “La ayuda psicológica es muy importante”. [51: 496]

Como se ve, coinciden en una demanda común: quieren que la sociedad les reconozca su condición de víctimas. Una cuestión clave, determinante para que los afectados puedan afrontar y superar con garantías el trauma sufrido es que se les reconozca su inocencia; que la sociedad se posicione con claridad y de manera determinante sobre la falta de justificación que tienen los hechos que tuvieron que vivir y la carga que desde entonces soportan. Demandan apoyo social, lo necesitan; y reconocimiento oficial, para que nadie olvide lo sucedido, ni los afectados ni los ciudadanos de Euskadi (Testimonio 58).

- Testimonio 58 **MIRANDO ATRÁS.** “Pues lo primero, un reconocimiento público o exigir por lo menos a las instituciones públicas un reconocimiento público y no solamente para unas víctimas, sino para todas las víctimas”. [42: 520-522]

**EN LA MEMORIA.** “Darles nombres y apellidos, porque son personas totalmente ignoradas; escucharles; aprender de lo que sintieron; lo que les supuso la pérdida de ese ser querido cercano o la pérdida de su modus vivendi ... y escucharles”. [35: 392-400]

**DARSE CUENTA.** “Mira, la sociedad, yo creo que... que sí, se tiene que dar cuenta un poco del sufrimiento y de la realidad. Pues qué... qué no la sabe... Porque realmente la sociedad en sí, cuando vemos las cosas desde lejos, en la televisión o desde una ventana cuando está pasando, no

tenemos el concepto real de lo que hay detrás; del sufrimiento, del dolor; del esfuerzo...“ [91: 874-879]

Una de las principales reivindicaciones del colectivo es, justamente, la memoria (Testimonio 59). Afortunadamente, muchos no han perdido la esperanza en un futuro mejor. Algún día, con el apoyo de la sociedad, el recuerdo sano, libre de todo dolor y sufrimiento, se convertirá para todos ellos en la mejor de las terapias.

■ Testimonio 59 **MIRANDO ATRÁS.** “Mirando hacia atrás, lo único que hay es dolor y sufrimiento; ningún logro; ninguna conquista; ningún triunfo. El triunfo en todos esos años se escribe con letras rojas de sangre. No hay más”. [33:106-108]

**DONDE HEMOS LLEGADO.** “«Como no va conmigo miro para otro lado» Y hemos llegado donde estamos. Me parece muy triste que hayamos llegado a donde hemos llegado. Me parece terrible”. [62:453-456]

**OPORTUNIDAD.** “Todos los grandes problemas, todas las grandes situaciones de crisis, son oportunidades para crecer o para no crecer. Si salimos más unidos de esto seremos una sociedad más consolidada, más sólida, con más valores”. [75: 604-606]

**QUE NO SE REPITA.** “No hay que olvidar. Esto nos pasó. Para no repetirlo. Yo creo que esto es fundamental en una sociedad”. [84: 423/426]

**POR LAS VÍCTIMAS.** “Intentar que las víctimas sigan estando. O sea, que no se las olvide nunca... ¡Que no se las olvide nunca! porque necesitan ayuda...” [91: 800-803]



CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los relatos en primera persona de las treinta y seis víctimas de la violencia colectiva que han participado en este trabajo no son voces sueltas. Hablan de crímenes, de extorsión, de una pena profunda, aislamiento, incompreensión... Son además testimonios personales, en ocasiones íntimos, con un valor social y cultural muy importante, porque dan fe de una parte del sufrimiento de toda una comunidad, la del País Vasco.

La irrupción de la violencia en sus vidas ha provocado en los afectados un choque emocional intenso que ha dejado en ellos profundas huellas de dolor. La mayoría sufre desde entonces secuelas que afectan a la rutina diaria y lesiones tan invalidantes que llegan a incapacitarles prácticamente en todas las dimensiones de su salud. Los daños son especialmente significativos en los ámbitos emocional y social, donde se dan importantes limitaciones en la capacidad para relacionarse y desarrollar proyectos acordes a la potencialidad de cada uno. Las repercusiones de la violencia se extienden también a las esferas laboral, profesional y vital. Con mucha frecuencia, el afectado ve reproducida su propia experiencia traumática en el padecimiento ajeno, lo que reaviva su propio dolor. Las heridas que nunca llegaron a cicatrizar vuelen a abrirse. Son víctimas por partida doble.

Las secuelas se prolongan en el tiempo. Muchos de los afectados las vienen sufriendo desde hace más de cinco, diez, quince e incluso más de veinte años. En este recorrido, la mayoría tuvieron la ocasión de recibir algún tipo de tratamiento, psicológico o psiquiátrico, casi siempre beneficioso. Aún así, no siempre sirvió para superar todos los problemas.

Una fracción significativa de las víctimas no recibió terapia alguna en el momento en que la necesitó. Entonces no existía, no estaba a disposición de todos los afectados o, simplemente fueron incapaces de reconocer que la necesitaban. Ahora, la mayoría reconoce las ventajas de este recurso, imprescindible, y lo reclama para el conjunto de damnificados por la violencia colectiva.

Muchas de las lesiones que sufrieron han supuesto muertes, mutilaciones, pérdidas irreparables y lesiones difícilmente curables o incurables. Tanto que muchas ni siquiera han sido capaces de elaborar adecuadamente el duelo que les hubiera permitido superar el trauma.

La violencia, en las muy distintas formas en que se manifiesta en el País Vasco, ha sido hasta hoy una fuente inagotable de dolor extremo, ansiedad y desesperanzas profundas. De perturbaciones intensas de la identidad de las víctimas, procesos depresivos graves y gran discapacidad. La lista de supervivientes es larga. Personas que han sufrido un atentado, ciudadanos que han asistido al crimen de un familiar, heridos accidentales en disturbios callejeros, víctimas de la extorsión permanente... Todos ellos y muchos otros han descrito para este estudio el calvario vivido desde el momento en que se produjo el acontecimiento que rompió sus vidas hasta hoy. En medio están las secuelas, más o menos invalidantes, que pueden haber quedado.

Todo dolor conlleva sufrimiento, pero el expresado por los familiares directos de una persona asesinada resulta especialmente demoledor. Sus testimonios ponen de manifiesto las enormes dificultades que afrontan para recuperarse y rehacer la vida con la ausencia siempre presente del ser querido. La desgracia, la angustia, el pesar parecen irreparables.

En algunos casos, el paso del tiempo ha servido para solucionar determinados problemas de salud, pero en otros sólo ha contribuido a prolongar o cronificar determinadas dolencias. Algunas víctimas reviven el hecho traumático con un grado de intensidad tal que revela la existencia de un problema no resuelto. Muchas reconocen, de hecho, que no han podido superar el impacto producido por el estallido de violencia, que sufren la pérdida con la misma intensidad y ahogo del primer día.

Por fortuna, no siempre es así. Hay afectados que han logrado superar el trauma en parte y desarrollar experiencias positivas a partir de sus vivencias. La transformación del dolor en esperanza les ha servido para ganar fortaleza, seguridad personal y abrir las puertas a nuevos y mejores ámbitos de relaciones. La participación en actividades sociales de apoyo mutuo y ayuda a otras personas o víctimas de la violencia les ha dado satisfacción, ilusión y fuerza para seguir viviendo.

Mayores dificultades para sobrellevar la carga de la violencia colectiva han encontrado los afectados que nunca fueron reconocidos como tales, que se vieron en la necesidad de recluir su dolor. Siguen aislados y no han sentido ni sienten el aliento de la sociedad. Esta es una reacción muy frecuente. Muchas víctimas se aíslan, prefieren vivir su amargura en soledad o dentro de su círculo más íntimo, en el único espacio donde creen sentirse protegidas. Es probable que la proporción de afectados no integrados activamente en colectivos de ayuda mutua sea importante, aunque no ha podido ser valorada por este estudio.

El papel de la sociedad en la mitigación del dolor de las víctimas es fundamental. La solidaridad emocional y el apoyo social se presenta como un factor mediador de vital trascendencia. Posiblemente sea la espina dorsal del proceso de recuperación del afectado. La realidad, en cambio, apunta a un escenario completamente distinto, con escasa solidaridad ante el dolor ajeno. En general, las víctimas han contado casi exclusivamente con el respaldo prestado por el círculo íntimo de familiares y amigos. La falta de compromiso con las víctimas que sienten de la sociedad en general y de las instituciones en particular es muy común y se expresa con frustración y sentido de abandono.

Hay víctimas que han podido paliar el abandono al que les ha sometido la sociedad vasca gracias a unas profundas convicciones ideológicas, que les han permitido dar una explicación a su tragedia. Parecen haber reaccionado con una entereza inusitada a su desgracia, hasta el punto de que relatan cómo superaron el trauma sin apenas sentir sus huellas. La fuerza interior que les proporcionan sus ideas políticas, sociales, éticas o religiosas refuerza en ellos una actitud valiente que les permite afrontar el futuro con garantías.

A pesar de esta circunstancia puntual, no debe olvidarse que la violencia colectiva es un fenómeno social por naturaleza. Se escribe en base social y se ejecuta con una lectura social. Arremete contra la sociedad dejándola debilitada y afecta directamente a las estructuras sociales, limando sus redes de complicidad, de afectos, generando miedo difuso y culpabilidad. En otras palabras, la violencia se ceba en la sociedad a la que dice defender y representar rompiendo los lazos que la mantienen unida y repartiendo entre los ciudadanos que la pueblan sentimientos tanto de terror como de responsabilidad personal por la situación en la que se encuentran.

Tal vez esta situación explica por qué muchos afectados han asumido un discurso que trata de razonar lo sucedido desde un punto de vista individual. Se les ha convertido en víctimas de la violencia colectiva sin dejarles entender el discurso que alimentó esa violencia. De hecho, las víctimas que lograron confrontar lo sucedido, lograron superar en mayor medida el proceso traumático y afrontaron con mayores cotas de éxito sus secuelas. Sin embargo, quienes no lo hicieron así no sólo fueron incapaces de atribuir explicación alguna a lo ocurrido, sino que parecen encontrar mayores dificultades para asumir la pérdida sufrida y se encuentran más rotas, más hundidas y más desamparadas. Todas estas personas, todo este grupo de ciudadanos, son quizás quienes más ayuda necesitan.

El reconocimiento institucional y el apoyo institucional resultan determinantes para ayudar a las víctimas a restituirse. Pero no solo. Los testimonios recogidos apuntan a que, a pesar de las crecientes ayudas e iniciativas sociales a favor del colectivo, los sentimientos predominantes en ellas siguen siendo los de desamparo, frustración e insatisfacción con la sociedad y sus representantes. Algo ocurre.



