

Violencia percibida y psicopatología en una muestra de sujetos expuestos a violencia social

Hernández-Torres S. (1), González-González C.(2), Medina-Dávalos R. (3), Madrigal-De León E. Á. (4), Calderón-Rivera D. (5).

(1) Psiquiatra SSJ, (2) Jefe de Investigación. SALME, SSJ, (3) Jefe de enseñanza. SALME, SSJ, (4) Director General Adjunto de los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud, (5) Médico asistente de investigación. Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Resumen

Introducción: La exposición a la violencia ha aumentado de forma considerable. Y por ende un elevado índice de exposición a la violencia por parte de la población ya sea de forma directa o indirecta. En México no se han investigado las consecuencias de la violencia social en la salud mental. **Objetivos:** Analizar y comparar el impacto de la violencia percibida en dos grupos de personas expuestas directa e indirectamente a la violencia social, así como sus actitudes, postura ante esta y expresión psicopatológica. **Material y Métodos:** Una muestra de sujetos de la zona metropolitana de Guadalajara (expuestos indirectamente) y habitantes de la Rivera de Chapala (expuestos directamente) a la violencia social. Se utilizaron, los siguientes instrumentos: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Escala de Trauma de Davidson, Escala de miedo a la victimización, riesgo y gravedad percibida, Cuestionario ACTIVA, y formato de variables sociodemográficas. **Resultados:** Los sujetos con exposición indirecta sufrieron delitos más comunes en ciudades como robo a mano armada y extorsión por autoridades. Los expuestos directamente tuvieron más secuestros y parientes asesinados. Se presentó una cantidad mayor de personas con síntomas de ansiedad, depresión y de estrés postraumático en los sujetos expuestos indirectamente a la violencia. **Conclusiones:** Los expuestos directamente a la violencia social tienen una mayor percepción de la gravedad y desconfianza en las instituciones, así como un mayor miedo a ser victimizados. Los expuestos indirectamente presentan mayor grado de ansiedad, depresión y estrés postraumático.

Palabras Claves.

Ansiedad, Depresión, Estrés Postraumático, Violencia Social, Violencia Percibida.

Abstract

Introduction: Exposure to violence has significantly increased; and therefore, a high population index has been exposed to violence, directly or indirectly. In Mexico, the consequences of social violence on mental health have not been investigated. **Aims:** To analyze and compare the impact of perceived violence on two groups of people directly and indirectly exposed to social violence, as well as their attitudes, posture and psychopathological expression. **Materials and methods:** A sample of subjects from the metropolitan area of Guadalajara (indirectly exposed) and residents of the Rivera de Chapala (exposed directly) to social violence. The following instruments were used: Hospital Anxiety and Depression Scale, Davidson Trauma Scale, Scale of fear of victimization, risk and perceived severity, ACTIVA Questionnaire, and format of sociodemographic variables. **Results:** Those indirectly exposed suffered more common crimes in cities such as armed robbery and extortion by authorities. Those directly exposed had more abductions and murdered relatives. A higher level of symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress were present in subjects indirectly exposed to violence. **Conclusions:** Those directly exposed to social violence have a higher perception of severity and distrust in the institutions, as well as a higher fear of being victimized. Those indirectly exposed present a higher level of anxiety, depression and post-traumatic stress.

Key Words

Anxiety, Depression, Posttraumatic Stress, Social Violence, Perceived Violence.

Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la violencia como: el uso intencional de la fuerza física o el poder, hecho o amenaza, contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad, que resulte o tenga una alta probabilidad de resultar en lesión, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privación.¹

Los tipos de violencia que reconoce la OMS son: La autoinflingida (mutilación y conducta parasuicida), la interpersonal y la violencia organizada. Todas estas formas de violencia pueden generar graves consecuencias en quienes las viven individualmente, pero también en la sociedad en su conjunto.¹

La naturaleza de los actos violentos puede ser: física, sexual, psicológica y que impliquen privación o negligencia.¹

Víctima de la violencia es “todo ser humano que sufre un malestar a causa del daño intencionado provocado por otro ser humano”. Se consideran “víctimas primarias” las personas que reconocieron haber recibido directamente un hecho de violencia colectiva y los familiares de primer grado de personas asesinadas por actos de violencia colectiva. Quienes sufrieron ante la visualización o el conocimiento de hechos violentos en terceras personas se consideran “víctimas secundarias”.²