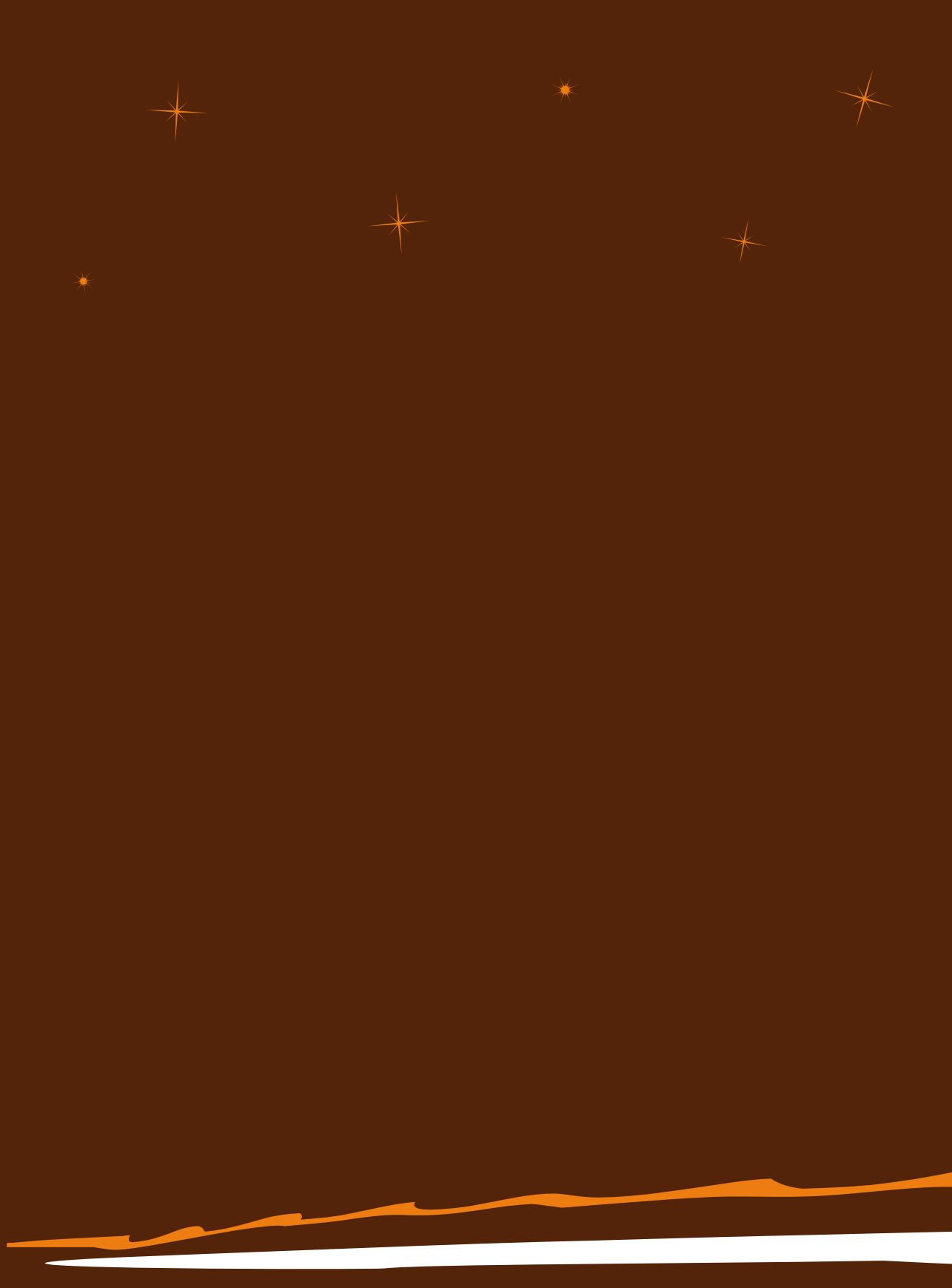
Las víctimas que han colaborado con este informe figuran entre las que han contado con la posibilidad de hablar de sus problemas y expresar sus sentimientos. Es posible, sin embargo, que muchos otros damnificados ni siquiera sean capaces de expresar sus vivencias con tanta facilidad; es posible que permanezcan aisladas, sufriendo en silencio su propia soledad y el abandono de la sociedad a la que pertenecen. Los testimonios recogidos evidencian, por encima de todo, que la violencia colectiva supone una fuente poderosa de dolor, un manantial incesante de aflicción, tormento y desconsuelo. Una noche larga, en definitiva, que para las víctimas en particular y la sociedad vasca en general parece no querer terminar. En el futuro, convendrá quizás ampliar la investigación para continuar estudiando todos estos aspectos.

El estudio epidemiológico sobre la población general y el conjunto de víctimas entrevistadas ha permitido cuantificar ese dolor expresado por sus testimonios y corroborar que su salud está seriamente afectada en comparación con la de la población general e incluso con la de quienes han sufrido otras experiencias de violencia menos intensas. Las víctimas primarias entrevistadas en esta investigación muestran un nivel de riesgo que está muy por encima el de la población general en prácticamente todas las dimensiones funcionales contempladas. Las diferencias encontradas en la salud entre uno y otro grupo en función de su experiencia de violencia son claros reflejos de hasta qué punto la violencia colectiva resulta un fenómeno muy dañino para la salud.

A partir del recorrido revelado, los autores del estudio ISAVIC consideran que los resultados de la investigación recomiendan intervenir en al menos cuatro ámbitos.

1. Resulta necesario esforzarse por reconocer el dolor de las víctimas primarias; mejorar los servicios de atención; y por contribuir en la tarea de reconstrucción de sus entornos sociales.
2. El trabajo pendiente podría comenzar por evaluar las necesidades del colectivo, tanto de los ciudadanos afectados directamente, como de las víctimas de la violencia en general.
3. También es oportuno proceder a la identificación de las víctimas de todo tipo de violencia en el País Vasco.
4. Y, sobre todo, invertir en programas de intervención que contribuyan a prevenir un fenómeno tan doloroso como éste y sus efectos devastadores.

El futuro de Euskadi, como el de cualquier sociedad moderna y avanzada, dependerá de la capacidad de entendimiento y solidaridad de todas sus gentes. Los servicios públicos de salud pueden y deberían contribuir de manera determinante en esta tarea.





## EPÍLOGO

# MENSAJES FINALES

## EL MENSAJE DE LAS VÍCTIMAS

Alberto Fernández Liria,  
Presidente  
Asociación Española de Neuropsiquiatría, AEN

**E**l estudio ISAVIC ha dado voz a las víctimas de la violencia colectiva y ha permitido así poder conocer su experiencia en primera persona. Ello nos puede servir para cuestionarnos alguno de los conceptos que utilizamos para referirnos a ella desde fuera y, por tanto, para entender alguna de las dificultades que podemos encontrar al intentar aproximarnos y ayudar desde nuestra actividad profesional o ciudadana.

En un material que, por la definición del estudio, intenta revelar los efectos sobre la salud de la violencia colectiva, llama la atención la escasa medida en la que la narración espontánea de los supervivientes se organiza en torno a los elementos en base a los cuales la comunidad profesional parece aceptar que deben expresarse las alteraciones de la salud mental consecuentes a las experiencias traumáticas, tanto de modo inmediato (estrés agudo) como a largo plazo (estrés postraumático).

Lo que estas narraciones parecen delinear es más bien un proceso a través del cual la víctima debe trabajar no sólo para llegar a concebir un mundo en el que lo perdido (un ser querido, la salud o la seguridad) no existe, y adaptarse a él, si no también para llegar a hacer concebible un mundo en el que algo así puede suceder, y encontrar sentido a su propia existencia en ese mundo.

A través de los testimonios de víctimas con experiencias y tiempo de evolución muy variados, podemos ver que, aunque puedan estar guiados por ese mismo propósito, son procesos que para cada una de las víctimas siguen ritmos muy diferentes, ponen en juego elementos muy diferentes y se manifiestan en emociones, modos de ver el mundo,

comportamientos y modos de relacionarse con los demás, también muy diferentes entre unos y otros sujetos y, para cada uno de ellos, en unos y otros momentos.

Podemos ver también cómo son procesos que pueden detenerse, avanzar o retroceder, y cuáles son los factores que las propias víctimas perciben que han contribuido a una cosa u otra.

Uno de los organizadores de estos procesos es el intento de otorgar sentido a la propia existencia y al mundo en el que esta se desarrolla a partir de la experiencia que supone la vivencia que las convierte en víctimas. Por ello en algunos testimonios, el reconocimiento otorgado por la sociedad, las propias convicciones ideológicas, políticas o religiosas, la propia implicación en actividades de apoyo mutuo o de trabajo comunitario y el mismo sentido de pertenencia o afiliación a una comunidad (macro o micro) que se ve como aceptable, aparecen asociados a evoluciones más positivas.

Probablemente el principal obstáculo para el avance o, en la medida en la que tal cosa pueda existir, el cierre de ese proceso, es la pervivencia del sinsentido que supone la violencia colectiva en el momento presente, que, como sucede también con las secuelas, hacen imposible recolocar la experiencia en el pasado y abren la puerta a la traumatización secundaria vicaria con cada nueva manifestación de la misma. Seguramente esta misma presencia de la violencia en el momento presente está también en la base de la ausencia de referencias a los perpetradores (y en la escasa reclamación de “justicia”) en los testimonios.

Al menos para las víctimas más recientes, la atención profesional a su salud mental ha sido la norma y parece que, en general, ha sido valorada, como lo ha sido el reconocimiento institucional, como positiva.

Por ello, resulta pertinente plantearse a partir de la información disponible qué elementos debería integrar el modelo de procesamiento de las experiencias traumáticas desde el que organizar la ayuda. Algunas de éstas podrían ser:

1. Lo que sigue a la experiencia traumática no es un cuadro clínico uniforme que permite identificar un trastorno para el que debería existir una forma universalmente aceptable de tratamiento, sino un proceso en el que el sujeto intenta enfrentarse a un mundo en el que lo perdido falta y lo sucedido puede suceder.
2. En el transcurso de este proceso pueden aparecer una amplia gama de emociones, pensamientos, comportamientos y formas de relación que sólo pueden entenderse (Y, por tanto trabajarse) considerando en qué individuo y en qué momento se producen.

3. En situaciones como la vasca, el hecho de que la violencia colectiva siga siendo una realidad vigente condiciona el modo en que puede desarrollarse ese proceso.

## REFLEXIONES SOBRE LOS TESTIMONIOS DE LAS VÍCTIMAS

Florentino Moreno Martín  
Profesor Psicología  
Universidad Complutense

Los testimonios recogidos en las entrevistas del estudio ISAVIC proceden de fuentes muy diversas entre sí. Todos los participantes tienen en común su calidad de víctimas primarias de la violencia en el País Vasco. Sin embargo la variabilidad entre estas personas es muy alta. Por un lado, pese a ser todos víctimas primarias de la violencia, unos lo son por haber sido heridos, otros por haber sufrido el asesinato de un familiar directo y otros por vivir amenazados. Por otro lado, el tiempo en el que se produjo el trauma varía de unos casos a otros en dos décadas. La distancia que media entre el momento en el que sufrieron el primer impacto unas víctimas y otras, separa también circunstancias políticas, sociales y personales muy importantes. Sería muy arriesgado intentar sacar de la lectura de sus testimonios un mensaje común, una especie de reflexión unitaria de unas víctimas tan dispares entre sí, a las que puede que lo único que les una sea el dolor sufrido. Parfraseando a Tolstoi podríamos decir que las familias felices se parecen unas a otras, las desgraciadas lo son cada una a su manera.

En el informe cualitativo se ha tratado de exponer esta variabilidad de circunstancias y de puntos de vista ordenando las aportaciones de las víctimas en torno a grandes temas y recogiendo la propia voz de los entrevistados que en algunos casos coincide y en otras es muy dispar. Una vez expuesta esta variabilidad en el informe, las líneas que siguen no suponen una síntesis de resultados sino una reflexión inspirada en estos testimonios.

### ■ LA NATURALIZACIÓN DEL CONFLICTO: DE LA AUSENCIA DEL PERPETRADOR A LA INTIMIDAD DEL DOLOR.

A diferencia de otras investigaciones realizadas con víctimas de la violencia política, en este estudio el agente causal del dolor de los entrevistados permanece en una sorprendente oscuridad narrativa. Son muy pocos los testimonios que aludan directamente a los perpetradores de los actos. Ni a las personas ni a los grupos a los que pertenecen. El daño no parece haber salido de individuos concretos sino de “la situación”. En las grabaciones se

recogen expresiones como “estalló una bomba” en lugar de “explotaron una bomba”; “pasó aquello” en lugar de asesinaron a tal familiar; “te podía pasar algo” en lugar de “te podían matar”. Se trata de frases que salpican los testimonios en las que parece que se quiere eludir la concreción del victimario, lo que de algún modo parece diluir la responsabilidad de los actos del perpetrador.

Otro dato en la misma dirección es la bajísima presencia de expresiones relacionadas con el posible castigo a los culpables, la demanda de que se haga justicia, o el deseo de venganza, algo mucho menos aceptado en nuestros días. Estas ideas son muy comunes en víctimas de guerras como las centroamericanas de los años 80 o las balcánicas de los 90, pero están muy poco presentes en estos testimonios. La personalización del adversario, de aquel que genera el dolor, suele venir acompañada de una demanda de resarcimiento. Otras veces es una forma de canalizar la ira provocada por la pérdida de un ser querido o una mutilación. También, en algunos casos, la objetivación del agresor genera discursos en torno al perdón, o a la idea de que la víctima compadece a quien debe vivir embebido en el odio. En estos testimonios se dan muy pocas veces este tipo de construcciones centradas en la voluntad de dañar de los perpetradores. Cuando algunas de las víctimas describen los antecedentes del hecho violento no lo suelen hacer en términos de confrontación con los victimarios, sino con expresiones como “se estaba significando”, “era de esperar”...; voces que parecen proceder de un fatalismo determinista ajeno a la voluntad de quien agrede, una especie de “ley natural” que cae sobre el que “hace lo que no debe”.

Mientras que las expresiones que apuntan a los perpetradores, a las razones estructurales y a la posible pertenencia a grupos enfrentados en un conflicto son escasas, la conducta y actitud de familiares, amigos, vecinos y conocidos tras el hecho violento es una constante en todos los testimonios. Uno de los entrevistados decía que si el miedo tuviera olor sería insoportable caminar por las calles del País Vasco. Se trata de una expresión que condensa muchas otras cargadas de honda tristeza o por el contrario, de aliviado orgullo. Las expresiones más apenadas son siempre las que retratan el vacío social, la soledad y el ostracismo de algunas víctimas que no recibieron el apoyo que necesitaban, incluso llegándolo a justificar con expresiones como “nadie quiere un muermo al lado”. Por el contrario los relatos en los que se puede percibir una presencia menos sangrante de la herida son aquellos en los que se narra la compasión sincera del vecindario o los compañeros de trabajo.

#### ■ HERIDA ABIERTA: DUELOS COMPLEJOS Y VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA

Se suele comparar el duelo psicológico con la curación de una herida grave. Cuando se produce una pérdida significativa, sea la muerte de un ser querido, de la salud en el caso de los heridos, o de la libertad de movimiento, la herida genera un dolor que alguno de los entrevistados describía como “la destrucción absoluta de todo tu edificio psicológico”. La

aceptación de la pérdida y la experimentación de ese dolor, suelen ser los dos momentos comunes a todo trauma relevante como el vivido por todos los entrevistados. A partir de estas vivencias, la lógica del duelo va pasando por distintas fases, que no son uniformes ni las mismas para todas las personas y circunstancias, pero que requiere abordar algunas tareas que la realidad impone. Una de ellas es la de adaptarse a una realidad en la que falta alguien, o algo, importante para la víctima. En los duelos habituales en los que se afronta la pérdida por enfermedad o accidente de un ser querido, esta adaptación a una nueva realidad puede ser dramática porque el deudo no consigue encontrar sentido a un mundo en el que falta algo central en su vida; en ocasiones puede que se rompan los vínculos con la comunidad o que se entre en una depresión...; son muchos los elementos que pueden generar un duelo patológico que implique que, pasado uno o dos años, la persona no se acomode mínimamente a un mundo en el que lo querido no está presente.

Si en los duelos “normales” no siempre es sencillo acomodarse a un mundo en el que falta un ser, o un bien, querido, en el caso de las víctimas de la llamada violencia colectiva, el proceso se complica. Los testimonios recogidos en este estudio nos indican que estas personas además de tener que adaptarse a un mundo sin el ser querido, tenían una tarea paralela mucho más compleja, ya que el mundo al que debían adaptarse era distinto del que venían. Un mundo en el que no sólo faltaba lo perdido sino que esta pérdida les había grabado una nueva identidad, que ellos no habían elegido: la de víctimas. Así, algunos de los entrevistados presentan testimonios desgarradores de la conocida como revictimización o victimización secundaria y que siguiendo con el símil, no sólo no contribuía a cerrar la herida sino que fomentaban que se gangrenase. Un ejemplo brutal es el de un joven a cuyo padre le asesinaron un jueves y el lunes en el instituto tuvo que responder a una pregunta directa que le hizo otro estudiante acerca de unas detenciones efectuadas sobre simpatizantes de los asesinos de su padre.

Antes decíamos que había pocos testimonios que hablaran sobre los perpetradores. Sin embargo los que hablan de la dificultad de acomodarse a la nueva situación son muy abundantes. Casi todos, pese a los años pasados, reflejan un profundo dolor y una alta dosis de soledad, rota únicamente por los lazos más íntimos, sobre todo de la familia nuclear.

#### ■ LA COMPLEJA SUPERACIÓN DEL TRAUMA: LOGOTERAPIA, MILITANCIA Y AYUDA PROFESIONAL

La elaboración de un duelo que permita rehacer la vida sobre unas bases mínimas de bienestar, es sumamente complejo cuando sigue abierta la posibilidad de que se vuelvan a producir muertes por los mismos motivos. Cuando la amenaza sigue presente y la sociedad se polariza o se paraliza, es difícil afrontar la herida de la violencia sin los canales de expresión y amparo que sirven de apoyo cuando el golpe recibido se debe a un hecho casual o natural.



Tres son las principales estrategias que se han propuesto en las últimas décadas para afrontar con cierto éxito los traumas ocasionados por una violencia colectiva, es decir con el sello de política o identitaria: la logoterapia, la militancia y la ayuda profesional.

Víctor Frankl condensó en su famoso libro “El hombre en busca de sentido” una idea que ha servido de referencia a un importante sector de pensadores, psiquiatras y psicólogos humanistas cuando buscan cómo afrontar situaciones de crueldad y sinsentido tan poderosas como los campos de concentración. Frankl con su testimonio personal de cómo sobrevivió a estos centros de exterminio, abrió un modelo de afrontamiento que propugna la necesidad de encontrar un sentido al sufrimiento y una razón para afrontarlo. La logoterapia, la búsqueda del sentido, está profundamente vinculada al humanismo cristiano y al sentimiento religioso en general, pese a que no fuera el propósito explícito de Frankl. En casi todas las guerras y catástrofes suele aparecer el sentido trascendente, la fe religiosa, o la reflexión filosófica como elementos poderosos de superación del trauma. En la muestra estudiada esta visión es sumamente débil. Prácticamente ninguno de los testimonios aluden a valores tradicionales de afrontamiento religioso como la resignación, el perdón o el misticismo. También son muy pocos los que confrontan la experiencia vivida desde la fortaleza, sugerida por Frankl, de la autoafirmación personal. Sin embargo sí hay algunos testimonios que apuntan en esta dirección cuando se habla de “los fondos curtidos” como los mejores o de las personas que han sufrido como “buena gente”.

En conflictos abiertos una de las vías de superación del trauma que suele referirse como eficaz es la militancia, en un sentido amplio del término. Aunque pueda resultar paradójico, quienes en situaciones de confrontación abierta toman postura decidida de oposición o enfrentamiento contra el otro bando, el que les ha generado el trauma, suelen vivir menos problemas de salud mental. Algunos de los testimonios de los entrevistados lo expresan con claridad cuando expresan como muestras de orgullo y de refuerzo de la identidad los gestos de valentía, la actitud de resistencia o la lucha por la libertad. Sin duda, siguiendo la lógica mencionada anteriormente, es mucho más sencillo afrontar una pérdida identificando a quien la ha ocasionado y combatiendo sus argumentos, que vivirla como una situación sin sentido o fruto de la locura de algún iluminado.