De acuerdo con informes del año 2000, emitidos a través de Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, América Latina es el continente más violento y el que más dinero invierte para combatir la violencia social (13% del PIB). También es donde se registran las tasas de homicidio más altas sólo superado por el África Subsahariana.^{3,4}

La violencia en México ha aumentado de forma considerable en la última década, si bien no ha habido un aumento importante en los indicadores sobre la percepción de la misma, la población sí identifica que éste es el problema más grande que vive el país;⁵ en el último sexenio se reportan al menos 54 mil muertes relacionadas con la guerra entre carteles,⁶ además de otros delitos a los que está expuesta la población como serían: el secuestro, robo, coerción, extorsiones, etcétera. Se estima que un gran porcentaje de la población ha estado expuesta a la violencia de forma directa o indirecta.

En una encuesta realizada en 2011, sobre cuál considera la ciudadanía que es el problema más grave en el país,

la respuesta más común fue la violencia e inseguridad pública teniendo el 4º índice más alto en Latinoamérica.⁶ La tasa de homicidios intencionados en México aumentó de forma alarmante en la última década siendo de 11.7 en 2001 a 21.5 en 2010, más del doble de la tasa media mundial.^{7,10} El porcentaje de homicidio por armas de fuego fue de 54.9 % en ese mismo año, más del doble de las del 2001 (25.1%).⁶

En Jalisco el índice de percepción de inseguridad de la población fue 52.5 % en 2005 aumentando en 2009 a 54.9 %.⁸

El porcentaje de personas mayores de 18 años que fueron víctimas de un delito en 2008 en la zona metropolitana de Guadalajara fue de 15.2%. De acuerdo a datos publicados por la PGR. Las muertes violentas aumentaron en el estado de 70 en 2007, a 593 en 2010, mientras que entre enero y septiembre de 2011, la entidad registró 622 fallecimientos relacionados con el crimen organizado.⁶

Fuera de la zona metropolitana los municipios de Puerto Vallarta, Arandas, Ayotlán, Atotonilco el Alto y Jilotlán de los Dolores es donde se presentó el mayor índice de enero a septiembre de 2011.⁶

Se han asociado diferentes problemas de salud mental como consecuencia de la violencia social (comunitaria) entre los que se incluyen: Trastornos por estrés postraumático; trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias.^{7,8,9,10}

En este estudio se propone conocer cuáles son las consecuencias en salud mental de la violencia en dos áreas urbanas expuestas a grados diferentes de criminalidad, haciendo un comparativo en la prevalencia y las diversas secuelas psicopatológicas que tendría la misma en los ciudadanos.

Material y métodos

Sujetos

Se obtuvo una muestra tipo censo de sujetos mayores de 18 años de dos poblaciones; la zona metropolitana de Guadalajara expuestos a violencia indirecta (enterados por la radio, televisión, periódico, redes sociales e internet), y la Rivera de Chapala, expuestos a la violencia en forma directa (víctimas del crimen organizado).

Instrumentos

A los sujetos de ambas poblaciones se les evaluó sintomatología de estrés postraumático, depresión



y ansiedad y cómo percibían la violencia con: a) la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), la cual consta de 14 ítems y dos subescalas: una de ansiedad y otra de depresión. En ambas subescalas la puntuación obtenida se interpreta de acuerdo a los siguientes criterios: 0-7: rango de normalidad. 8-10: caso probable. 11-21: caso de ansiedad o depresión.¹¹ b) Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale; DTS), diseñada para evaluar la frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT desde un punto de vista subjetivo. Consta de 17 ítems. De cada ítem el paciente debe puntuar dos aspectos: la frecuencia de presentación y la gravedad del síntoma, se utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos que oscila entre 0 (nunca o gravedad nula) y 4 (diariamente o gravedad extrema), según se trate de frecuencia o intensidad. Es auto aplicada: el marco de referencia temporal es la semana previa. Los autores proponen como punto de corte una puntuación de 40.¹² c) Escala de miedo a la victimización, riesgo y gravedad percibida. Es una escala realizada y validada por la Dra. Luciana Ramos-Lira y la Dra. Patricia Andrade-Palos, publicada en 1991 en la revista latinoamericana de Psicología. Consta de tres apartados: el primero Miedo a la Victimización, el segundo apartado Riesgo percibido de victimización y la Gravedad percibida. Se constituyó por una lista de 10 reactivos, de diferentes tipos de actos delictivos y/o violentos, que consideraron diversos niveles de gravedad en cuanto a violencia física. La respuesta a los reactivos se da en un continuo de 5 opciones, desde muy grave calificado con 5 puntos, hasta nada grave calificado con 1 punto.^{13, 14, 15} d) Cuestionario del Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (ACTIVA). Cuestionario Realizado por la Organización Panamericana de la Salud en 1996, destinado a evaluar actitudes y normas culturales relacionadas con la violencia en ciudades de América Latina y España. El cuestionario se encuentra estructurado en 15 dimensiones, de las cuales en nuestra investigación utilizamos 6 de ellas: Confianza en Instituciones, Actitudes Sociales, Normas sociales y culturales (solo se incluyeron (5 ítems) los ítems relacionados con la violencia social omitiendo la violencia doméstica); Actitudes de aprobación de la violencia: (4 ítems de 11 posibles en los que se evaluó la aprobación de conductas violentas específicas); Aceptación del uso institucional de la fuerza (2 ítems en los que se evaluó el grado de aceptación o rechazo de medidas gubernamentales violentas contra grupos internos y si la presencia militar en las calles es necesaria), Victimización (se utilizaron 13 ítems para evaluar experiencias de victimización o de violencia del entrevistado), Uso de Armas (se evaluó la utilización de

armas de fuego en el hogar y fuera de este, así como el deseo de tenerlas. Se utilizaron 4 preguntas).¹⁵

Procedimiento

Previa autorización de las autoridades de la institución se procedió a la aplicación de los instrumentos a los sujetos con exposición indirecta a la violencia (zona metropolitana de Guadalajara) y a sujetos con exposición directa (sujetos de la Ribera de Chapala), la información recabada de los instrumentos y las variables sociodemográficas se vaciaron en una base de datos y se le dio tratamiento estadístico.

Análisis estadístico

Se procedió en primer término a la descripción de las variables utilizando media y desviación estándar para variables numéricas y frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para evaluar el impacto de la violencia en la salud mental, se utilizó el índice de correlación de Pearson y por último empleamos la X2 (chi cuadrada) para comparar la percepción de la violencia por ambos grupos.

Resultados

Descripción general de la muestra.

Se evaluaron 372 sujetos, 298 estuvieron expuestos en forma indirecta a la violencia (habitantes de la zona metropolitana de Guadalajara) y 74 habitantes de la ribera de Chapala quienes estuvieron expuestos directamente a la violencia.

Del total de la muestra 219 (58%) fueron mujeres, las características sociodemográficas de ambos grupos se detallan en el cuadro 1.

Cuadro 1.

Variables Sociodemográficas de los sujetos expuestos y no expuestos a la violencia social

Variable	Sujetos con exposición directa (%)	Sujetos con exposición indirecta (%)
Sexo		
Mujeres	43 (58.1)	176 (60.1)
Hombres	31 (41.9)	117 (39.9)
Edad (Media, Dt.)	32.8 +/- 10.8	32.1 +/- 12.8

Variable	Sujetos con exposición directa (%)	Sujetos con exposición indirecta (%)	Variable	Sujetos con exposición directa (%)	Sujetos con exposición indirecta (%)
Estado Civil			Situación laboral		
Soltero	33 (44.6)	150 (51.7)	Empleado	38 (51.4)	166 (58.2)
Casado	35 (47.6)	109 (37.6)	Desempleado	36 (48.6)	117 (41.1)
Unión libre	2 (2.7)	14 (4.8)			
Viudo	3 (4.1)	7 (2.4)			
Divorciado	1 (1.4)	8 (2.8)	Ingresos	\$4648.40 +/- (Media, Dt.)	\$9066.8 +/- \$18726.90
Separado	0	2 (.7)			
Religión					
Católica	68 (91.9)	222 (77.6)			
Testigo de Jehová	2 (2.7)	3 (1)			
Cristiano	0	14 (4.9)			
Otras	4 (5.4)	47 (16.4)			
Escolaridad					
Analfabeta	0	2 (.7)			
Primaria	14 (18.9)	24 (8.4)			
Secundaria	19 (25.7)	50 (17.4)			
Preparatoria	16 (21.6)	102 (35.5)			
Carrera Técnica	1 (1.4)	11 (3.8)			
Licenciatura	24 (32.4)	94 (32.8)			
Postgrado	0	4 (1.4)			