Desde que se incluyó la atención a la salud mental de las víctimas de los conflictos políticos y las guerras como una de las áreas prioritarias de atención a la población civil (muy especialmente, desde las guerras balcánicas de los 90), la labor de los profesionales de la psicología y la psiquiatría se ha ido especializando tanto en la elaboración del duelo, como en la atención directa a las víctimas de atentados, bombardeos o cualquier evento que implique un fuerte shock emocional. La ayuda psicológica suele ser bien valorada por las víctimas de este estudio, algunas la consideran vital en su recuperación. Por otro lado, la atención psicológica forma parte del afrontamiento convencional de los poderes públicos

de la sociedad democrática, que encuentran en la labor profesional una vía manejable para abordar el problema, más sencilla que cualquier otro tipo de acción política o comunitaria. Como sucede con todos los problemas que trascienden la atención técnica sanitaria, como es el de los conflictos enquistados, la labor profesional probablemente no sea suficiente para la recuperación cabal de las víctimas, pero es sin duda el recurso más accesible del que se dispone. Buena parte de las personas entrevistadas ha tenido, o sigue teniendo, atención especializada, como decimos bien valorada. Hay varios enfoques en la labor de los profesionales de la salud mental, protocolos de actuación que se van desarrollando en distintos foros sobre cómo afrontar las intervenciones con víctimas para ayudarles a superar el impacto de la violencia. Pero más que desarrollar las conclusiones a las que los expertos han ido llegando a partir de sus experiencias, tal vez sea mejor acabar con algunas de las que proponen con mucha claridad las personas que han aportado sus testimonios a este estudio. La primera es la que podríamos incluir en el apartado de “psicoeducación”, la ayuda profesional para interpretar las vivencias, para anticipar lo que puede suceder en situaciones de este tipo. Una persona decía muy gráficamente “...Y como no tienes a alguien al lado que te está explicando “mira, esto te está sucediendo por esto, por esto y por esto”, “esto es una crisis de ansiedad”, “esto es un odio que estás generando”... “vamos a enseñarte a aplacar el odio”... Un profesional bien formado puede ayudar de forma muy efectiva a la víctima ayudándola a dar sentido a sus vivencias. La segunda vía sugerida indirectamente por las víctimas es la de la prevención de la victimización secundaria. Especialmente dramático es el testimonio de una entrevistada que a pesar de haber pasado varios años de la muerte de su marido, sigue doliéndose de que no le dejaran cogerle en brazos para despedirse, y que así pudiera sentir, en el último suspiro, que alguien querido estaba a su lado. Junto con una adecuada y estudiada estrategia de intervención especializada, los profesionales de la salud, de los servicios sociales, de los cuerpos de seguridad, de las instituciones en general, podrían evitar mucho dolor no contribuyendo, por candidez, por desconocimiento o por desidia, a la revictimización de quienes tienen la desgracia de ser víctimas de la violencia.

## UNA VALORACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ESTUDIO ISAVIC

Jordi Alonso  
Sociedad Española de Epidemiología  
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. IMIM-Hospital del Mar

**E**n el estudio ISAVIC se ha incluido el enfoque epidemiológico para el estudio, en el País Vasco, de la posible asociación entre la exposición a la violencia colectiva y la salud percibida, la salud mental y otros aspectos de la conducta y la personalidad. Este enfoque utiliza muchas veces muestras representativas de la población para evaluar

la frecuencia de los fenómenos de la salud y enfermedad, la asociación entre factores diversos y la salud y estimar el posible impacto poblacional de los mismos.

El estudio ha mostrado unos niveles declarados de exposición a la violencia colectiva menores a los esperados a priori. El bajo número de las personas que se declararon “expuestas” (el 1,3% de la muestra) dificulta los análisis epidemiológicos habituales por dos razones. La primera es un número de observaciones insuficiente para estimar con la adecuada precisión los resultados. La segunda se refiere a una posible mala clasificación de los individuos en los grupos estudiados. En el texto se discuten posibles explicaciones a la baja prevalencia declarada de exposición a la violencia: negación, sesgo de deseabilidad, estigma, realización del estudio en un período de ausencia de violencia colectiva, etc.

A pesar de esta considerable limitación, el estudio poblacional ha dado apoyo a las hipótesis fundamentales del trabajo: la exposición a la violencia colectiva se asocia con un peor estado de salud general y, sobre todo, emocional. En todo caso, la diferencia es muy significativa y muy importante cuando el grupo de comparación está compuesto por víctimas primarias de la violencia colectiva.

De los datos epidemiológicos de ISAVIC inferimos que la violencia colectiva se asocia a una peor salud en los que se declaran víctimas de la misma, con una gran intensidad en las víctimas primarias. Así podemos afirmar que la violencia colectiva es, además de un hecho política y socialmente reprochable, un riesgo para la salud de la sociedad.

#### ■ ALGUNAS LECCIONES DEL ESTUDIO ISAVIC

Este estudio pionero brinda una serie de oportunidades para aprender aquello que se debería hacer mejor en futuros estudios de un tema tan complejo como es el de la violencia colectiva dentro de una sociedad moderna. A diferencia de la mayoría de estudios previos, realizados en ambientes de guerra civil, de represión generalizada, o sobre minorías muy claramente oprimidas, ISAVIC se ha realizado en una de las sociedades más modernas y desarrolladas de Europa y, además, en un período de tregua de la banda terrorista ETA. Como concepto complejo y multidimensional, la violencia colectiva requiere de instrumentos suficientemente refinados para su medición. En los estudios previos, pocas preguntas han servido para identificar verazmente a las víctimas de la violencia. En ISAVIC es evidente que, ya sea por la alta sensibilidad social sobre el tema, como, sobre todo, por su selectiva intensidad, se requieren mediciones más complejas (con mayor capacidad de discriminación, de precisión). Necesitamos un instrumento de medida de “mayor resolución”. Por ejemplo, un cuestionario con más preguntas y con opciones de respuestas más refinadas. Pero también se necesitan preguntas con preámbulos estandarizados que faciliten la comprensión del concepto y disminuyan los efectos de rechazo o deseabilidad social de respuestas estereotipadas. Y

probablemente diseños que optimicen la proporción de personas con un nivel adecuado en la “exposición” de interés (violencia colectiva, en nuestro caso).

Una segunda lección que el proyecto ISAVIC muestra claramente es la importancia de abordar el estudio de los problemas complejos desde perspectivas metodológicas complementarias. En nuestro análisis, el estudio, los estudios, de las víctimas directas ha sido de una gran relevancia. Estas personas (con un 100% de exposición a la violencia colectiva) han sido estudiadas a fondo a través de metodologías ‘cualitativas’, y sus narraciones han permitido identificar el profundo impacto de la experiencia sufrida sobre su salud. Pero además, los cuestionarios administrados tanto a esas personas como a la muestra representativa de la población del País Vasco, ha permitido añadir una aproximación cuantitativa. Y los resultados son impresionantes: 7 veces más probable padecer trastornos mentales y 4 veces más probabilidad de peor salud física. Estos puntos de anclaje entre diferentes aproximaciones nos permiten avanzar en la comprensión de la importancia de la violencia colectiva sobre la salud.

## ISAVIC. UN ESTUDIO PIONERO

Ander Retolaza,  
Junta Directiva  
Osasun Mentalaren Elkartea/  
Asociación Vasca de Salud Mental, OME

**E**n los últimos años la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, viene siendo objeto creciente de preocupación desde una perspectiva de salud pública. Diversas organizaciones internacionales, empezando por la propia OMS, y múltiples ONG que trabajan en este campo, están desarrollando estudios epidemiológicos y aportando datos sobre el impacto de la violencia en la salud de las personas y de las colectividades en las que éstas residen. Todo ello viene contribuyendo a hacer visibles los problemas y lanzar las alertas pertinentes. Trátese de un tipo de guerra convencional (por otra parte una clase de conflicto cada vez menos frecuente) o de otras formas de violencia colectiva asimilables a la misma; trátese de actos violentos más directamente relacionados con la llamada delincuencia común (asesinatos y asaltos) o con la violencia de género (cada vez más visible en nuestras sociedades desarrolladas), en cualquier caso, lo que ya tiene una existencia propia, es una creciente conciencia social sobre el impacto que tiene en la salud de las personas la violencia ejercida sobre ellas. Apoyada en datos cada vez mejor contrastados, esta conciencia produce efectos no sólo en las víctimas directas sino también en aquéllas personas que son testigos de los desastres que provoca.

En este escenario general se hace preciso tener en cuenta aspectos, hasta hace poco no bien explicitados, como son los relacionados con la disponibilidad de equipamientos y la calidad de la asistencia sanitaria, muchas veces también radicalmente afectados por las condiciones de violencia generalizada. Hay que citar, por otro lado, cuestiones tales como la fractura del tejido civil y de convivencia social, habitualmente alterado de manera difícil de revertir por acontecimientos desarrollados durante los conflictos. Y finalmente -en la base de todo ello- la violación más o menos sistemática (incluso diseñada en ocasiones) de los propios derechos humanos más elementales. Todos ellos son aspectos esenciales a la cuestión que nos ocupa. Se dibuja así un panorama interactivo para las situaciones de violencia donde los diversos factores que condicionan la salud de las personas, sean éstos de orden biológico, psicológico, social o de disponibilidad y provisión de servicios sanitarios, se imbrican entre sí. Dentro de este cuadro, los aspectos relacionados con la salud mental resultan de especial importancia.

La condición de víctima debe ser objeto de protección y salvaguarda. Esto, puesto que es un derecho, sólo puede hacerse efectivo si existe un reconocimiento explícito -o sea público- de esta condición. Sin esta premisa no hay posibilidad de organizar el tejido social mínimo en el que inscribir una estructura de apoyo en la que poder dar, primero cobijo y, después atención, a las necesidades de salud de las personas afectadas. Hoy sabemos que la salud mental no sólo debe ser motivo de tratamiento cuando los sujetos enferman sino que -también- puede ser objeto de prevención. La práctica clínica nos ha enseñado que las experiencias biológicas que se inscriben en nuestro cuerpo, algunas de ellas negativas como las derivadas de la enfermedad médica común (especialmente si ésta es grave o invalidante) o, como es el caso de las lesiones traumáticas con secuelas, pueden condicionar nuestra salud psíquica. También la calidad del ambiente social en el que las personas vivimos y crecemos contribuye a la construcción de nuestro psiquismo y a la fortaleza de nuestra personalidad ante los embates que la vida siempre depara. Las secuelas persistentes derivadas de enfermedad o traumatismos físicos así como el aislamiento social (proceda éste de uno mismo o de los demás) son, por sí mismas, potencialmente lesivas para nuestra salud mental. De ahí que la condición de víctima aislada e indefensa -especialmente en situaciones de violencia colectiva, donde el entorno social puede ser el factor determinante que empuje a la soledad-, contribuya a la vulnerabilidad de las personas que han sido objeto de abuso.