Fuente: Formato de variables sociodemográficas

Actitudes o posturas culturales hacia la violencia social.
En este apartado se evalúan varios constructos: Confianza en Instituciones, Actitudes Sociales, Normas sociales y culturales, Actitudes de aprobación de la violencia, Aceptación del uso institucional de la fuerza, Victimización y Uso de Armas.

a) Confianza en las instituciones:

El 30.6% de los sujetos expuestos indirectamente a la violencia consideran que el país va estar igual los próximos 5 años y el 44% considera que estará peor. El 24.3 % de los sujetos expuestos directamente a la violencia consideran que el país va estar igual y el 67.6 consideran que el país va estar peor los próximos 5 años. Por último 76.4% de los sujetos expuestos indirectamente a la violencia no consideran que los gobernantes del país están preocupados por lo que a ellos les pasa, similar respuesta tuvieron los sujetos expuestos directamente (75.7%). La evaluación desglosada de las instituciones se detalla en el cuadro 2.

Cuadro 2.
Evaluación de las instituciones por los sujetos con exposición directa e indirecta a la violencia social y sus diferencias

Variables	Sujetos con exposición directa; N (%)			Sujetos con exposición indirecta; N (%)			Diferencia (X2)
	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Regular	Malo	
Policía	6 (8.1)	21 (28.4)	47 (63.5)	46 (15.7)	122 (41.6)	125 (42.6)	133.3, gl 4; p<0.0001
Juzgado	6 (8.2)	21 (28.4)	47 (63.5)	60 (20.7)	101 (34.7)	130 (44.7)	78, gl 4; P<0.0001

Variables	Sujetos con exposición directa; N (%)			Sujetos con exposición indirecta; N (%)			Diferencia (X2)
	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Regular	Malo	
Sistema Penitenciario	4 (5.6)	15 (21.1)	52 (73.2)	34 (11.8)	93 (32.2)	162 (56)	NS
Fiscalia	3 (4.2)	23 (31.9)	46 (63.9)	52 (18.2)	101 (35.4)	132 (46.3)	84.1, gl 4; p<0.0001
Ejército	40 (54.8)	22 (30.1)	11 (15.1)	159 (54.4)	85 (29.1)	48 (16.4)	NS
Derechos Humanos	20 (27.8)	25 (34.7)	27 (37.5)	83 (28.6)	104 (35.7)	104 (35.8)	NS
Medios de Comunicación	16 (21.9)	29 (39.7)	28 (38.4)	94 (32.2)	89 (30.5)	109 (37.4)	55.6, gl 4; p<<0.0001

Fuente: Cuestionario ACTIVA.

b) Actitudes de aprobación de la violencia

En general los sujetos de ambos grupos tuvieron actitudes muy parecidas hacia la violencia, las opiniones se describen con detalle en el cuadro 3.

c) Aceptación del uso institucional de la violencia.

El 46.6% de los sujetos expuestos de forma indirecta a la violencia están en desacuerdo en que el gobierno se siente a negociar con grupos que se le enfrenten violentamente. El 54.8% de los expuestos directamente a la violencia están en desacuerdo en que el gobierno negocie con los grupos que se le enfrenten violentamente. El 61.8% de los sujetos expuestos indirectamente a la violencia consideran que la presencia militar en las calles es necesaria para controlar la violencia en el país. Similar respuesta tuvieron los sujetos expuestos directamente a la violencia (52.1%).

d) Victimización.

Hubo una proporción similar de sujetos que sufrieron delitos en ambos grupos. En el cuadro 4 se desglosan detalladamente el porcentaje de sujetos que sufrieron delitos en ambos grupos.

e) Uso de armas de fuego.