ISAVIC (Impacto en la Salud de las Víctimas de violencia Colectiva en el País Vasco) es un estudio valiente y pionero en nuestro medio. Valiente, primero, por atreverse a someter a estudio mediante metodología científica actualizada y contrastada, un asunto que -aún hoy entre nosotros- resulta en extremo pasional y, por lo mismo, difícil de abordar de una manera adecuada. Valiente, en segundo lugar, porque abre ante la ciudadanía un posible camino al reconocimiento de la condición de víctima definido desde premisas objetivas y

no partidistas, lo que facilita un adecuado tratamiento (sanitario cuando sea preciso, pero ante todo social) de las personas incursas en esta situación. Estos valores están en el origen -también- de algunas de las dificultades que ha tenido que afrontar el estudio, en el sentido de encontrar personas dispuestas a colaborar en el mismo de una manera positiva. Ha sido necesario desarrollar muchas habilidades de mediación para conseguir acercarse, con todo el respeto que merecen, a víctimas (algunas nada reconocidas hasta hace bien poco) y desplegar ante ellas un cuestionario centrado en aspectos, casi todos, íntimos. La garantía de confidencialidad no es óbice para el malestar que pueda producirse ante un eventual interrogatorio sobre temas muy dolorosos. Todo ello ha retraído, legítimamente, a algunas personas y ha generado dificultades para entrevistar un número amplio de víctimas. A pesar de ello las que generosamente han prestado su colaboración constituyen un número suficiente como para no mermar la validez del estudio.

Una de las conclusiones del mismo es que muchas de las víctimas, más allá de su condición de salud actual, están afectadas en su visión del mundo e impactadas -que no enfermas- por un significativo estrés psicológico. Todo ello en un grado que las sitúa como más vulnerables que otras personas y con mayor riesgo de padecer problemas psicológicos o trastornos mentales establecidos. Según los datos aportados por ISAVIC, en nuestro país las víctimas de violencia colectiva parecen diferenciarse de otras personas que han padecido otros tipos de violencia, también entrevistadas en este estudio como grupo control.

A pesar de sus limitaciones (todos los proyectos científicos las tienen) estamos ante un estudio válido. Indudablemente habrá que realizar nuevos proyectos que sean capaces de sortear estas limitaciones. Precisamente la condición de científico (por oposición a la de ideológico) hace posible que un estudio pueda hablar explícitamente de sus limitaciones, de describirlas e -incluso- de cuantificarlas. Esto es, exactamente, lo que sirve a proyectos posteriores para disponer de un mapa del territorio a explorar con el que diseñar nuevas estrategias para avanzar más allá del conocimiento adquirido.

Necesitamos nuevos y mejores ISAVIC. A buen seguro varios de los autores y autoras de este estudio seguirán siendo parte de los equipos de investigación que los llevarán a cabo. De momento a algunos, entre los que me encuentro, nos vale con el honor de haber sido llamados a colaborar en este oportuno trabajo. Así pues, en nombre propio y de la organización a la que represento (OME: Osasun Mentalaren Elkartea/ Asociación Vasca de Salud Mental) deseo expresar, antes de nada, mi enhorabuena por el trabajo bien hecho y, en último término, el deseo de nuevos y fructíferos reencuentros en este camino investigador. Los derechos humanos necesitan que el método científico haga aportaciones que jalonen su camino. A quienes, por nuestra profesión o conocimientos, estamos en situación de hacerlo nos toca contribuir a anudar este lazo. Que la fuerza nos asista.

## EPÍLOGO

Equipo Director del proyecto ISAVIC

**E**l estudio ISAVIC ha permitido ofrecer algunos datos esenciales para comenzar a comprender el impacto que la violencia está ejerciendo en la salud de la población del País Vasco. Se tratan de datos iniciales que conviene verificar y ampliar con nuevos estudios. No obstante, son datos importantes y útiles que aportan una primera mirada sobre este importante problema y que pueden servir para reflexionar sobre sus implicaciones en varios aspectos terapéuticos, sanitarios y sociales.

El estudio ha señalado el enorme perjuicio que causa la violencia, y particularmente la violencia colectiva, en las vidas de sus víctimas y, por extensión, en el conjunto de la sociedad. Aún a pesar de las limitaciones propias del estudio, resulta evidente que todos los tipos de violencia analizados, desde los homicidios a las agresiones físicas, la extorsión y las amenazas crónicas, pueden causar daños profundos e invalidantes. Los daños ocasionados no se limitan al momento del episodio violento; son particularmente duraderos y crónicos, y a pesar del tratamiento recibido, lesivos.

Sabíamos que la violencia era un determinante importante de la pérdida de la salud. La OMS y la comunidad científica lo habían reconocido y demostrado. Pero no teníamos datos de primera mano procedentes del conjunto de víctimas del País Vasco. A partir de este estudio, esta situación ya no es la misma. A pesar de que los datos recogidos piden que amplíemos la búsqueda y recogida de información, ya no podemos ignorar que las víctimas de la violencia colectiva del País Vasco, a pesar de las ayudas que han recibido, de diverso orden y en distintos tiempos de su proceso traumático, a pesar del tratamiento y a pesar de los años transcurridos, continúan sufriendo en muchos casos, como se ha visto, de manera intensa e invalidante.

Los testimonios que hemos recogido en este estudio y el conjunto de análisis realizados alcanzan a concretarse en pocos, pero importantes, pasos. Los testimonios de las víctimas y la evidencia empírica muestran la importancia del reconocimiento social. Como las víctimas repetidamente reclaman, este estudio también señala la importancia del reconocimiento de su dolor injusto y de su situación y suscita una nueva mirada hacia las víctimas; tal vez también, hacia la violencia y hacia la respuesta que la sociedad puede orquestar para deslegitimar a esta última y ayudar a aquellas víctimas que sufren por su causa. Y es que la violencia no desaparece cuando se apaga el ruido de su acción; continúa de manera larvada y dolorosa en las vidas de quienes han tenido la desgracia de sufrirla. La sociedad no puede dejar de mirar esta realidad que ahora ha sido desvelada.

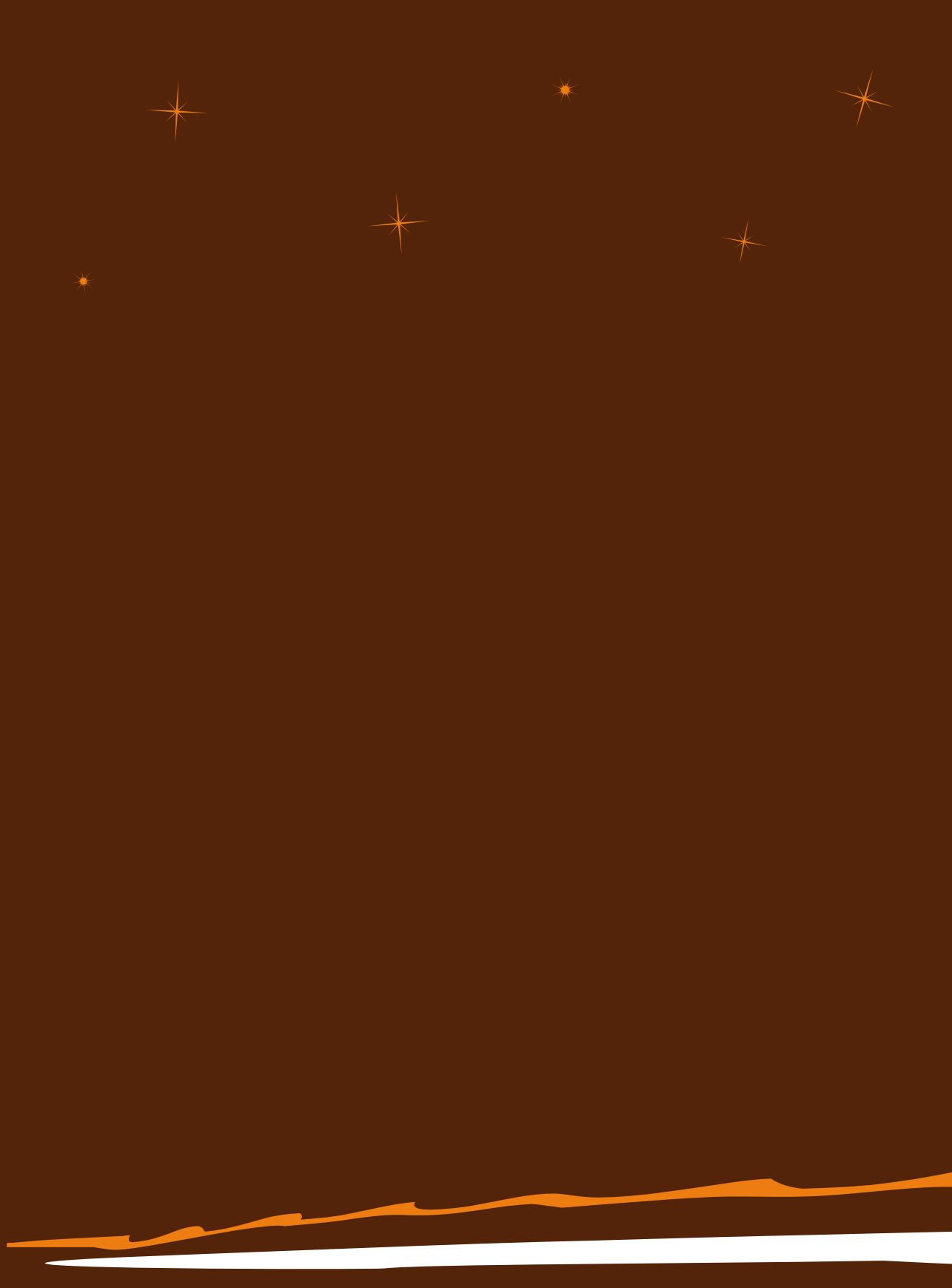
Las víctimas que han formado parte de este estudio reclaman de la sociedad formal ese reconocimiento que necesitan para sentirse de nuevo protegidas por una sociedad que ha parecido rechazarles al hacerles víctimas de un acto innoble.

La experiencia del grupo ISAVIC ha sido muy enriquecedora desde un punto de vista profesional y humano. Sus autores, ponemos a disposición de la comunidad científica nuestro esfuerzo y animamos a las profesiones de salud pública, epidemiología, psicología, psiquiatría social y otras disciplinas concernidas por esta tarea, a continuar trabajando en estos temas tan importantes. Esperamos que esta experiencia sirva para demostrar la oportunidad de su estudio y anime el abordaje de nuevos y más completos proyectos de investigación.

Los miembros del grupo ISAVIC agradecemos a la Fundación Fernando Buesa la confianza puesta en nuestra propuesta y en nuestro equipo.







CÓMO SE HIZO  
EL ESTUDIO ISAVIC



## PLANTEAMIENTO

**E**l estudio partía del principio de que la violencia colectiva provoca en sus víctimas una serie de reacciones traumáticas, cuyas consecuencias para la salud dependen fundamentalmente, además de la intensidad de la violencia, de la resistencia y capacidad para afrontarlas del afectado, pero también del apoyo social con que cuente. Las complicaciones que produce la violencia colectiva en la salud pueden ser de tres clases: unas de tipo físico, otras que afectan a la capacidad emocional y las terceras a la dificultad en la realización de las actividades sociales.

Hay que tener en cuenta que la violencia ocurre en un contexto determinado con un clima emocional concreto, que a su vez puede modular la reacción del individuo. El déficit en salud tiende a ser superior en los primeros momentos y disminuye a medida que avanza el tiempo.

El estudio ISAVIC intentó medir la salud mediante las alteraciones funcionales y psicológicas y de adaptación social, sufridas por el individuo como consecuencia de la violencia. Se valoraron también la forma de reaccionar del individuo ante el hecho traumático y los cambios ocurridos en las creencias y valores básicos del individuo. También se tuvo en cuenta la existencia de apoyo social de distintos órdenes y la opinión del afectado sobre el clima emocional o social.

El estudio midió la exposición no sólo a la violencia colectiva, sino también a otros hechos violentos, de los ciudadanos de la comunidad autónoma vasca. Finalmente, valoró también el tiempo transcurrido desde el suceso, la naturaleza de la exposición y el motivo, y la relación directa o indirecta entre la víctima y el hecho violento.

## DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio ISAVIC se realizó en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). El proyecto se diseñó en dos fases complementarias. La primera consistió en un análisis en profundidad de las vivencias de una selección de víctimas primarias de la violencia colectiva. El trabajo se completó con un estudio descriptivo a una muestra representativa de la población de la CAPV mayor de 16 años. Las variables del estudio se evaluaron mediante un instrumento apropiado, el cuestionario ISAVIC, el cual se construyó para este proyecto a partir de instrumentos validados y utilizados con anterioridad. Tanto las víctimas primarias como la muestra de la población general utilizaron el mismo cuestionario. El estudio fue de corte transversal.

Inicialmente se constituyeron los equipos de trabajo que abordarían las distintas fases del estudio. Estos consistieron en el grupo director, la secretaría técnica, los equipos de analistas epidemiológicos y cualitativos, y una red de colaboradores que ofrecieron apoyo especializado en áreas específicas como son la elaboración del plan de muestreo, el diseño de la entrevista en profundidad y la formación de los entrevistadores, y el pilotaje y la realización de las entrevistas en profundidad. También se constituyó un comité asesor que ofreció consejo y guía de alto nivel en la elaboración del diseño del estudio e instrumentos, su análisis y establecimiento de recomendaciones. El proyecto se inició a principios del año 2005 tras alcanzarse un acuerdo de financiación con la Fundación Fernando Buesa Blanco Fundazioa. También se alcanzó un acuerdo de colaboración con la Red de Centros de Investigación en Epidemiología y Salud Pública (RCESP), auspiciada por el Instituto de Investigación Carlos III, para la realización de la primera jornada científica, el 29 de abril de 2005. En ella se constituyeron el Comité Asesor del proyecto y los equipos técnicos. También se discutieron en esta sesión las líneas principales del proyecto y el plan de trabajo. En esta jornada participaron unos treinta expertos nacionales en investigación y temática relacionada con el proyecto. La jornada permitió estrechar las relaciones de colaboración con la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), la Asociación Vasca de Salud Mental (OME) y el Grupo de Investigación Consolidado sobre Cultura y Procesos Psicosociales de la Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU).

## ESTUDIO EN PROFUNDIDAD CON VÍCTIMAS PRIMARIAS

Esta fase del estudio comenzó a trabajarse en la primavera de 2005. Consistió en el diseño de una entrevista a medida para la investigación, la formación del equipo de entrevistadores; así como la identificación y contacto con las personas que finalmente fueron entrevistadas.

## ■ CONSTRUCCIÓN DE LA ENTREVISTA Y FORMACIÓN DE ENTREVISTADORES

El médico Carlos Martín Beristaín, especialista internacional en resolución de conflictos violentos, y el profesor Darío Páez, del departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la UPV/EHU, fueron los especialistas encargados de diseñar el contenido y estructura de la entrevista en profundidad, así como el programa de formación de los entrevistadores. Los técnicos se seleccionaron entre licenciados y estudiantes de doctorado de Psicología Social y Pedagogía.

La entrevista en profundidad se construyó a partir de la experiencia y documentación de la Comisión de la Verdad en Guatemala. Su estructura recoge el impacto del hecho violento en la salud y también introduce nuevos aspectos, como son el impacto del hecho violento en la familia y en la segunda generación, en el proyecto de vida de las víctimas, además de otros aspectos como el proceso de duelo y el alcance de las políticas de reparación. El programa de formación teórica y práctica se prolongó durante los meses de mayo a octubre. Incluyó aspectos teóricos sobre los principios y metodologías del estudio y ejercicios prácticos basados en simulacros de entrevistas entre los miembros del equipo. También se realizaron entrevistas piloto con víctimas reales que accedieron a participar en los ensayos. Todos los ejercicios prácticos fueron revisados por el equipo docente, quien evaluó finalmente la capacidad y sensibilidad de los entrevistadores antes de cerrar el proceso de formación. Los entrevistadores, una vez formados, fueron supervisados por un coordinador de campo y por la Secretaría Técnica para asegurar mayor homogeneidad.

## ■ PROCESO DE SELECCIÓN DE LAS VÍCTIMAS PRIMARIAS

Siguiendo el consejo de especialistas en el trato a personas afectadas por la violencia colectiva, se acordó utilizar mediadores para facilitar el acercamiento a las víctimas primarias. La primera estrategia para identificar mediadores consistió en establecer contactos con instituciones como la Dirección de Víctimas del Terrorismo. En una segunda ronda, se abrieron conversaciones con miembros de organizaciones de víctimas radicadas en el País Vasco, fundaciones de víctimas y especialistas en atención psicológica y de apoyo a víctimas. Todos los contactos se establecieron con miembros, a título individual, de las distintas organizaciones sociales. Entre ellas, figuran miembros de Bakeaz, Amnistía Internacional, Basta Ya, Elkarri (Lokarri) y de la Asociación de Víctimas del 3 de marzo de Vitoria. Siguiendo la recomendación de COVITE se remitió a todos sus asociados, a través de su ejecutiva, una carta informativa, junto con una solicitud de colaboración. Finalmente, se trabajó con mediadores de distintos colectivos preocupados por el impacto de la violencia en el medio familiar y social. También se establecieron contactos personales con miembros de partidos de todo el espectro político y personas significadas políticamente, así como periodistas de las secciones de Sociedad e Investigación de medios de comunicación del País Vasco. La Fundación Fernando Buesa realizó una importante labor de intermediación en todo el proceso, facilitando el contacto con asociaciones, instituciones, mediadores y víctimas.

A partir de todos estos pasos iniciales se identificó a las 36 víctimas que participaron en el estudio. En conjunto, las 36 víctimas representan un volumen de casos suficiente como para ofrecer seguridad al análisis cualitativo, en términos de variabilidad y sustantividad, y para permitir estimar las asociaciones de interés con la muestra de la población general.

No obstante, menos de un tercio de las víctimas contactadas personalmente aceptaron participar. En varios casos, las víctimas transmitieron sus dudas sobre el estudio. “El trabajo está muy bien, es interesante, pero no va a servir para nada”. Ese fue uno de los argumentos más frecuentes dados por las víctimas para negarse a participar en el proyecto. Pero no fue el único. Otras argumentaron que “se trata de un tema muy doloroso, sobre el que prefiero no hablar”, “se trata de algo privado”, “no quiero considerarme ni que me consideren una víctima” o que “no quiero colaborar con algo organizado por...”. Hubo quienes se negaron a que su dolor fuese “utilizado para fines políticos o de otro tipo”, a que “se investigue a mi costa para que otros medren”, a “mezclarme con ‘los otros’” y a “hacer daño a mi familia”. La desconfianza en que el anonimato fuera a ser real y la creencia de que el momento político actual resultase “inadecuado” para un trabajo de este tipo completaron la relación de motivos.

Pese a las dificultades, el nivel de colaboración de las víctimas que participaron fue muy alto. La mayoría expresaron su interés por ofrecer su testimonio como medio para mejorar la situación tanto del colectivo como de la sociedad en general.

## ■ REALIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

El proceso de realización de la entrevista también tuvo su propio protocolo. En primer lugar, se establecía un contacto inicial exploratorio a través del mediador. Cuando la víctima accedía a participar en el estudio, la Secretaría Técnica del proyecto establecía un segundo encuentro de tipo informativo en el que se explicaban los objetivos y planteamiento del estudio. A continuación, la encuestadora concretaba la cita y se realizaba la entrevista en profundidad. Estas venían a durar entre una hora y hora y media. La conversación se grababa siempre que la víctima lo autorizaba. A su término se le entregaba el cuestionario que sería recogido en una visita posterior, y se recogía el documento de autorización firmado, con el que la víctima confirmaba su permiso para que la información facilitada se utilizara en el estudio, previa aprobación del texto final. Tras transcribirse la entrevista se producía un nuevo encuentro con la persona entrevistada para que corrigiera y diera su aprobación al texto con su testimonio con el que se iba a trabajar. De paso, se recogía el cuestionario cumplimentado. Finalmente, la Secretaría Técnica se ponía de nuevo en contacto con la víctima para posibles aclaraciones, valorar la situación de la víctima tras la entrevista y agradecer su colaboración. El proceso se revisó y en algunos casos se eliminó la segunda visita de la entrevistadora a petición de algunas víctimas. En estos casos, se cumplimentó el cuestionario durante la primera visita. Todas las víctimas aprobaron el trabajo de las entrevistadoras, su actitud y profesionalidad, según pudo comprobar la Secretaría Técnica del proyecto.

Las entrevistas se prolongaron entre finales del año 2005 a finales del año 2006. El análisis de las entrevistas en profundidad se realizó mediante técnicas cualitativas a lo largo del año 2007.