15.5% de los sujetos expuestos indirectamente a la violencia tienen algún tipo de arma de fuego en su casa, la principal razón para tenerla fue para protección personal 15.8%, de ellos 5.4% porta el arma al salir de casa para protegerse, y de los que no tienen arma de fuego 54% respondió que si pudieran comprarían una para su protección.

Entre los sujetos expuestos directamente a la violencia 8.1% tienen arma de fuego en su casa, el 50 % de ellos la principal razón para tenerla es por protección personal, 40% porta el arma al salir de su casa, de los que no tienen arma de fuego 38.4% tendrían una para protegerse.

Violencia percibida.

La violencia percibida fue evaluada a través de las dimensiones: miedo a la victimización, riesgo percibido de victimización personal y gravedad percibida.

a) Miedo a la victimización.

El promedio de puntuación de los sujetos con exposición indirecta fue 29.3+/- 13.3 es decir por lo menos sufrieron miedo moderado, el 47.8% reportaron miedo o mucho miedo. Los expuestos en forma directa a la violencia su puntuación promedio fue mayor (Media: 33.7, d.t. +/- 15.8, t -2.5, gl 73 p<0.05) y reportaron miedo o mucho miedo a la victimización el 52.2%.

b) Riesgo percibido de victimización.

Los sujetos expuestos en forma indirecta presentaron una promedio de puntuación de 25 +/- 12.1, es decir por lo menos perciben riesgo moderado de ser victimizados, un 37.8% reportaron riesgo probable o muy probable. Por su parte los sujetos expuestos en forma directa a la violencia presentaron un promedio de puntuación un poco mayor (media 26.3 +/- 13.6; 7-1.9, gl 73 p=0.05) y 39% de ellos reportaron un riesgo probable o muy probable a ser victimizados.

Cuadro 3.
Actitudes hacia la violencia de ambos grupos y sus diferencias

Variables	Sujetos con exposición directa			Sujeto con exposición indirecta			Diferencia (X2)
	Bueno	Regular	Malo	Bueno	Regular	Malo	
Justicia por su propia cuenta	29 (39.2)	11 (14.9)	34 (45.9)	113 (38.5)	52 (17.7)	128 (43.7)	NS
Invadir casa sin orden de cateo	7 (9.5)	10 (13.5)	57 (77)	49 (16.7)	30 (10.2)	214 (73)	224.2, gl 4; p<0.0001
Detener jóvenes sospechosos	10 (13.5)	8 (10.8)	56 (75.7)	44 (15.1)	23 (7.8)	226 (77.1)	NS
Torturar sospechosos	6 (8.2)	18 (24.3)	50 (67.6)	43 (14.7)	41 (14)	209 (71.3)	NS
Matar para defender su familia	30 (40.5)	17 (23)	27 (36.5)	166 (56.6)	39 (13.3)	88 (30)	NS
Matar para defender su propiedad	17 (23)	21 (28.3)	36 (48.7)	132 (45.2)	43 (14.7)	117 (40)	NS
Arma en casa	16 (21.6)	14 (18.9)	44 (59.5)	106 (36.2)	61 (20.8)	125 (42.7)	60.5, gl 5; p<0.0001
Portar arma	10 (13.6)	18 (24.3)	46 (62.1)	87 (29.7)	50 (17.1)	155 (52.9)	92.3, gl 5; p<0.0001

Fuente: Cuestionario ACTIVA.

Cuadro 4.
Comparación de sujetos que sufrieron delitos en ambos grupos

VARIABLE	Sujetos con exposición directa N y (%)	Sujetos con exposición indirecta N y (%)
Robo a mano armada	11 (14.9)	49(16.6)
Vio robo a mano armada	14 (19)	61(20.6)
Extorsión por autoridades	16 (21.7)	73(24.7)
Extorsión por delincuentes	18 (24.4)	46(15.5)
Desplazamiento	11 (14.9)	17(5.7)
Agresión física	11 (14.9)	32(10.8)
Agresión por policía	11 (14.9)	20(6.8)
Herido por arma blanca	7 (9.5)	12(4.1)
Herido por arma de fuego	6 (8.2)	5(1.7)
Vio herido por arma blanca	14 (19)	61(20.6)
Amenazaron de muerte	22 (29.7)	52(17.6)
Secuestrado	12 (16.3)	26(8.8)
Pariente asesinado	15 (20.3)	25(8.4)

Fuente: Escala de miedo a la victimización, riesgo y gravedad percibida.

c) Gravedad percibida.

El promedio de puntuación en esta dimensión fue 18.8 +/- 6.8 es decir los sujetos con exposición indirecta perciben de poca a moderada gravedad, el 62.2% presentaron una percepción grave o muy grave. En el caso de los expuestos directamente a la violencia el promedio de puntuación fue de 18.9 +/- 7.7, y reportaron una percepción grave o muy grave el 60.8%.

Impacto de la violencia en la salud mental.

125 (42%) personas con exposición indirecta a la violencia puntuaron por encima de 10 puntos en la subescala de ansiedad de la HAD es decir presentaron síntomas compatibles con un trastorno de ansiedad, el promedio de puntuación de dicha escala fue de 9.9 +/- 4.9 puntos; 111 (37%) puntuaron por encima de 10 en la subescala de depresión es decir tenían síntomas compatibles con depresión el promedio de puntuación de la subescala fue de 8.55 +/- 5.1; 82 (27%) sujetos obtuvieron un puntaje compatible con estrés postraumático (promedio de 26.1 +/- 30). De los personas expuestas a violencia directa (Rivera de Chapala) 20 (27%) presentaron síntomas de Ansiedad (promedio de 7.8 +/- 4.6 puntos); 13 (17%)

personas tuvieron síntomas depresivos (promedio de 6.3 +/- 4.3 puntos); y 13 (17%) presentaron síntomas de estrés postraumático (promedio de 20.9 +/- 27.1 puntos).

No hubo diferencias significativas en los promedios de las puntuaciones de las subescalas de ansiedad y depresión del HAD en ambos grupos; sin embargo, las personas expuestas en forma indirecta a la violencia social tendieron a puntuar más alto en el promedio de la escala ETD ($t = -1.7$ gl 73 $p = 0.08$).

Así mismo, hubo más personas con síntomas de ansiedad y depresión en el grupo de personas expuestas indirectamente a la violencia social ($X^2 = 110.4$, gl 21 $p < 0.0001$; $X^2 = 60.4$, gl 20 $p < 0.0001$ respectivamente).

Los delitos sufridos por los sujetos expuestos en forma indirecta correlacionaron altamente con la puntuación total de la escala de trauma de Davison. En el caso de los sujetos expuestos en forma directa a la violencia sólo dos delitos correlacionaron con las puntuaciones de las escalas de ansiedad y depresión (HAD, y una con la escala de Trauma de Davison, como lo expresa el cuadro 5.

Cuadro 5.**Influencia de los delitos sufridos por los sujetos de ambos grupos en las puntuaciones de las escala de Ansiedad y depresión Hospitalaria (HAD) y la escala de Trauma de Davison**

Delito sufrido	Sujetos con exposición directa			Sujetos con exposición indirecta
	Subescala de ansiedad (HAD)	Subescala de Depresión (HAD)	Escala de Trauma de Davison	
Robó a mano armada				$R = 0.275, p < 0.0001$
Vio robo a mano armada				$R = 0.263, P < 0.0001$
Extorsión por autoridades				$R = 0.245, P < 0.0001$
Extorsión por delincuentes				$R = 0.308, P < 0.0001$
Desplazamiento				$R = 0.480, P < 0.0001$
Agresión física				$R = 0.362, P < 0.0001$
Agresión por policía				$R = 0.276, P < 0.0001$
Herido por arma blanca				$R = 0.311, P < 0.0001$
Herido por arma de fuego				$R = 0.265, P < 0.0001$
Vio herido por arma blanca	$R = 0.315, p < 0.05$	$R = 0.283, p < 0.05$	$R = 0.288, P < 0.05$	$R = 0.372, P < 0.0001$
Amenazaron de muerte	$R = 0.243, p < 0.05$	$R = 0.294, p < 0.05$		$R = 0.293, P < 0.0001$
Secuestrado				$R = 0.222, P < 0.0001$
Pariente asesinado				$R = 0.197, P < 0.005$

Fuente: Escalas clínicas (depresión, ansiedad y estrés postraumático)