## ESTUDIO EN LA POBLACIÓN GENERAL

El estudio transversal sobre la población residente en la Comunidad Autónoma Vasca se realizó sobre una muestra aleatoria representativa de 2007 personas. Técnicos del Departamento de Sanidad del Gobierno vasco y del Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT) colaboraron en la elaboración del plan de muestreo y extracción de la muestra.

### ■ EL CUESTIONARIO ISAVIC

Uno de los retos técnicos del estudio fue el diseño del instrumento de recogida de datos, el llamado cuestionario ISAVIC. No existía nada que respondiera a las dimensiones indicadas en el planteamiento conceptual del estudio. Por eso, hubo que construir uno nuevo a partir de herramientas validadas previamente por otras instituciones públicas y privadas, que respondiera a las dimensiones claves del estudio.

El objetivo era medir con rigor científico la disfuncionalidad general de las víctimas, su percepción de bienestar, el riesgo que presentaban de alteraciones psiquiátricas y hasta qué punto se había alterado su participación social. También se analizaron, por métodos homologados, cuestiones como el duelo, el afrontamiento, el impacto de lo ocurrido en sus valores y creencias; y se tuvieron en cuenta variables demográficas, psicológicas, el clima emocional y el apoyo social percibido.

### ■ PLAN DE MUESTREO Y TRABAJO DE CAMPO

La muestra se prefijó en 2.000 residentes del País Vasco mayores de 16 años. El proceso de selección utilizado fue complejo y se dividió en tres etapas. La primera consistió en la estratificación de la población por territorios históricos (Álava, Bizkaia y Gipuzkoa) y comarcas sanitarias, las 20 identificadas por el Departamento de Sanidad del Gobierno vasco. También se estableció el número de encuestas por comarca en función de su tamaño. La segunda etapa consistió en la selección sistemática de municipios y en la fijación del número de encuestas por localidades. Por último, un sorteo aleatorio, supervisado por el EUSTAT, permitió seleccionar los hogares en los que se realizaría la encuesta. En total, fueron elegidos 1.991 domicilios que representan a la población de hogares del País Vasco. Cada uno de ellos se emparejó con otros dos más adicionales con el fin de permitir que fuesen sustituidos rápidamente en caso de que sus inquilinos rechazasen participar o resultase imposible acceder a ellos después de varios intentos. En cada dirección se entregó una encuesta, en función de cuotas de edad y sexo para garantizar la representatividad final.



El trabajo de campo lo realizó la empresa Ikerkeralde Grupo Consultor SA bajo la supervisión de ISAVIC. Esta empresa cuenta con una larga trayectoria de colaboración en la realización de estudios de investigación y mercado, tanto para la iniciativa pública como privada, y viene avalada por su reconocida fiabilidad.

La recogida de datos se extendió desde el mes de marzo hasta mediados del mes de junio del año 2006. Durante la segunda mitad del año 2006 y la primera de 2007 se procedió a la limpieza y preparación de bases de datos. El análisis de los mismos continuó hasta mediados de 2008.

## ■ ANÁLISIS

Se realizaron dos tipos de análisis. Uno se centró en la encuesta de población general para comparar los valores de la población general expuesta a la violencia frente a la no expuesta. El segundo análisis se hizo para comparar los valores de la población general, expuesta y no expuesta, con los obtenidos de 33 de las víctimas primarias que además completaron el cuestionario. Para realizar este segundo análisis fue necesario extraer una submuestra de la población general que se emparejó con las víctimas primarias.

El análisis consistió en calcular la incidencia de la exposición a la violencia colectiva y a la violencia general; y la asociación entre el estado de salud y la exposición a la violencia. El grado de asociación se determinó mediante análisis multivariados de regresión múltiple lineal o logística en el análisis de la población general. En el emparejado se calculó la regresión condicional de haber sufrido exposición a la violencia colectiva.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todas las víctimas primarias fueron informadas del propósito del trabajo, de la metodología en términos generales y de otros detalles concernientes a la utilización final de los datos, incluidos los requisitos de anonimato y confidencialidad. Las víctimas accedieron a participar de manera voluntaria y tras recibir toda la información que consideraron necesaria. A todas ellas se les garantizó el derecho a retirarse en cualquier momento de la entrevista o del estudio, con plena libertad, como así lo hicieron algunas de ellas. También se le dio la posibilidad de negarse a contestar parte de la entrevista o del cuestionario. Todas ellas dispusieron asimismo de un teléfono y un contacto para obtener más información tras la realización de la entrevista. Con este objetivo fueron contactadas directamente por la Secretaría Técnica tras la realización de la entrevista. En todo momento, se intentó respetar el dolor y la voluntad de cada invitado, así como preservar a la entrevistadora para que no asumiera como propio el penar de la víctima.

Las personas que participaron en la encuesta de población general también dieron su consentimiento de manera voluntaria, tras la lectura de una carta informativa por parte de la encuestadora. Podían retirarse en cualquier momento o negarse a contestar lo que consideraran oportuno. También en este caso, como en el anterior, los datos obtenidos se trataron de manera anónima y permanecen debidamente custodiados para garantizar la necesaria confidencialidad. El equipo investigador se compromete a vigilar la utilización y difusión de los resultados del estudio.

#### ■ INTERPRETACIÓN Y ESTABLECIMIENTO DE RECOMENDACIONES

Dos jornadas técnicas con los miembros del Comité Asesor, una en marzo de 2007 y otra en abril de 2008, permitieron valorar y discutir la marcha del análisis, además de comenzar a extraer conclusiones. Ambas reuniones fueron extremadamente relevantes para avanzar los planteamientos del estudio y obtener las recomendaciones y el acuerdo necesario para la redacción final del informe.





# BIBLIOGRAFÍA



- <sup>1</sup> Peden M, McGee K, Sharma G. *The Injury Chart Book: a graphical overview of the global burden of injuries*. Geneva. World Health Organization; [edición electrónica] 2002 [citado 10 Octubre 2005]. Disponible en: [www.who.it](http://www.who.it).
- <sup>2</sup> Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Editores. *World Report on Violence and Health*. Geneva. World Health Organization; [edición electrónica] 2002. [citado 10 Octubre 2005] Disponible en: [www.who.it](http://www.who.it).
- <sup>3</sup> Belli S, Bonet J, Casalmiglia A, Sáenz X, Mena M. *Psicología política: Imaginarios sociales de la violencia política*. Wikilibros. [edición electrónica]. [citado el 19 abril 2008]. Disponible en: [http://es.wikibooks.org/wiki/Psicología\\_Política:\\_Imaginarios\\_sociales\\_de\\_la\\_violencia\\_política](http://es.wikibooks.org/wiki/Psicología_Política:_Imaginarios_sociales_de_la_violencia_política).
- <sup>4</sup> Martín Beristaín C, Páez Rovira D. *Violencia, apoyo a las víctimas y reconstrucción social: experiencias internacionales y el desafío vasco*. Editorial Fundamentos; 2000.
- <sup>5</sup> Ormazabal S. *Un mapa inacabado del sufrimiento*. Documentos 13. Fundación Manu Robles-Arangiz Institutoa. Bilbao 2003.
- <sup>6</sup> Echeburúa E. *Superar un Trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Pirámide. Madrid 2004.
- <sup>7</sup> Echeburúa E, de Corral P, Amor PJ. *Evaluation of psychological harm in The victims of violent crime*. Psychology in Spain, 2003; 7:10-18.
- <sup>8</sup> LEY 4/2008, de 19 de junio, de Reconocimiento y Reparación a las Víctimas del Terrorismo. BOPV martes 1 de julio de 2008.
- <sup>9</sup> Figley, C R, Bride BE, Mazza N (Eds.) *Death and trauma: The traumatology of grieving*. Washington, DC: Taylor & Francis. 1997.
- <sup>10</sup> Collins S, Long A. *Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health care workers, a literature review*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2003; 10: 417-424.
- <sup>11</sup> Chung MCh, 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: 265-270.

- <sup>12</sup> Oliver-Smith A. *Anthropological research on hazards and disasters*. Annual Review of Anthropology, 1996; 25, 303–328.
- <sup>13</sup> WHO. “Constitution of the World Health Organization” World Health Organization; Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006; [edición electrónica] Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- <sup>14</sup> WHO. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Organización Mundial de la Salud, 2001.
- <sup>15</sup> Wade DT, Halligan PW. *Do biomedical models o illness make for good healthcare systems?* BMJ, 2004; 329: 1398-1401.
- <sup>16</sup> Moreno Martín F, De la Corte L, Sabucedo JM. *Psicosociología de la guerra: causas y efectos*. En: De la Corte L, Blanco A, Sabucedo JM (Eds.). *Psicología y derechos humanos*. Barcelona: Icaria 2004
- <sup>17</sup> WHO. *Violence and injury prevention*. “pathways and protection for interpersonal violence”. WHO Geneva. 1998. [edición electrónica] Disponible en: <http://www.who.ch/eha/pvi/infokit/state.htm>
- <sup>18</sup> Cornelius-Taylor B, Handajani YS, Jordan S, Köhler G, Korff R, Laaser U, Qureshi AF, Rabbani F, Rizvi N, Surjadi C. *Urbanization and public health: a review of the scientific literature*. In: *Urban Violence and Health., determinants and management*. Ed: Strohmeier K, Kohler G., Laaser U. WHO Kobe Center. Pub: Lage-Jacobs 2002.
- <sup>19</sup> Davidson JT, Foa EA. *Diagnostic issues in post-traumatic stress disorder*. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 100: 346-355.
- <sup>20</sup> De Jong JTVM, Komproe IH, Ommeren MV. *Common mental disorders in postconflict settings*. *Lancet* 2003; 361: 2128-30.
- <sup>21</sup> De Vries M. *How to prevent turning trauma into a disaster?*. *World Psychiatry*. 2006; 5-1: 32-33.
- <sup>22</sup> Favaro A, Rodella FC, Colombo G, Santonastaso P. *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.
- <sup>23</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV*. 4th Ed. 1994.

- <sup>24</sup> Vieweg WVR, Julius DA, Fernández A, Beatty-Brooks M, Hettema JM, Pandurangi AK. *Posttraumatic stress disorder: clinical features, pathophysiology and treatment*. Am J Med; 2006; 119: 383-390.
- <sup>25</sup> Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Pitman RK. *Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma*. Am J Psychiatry, 1998; 155: 630-637.
- <sup>26</sup> Kessler, RC , Sonnega A , Bromet E, Hugues M, Nelson CB. *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52: 1048 1060.
- <sup>27</sup> 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: 1576-1581.
- <sup>28</sup> Pennebaker JW. *A social stage model of collective coping: The Persian Gulf War and other natural disasters*. Journal of Social Issues, 1993; 49: 125-145.
- <sup>29</sup> Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: Towards a new Psychology of Trauma*. New York: The Free Press. 1992.
- <sup>30</sup> Cabrera ML, Martín Beristain C, Jiménez A, Páez D. *Violencia sociopolítica y cuestionamiento de Creencias básicas sociales*. Psicología Política, N° 32, 2006, 107-130.
- <sup>31</sup> Hertz MF, Prothrow-Stith D, Chery C. *Homicide Survivors Research and Practice Implications*. Am J Prev Med, 2005;29 (5S2):288–295.
- <sup>32</sup> Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonnano G, Milbrath C, Stinson CH. *Diagnostic criteria for complicated grief disorder*. American Journal of Psychiatry 1997; 154:904–910.
- <sup>33</sup> Steel J, Sanna L, Hammond B, Whipple J, Cross H. *Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style*. Child Abuse and Neglect, 2004; 28: 785-801.
- <sup>34</sup> 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 and Neglect. 1997; 21: 227-240.
- <sup>35</sup> Peterson L. *Coping by children undergoing stressful medical procedures: some conceptual, methodological, and therapeutic issues*. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 1989; 57: 380-387.



- <sup>36</sup> Punamäki RL, Suleiman R. *Predictors and effectiveness of coping with political violence among Palestinian children*. Br J Social Psychology, 1990; 29: 67-77.
- <sup>37</sup> Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD; Schulz LR, Davis GC, Andreski P. *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community*. Archives of General Psychiatry, 1998; 55:626-632.
- <sup>38</sup> Feiring C, Taska L, Lewis M. *Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse*. Journal of Interpersonal Violence, 1998; 13: 240-260.
- <sup>39</sup> Barrer-Collo SL. *Adult reports of child and adult attributions of blame for childhood sexual abuse: predicting adult adjustment and suicidal behaviors in females*. Child Abuse & Neglect, 2001; 25:1329-1341.
- <sup>40</sup> Tugade M, Fredrickson BL. *Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences*. Journal of Personality and Social Psychology, 2004; 86:320-333.
- <sup>41</sup> Sarason IG, Levine HM, Brasham RB, Sarason BR. *Assessing social support: the social support questionnaire*. Journal of Personality and Social Psychology, 1983; 44: 127-139.
- <sup>42</sup> Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. *Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts*. Soc Sci Med. 1995; 40: 1073-82.
- <sup>43</sup> Litty CG, Kowalski R, Minor S. *Moderating effects on physical abuse and perceived social support on the potential to abuse*. Child Abuse and Neglect, 1996; 20: 305-314.
- <sup>44</sup> Thabet AA, Vostanis P. *Post traumatic stress disorder reactions in children of war: a longitudinal study*. Child abuse and Neglect, 2000; 24: 291-298.
- <sup>45</sup> Macksoud M, Aber J. *The war experience and psychological development of children in Lebanon*. Child Development, 1996; 67: 70-88.
- <sup>46</sup> 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: 902-907
- <sup>47</sup> Punamäki RL, Qouta S, El Sarraj E. *Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children*. International Journal of Development Behaviour, 2001; 25: 256-267.

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>48</sup> Pearn J. *Children and war. Journal of Paediatrics and Child Health.* 2003; 39:166–172.
- <sup>49</sup> Moreno Martín F. *Infancia y guerra en Centroamérica.* San José: Editorial FLACSO. 1991
- <sup>50</sup> Jones L. *Adolescent understanding of political violence and psychological well-being: a qualitative study from Bosnia-Herzegovina.* Soc Sci Med. 2002; 55: 1351-71
- <sup>51</sup> Punamäki RL. *The uninvited guest of war enters childhood. Developmental and personality aspects of war and military violence.* Traumatology, 2002; 21: 349-370
- <sup>52</sup> Elbedour S, Van Slyck MR, Stern M. *Psychosocial adjustment in Middle Eastern adolescents: the relative impact of violent vs non-violent social disorganization.* Community Mental Health Journal, 1998; 34: 191-205
- <sup>53</sup> Baker AM, Shalhoub-Kevorkian N. *Effects of political and military traumas on children: the Palestinian case.* Clinical Psychology Review. 1999; 19: 935-950
- <sup>54</sup> Shigemura J, Nomura S. *Mental health issues of peacekeeping workers.* Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2002;56:483–491
- <sup>55</sup> Collins S, Long A. *Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2003;10: 417–424
- <sup>56</sup> Zimering R, Gulliver SB, Knight J, Munroe J, Keane TM. *Posttraumatic stress disorder in disaster relief workers following direct and indirect trauma exposure to Ground Zero.* J Traumatic Stress, 2006; 19:553-57
- <sup>57</sup> MMWR Weekly. *Mental Health Status of World Trade Center Rescue and Recovery Workers and Volunteers --- New York City, July 2002--August 2004.* MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2004; 53:812-815
- <sup>58</sup> Galea S, Vlahov D, Resnick H, Ahern J, Susser E, Gold J, Bucuvalas M, Kilpatrick D. *Trends of Probable Post-Traumatic Stress Disorder in New York City after the September 11 Terrorist Attacks.* Am J Epidemiol 2003;158:514–524
- <sup>59</sup> Summerfield D. *War and mental health: a brief overview.* BMJ, 2000; 321: 232-235
- <sup>60</sup> De Rivera J. *Emotional Climate: Social structure and emotional dynamics.* International Review of Studies on Emotion. Ed: Strongman T. 1992; 2: 197-218.

- <sup>61</sup> Pérez P. *El trabajo en salud mental en situación de violencia política o conflicto armado. Perspectiva histórica y redes internacionales. En: Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política.* Pérez P, Editor. Exlibris Salud Pública. Exlibris ediciones; 1999.
- <sup>62</sup> Martín Baró I. *La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador.* Revista de Psicología de El Salvador, 1988;7: 123-141.
- <sup>63</sup> CODEPU. *The effects of torture and political repression in a sample of Chilean families.* Soc Sci Med. 1989; 28: 735-40.
- <sup>64</sup> McFarlane AC. *The nature and longitudinal course of psychological trauma.* Psychiatry and Clinical Neurosciences, 1998; 52 (S1): S49-S57.
- <sup>65</sup> Fullilove MT. *The Psychiatric implications of displacement: contributions from the psychology of place.* American J Psychiatry. 1996; 153: 1516-1523.
- <sup>66</sup> Almqvist K, Brandell-forsberg M. *Refugee children in Sweden: posttraumatic Stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized Violence.* Child Abuse and Neglect; 1997;21:351-366.
- <sup>67</sup> Hertz MF, De Vos E, Cohen L, Davis R, Prothrow-Stith D. *Partnerships for Preventing Violence: a Locally-Led Satellite Training Model.* American Journal of Preventive Medicine, 2008;34 (3S):S21–S30.
- <sup>68</sup> Somasundaram DJ. *Post-traumatic stress responses to aerial bombing.* Social Science and Medicine, 1996;42: 1465-1471.
- <sup>69</sup> Lopes Cardozo B, Biluka OO, Gotway Crawford CA, Shaikh I, Wolfe MI, Gerber ML, Anderson M. *Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan.* JAMA, 2004;292:575-84.
- <sup>70</sup> Ahmad A, Sofi MA, Sundelin-Wahlsten V et al. *Posttraumatic stress disorder in children after the military operation “Anfal” in Iraqi Kurdistan.* Eur J Child Adolesc Psychiatry 2000;9:235-43.
- <sup>71</sup> Bryce JW, Walker N, Ghorayeb F et al. *Life experiences, response styles and mental health among mothers and children in Beirut, Lebanon.* Social Science and Medicine, 1989;28: 685-95.
- <sup>72</sup> Cardozo BL, Vergara A, Agani F, Gotway C. *Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo.* JAMA. 2000;284:569-577.

- <sup>73</sup> Bleich A, Gelkopf M, Solomon Z. *Exposure to terrorism, stress related mental health symptoms, and coping behaviours among a nationally representative sample in Israel.* JAMA 2003;290:612-20.
- <sup>74</sup> Pham PN, Weinstein HM, Longman T. *Trauma and PTSD symptoms in Rwanda: implications for attitudes toward justice and reconciliation.* JAMA 2004;292:602-12.
- <sup>75</sup> Smith M. *Half the Battle: Understanding the impact of The Troubles on children and young people in Northern Ireland.* The Cost of the Troubles Study. INCORE 1998.
- <sup>76</sup> Calderoni ME, Alderman EM, Silver EJ, Bauman LJ. *The Mental Health Impact of 9/11 on Inner-City High School Students 20 Miles North of Ground Zero.* J Adolescent Health . 2006, 39: 57–65.
- <sup>77</sup> Bleich A, Gelkopf M, Solomon Z. *Exposure to terrorism, stress related mental health symptoms, and coping behaviours among a nationally representative sample in Israel.* JAMA 2003; 290: 612-620.
- <sup>78</sup> Murphy H, Lloyd K. *Civil conflict in Northern Ireland and the prevalence of psychiatric disturbance across the United Kingdom: a population survey using the British Household Panel survey and the Northern Ireland Household Panel Survey.* International Journal of Social Psychiatry, 2007;53:397-407.
- <sup>79</sup> Cairns E. *Understanding conflict and promoting peace in Ireland: psychology's contribution.* Irish Journal of Psychiatry, 1994; 15: 480-493.
- <sup>80</sup> Curren PS, Miller PW. *Psychiatric implications of chronic civilian strife or war: Northern Ireland.* Advances in Psychiatric Treatment, 2001; 7: 73-78.
- <sup>81</sup> Cruz JM. *La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España.* Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 1999; 5(4/5): 259-267.
- <sup>82</sup> Vanderschueren F. *Towards safer cities.* Habitat Debate, 1998; 4 (1): 1-5.
- <sup>83</sup> Report of the Northern Ireland Victims Commissioner, Sir Kenneth Bloomfield KCB: We will remember them. The Stationery Office Northern Ireland, 1998. Recogido el 20 de octubre 2008 en: <http://cain.ulst.ac.uk/issues/victims/docs/bloomfield98.pdf>.
- <sup>84</sup> Ley 32/1999, de 8 de octubre, de Solidaridad con las víctimas del terrorismo.

- <sup>85</sup> Ley 2/2003, de 12 de marzo, de modificación de la Ley 32/1999, de 8 de octubre, de solidaridad con las víctimas del terrorismo. Boletín Oficial del Estado de 13 de marzo de 2003.