Discusión

La eficiencia de instituciones de servicio público tales como la policía, los juzgados, el sistema penitenciario y la fiscalía (ministerio público) fueron evaluados por los sujetos encuestados en ambas muestras como mala; la evaluación de derechos humanos se encuentra dividida en ambas muestras entre regular y mala, respecto a los medios de comunicación en los sujetos con exposición directa la calificación se encuentra dividida entre regular y mala y en los sujetos con exposición indirecta existe divergencia entre las 3 opciones. La única institución de servicio público con una calificación positiva en ambas muestras fue el ejército. Cabe señalar que esto no refleja necesariamente las condiciones reales de las instituciones sino cómo son percibidas y, por consiguiente, cómo actuarán las personas hacia ellas.

Frente a las actitudes de aprobación de la violencia, hubo pocas divergencias en ambas muestras, recalando sólo los siguientes puntos: al cuestionarles si la policía tiene derecho a invadir una casa sin orden de cateo para perseguir criminales, un porcentaje mayor de los sujetos expuestos directamente a la violencia están en desacuerdo. Similar porcentaje se obtuvo al preguntar si “el tener un arma en la casa, hace que sea más segura, o sí portar un arma hace que una persona esté más segura”.

En la actitud sobre el uso institucional de la violencia, ambas muestras se encuentran en desacuerdo en que el gobierno negocie un acuerdo con grupos delictivos y en que la presencia militar en las calles sea necesaria para controlar la violencia en el país.

Los resultados del estudio nos indican una alta exposición de la población a sucesos violentos. Aunque la proporción de sujetos que sufrieron delitos es similar en ambos grupos, los sujetos con exposición indirecta estuvieron expuestos a delitos más comunes en las grandes ciudades como el robo a mano armada y extorsión por autoridades, haber sido víctima de delitos considerados graves tales como extorsión por delincuentes, desplazamiento, haber sido heridos por arma de fuego y sufrir amenazas de muerte, secuestros y parientes asesinados fue mayor en los sujetos con exposición directa a la violencia social.

El porcentaje de sujetos que tienen arma de fuego fue pequeño en ambas muestras, sin embargo la mitad de los expuestos directamente expresó tenerla para su

protección personal y cerca de la mitad afirma llevar el arma consigo cuando sale de su casa. Siendo en ambas preguntas muy superior el porcentaje comparado a los no expuestos. La tenencia de armas o el acceso fácil a las mismas es un sólido factor predictivo de la violencia.

La percepción de la violencia fue similar en ambas muestras, cuando se evaluó que tanto miedo tenían de ser victimizados los sujetos expuestos presentaron puntajes más altos, lo mismo sucedió sobre la percepción del riesgo de ser victimizados, sin embargo al evaluar la gravedad de diferentes tipos de actos delictivos los sujetos expuestos indirectamente tuvieron un puntaje mayor.

Contrario a lo esperado hubo una cantidad mayor de personas con síntomas de ansiedad, depresión y de estrés postraumático en los sujetos expuestos indirectamente a la violencia, probablemente debido a que entre esta muestra se detectaron una cantidad importante de personas que sufrieron delitos, y que la forma en que perciben la gravedad de los actos delictivos es mayor entre ellos. En los expuestos en forma directa a la violencia social el haber presenciado a sujetos heridos por arma blanca y el haber sido amenazado de muerte fueron los únicos que se correlacionan con psicopatología.

Como ya se ha mencionado existe poca investigación respecto a la relación de la violencia con la psicopatología, en el proyecto ACTIVA, aunque se habían evaluado las actitudes y normas culturales frente a la violencia, los datos obtenidos se relacionaron con la posibilidad de ser un agresor y no con sus consecuencias psicopatológicas, por lo tanto los resultados no pueden ser comparables.¹⁶

En lo respectivo a la exposición a un suceso violento y sus posibles consecuencias psicopatológicas el único punto de referencia en nuestro país es el estudio realizado por la Doctora Medina-Mora, empero en ese caso en particular se evaluaron diversos tipos de violencia y no sólo la violencia social, los puntos en que confluyen ambos estudios son los siguientes: víctima de agresión física, secuestros, robo con arma, y ver que hirieran o mataran a alguien. En ese estudio la prevalencia total de estrés postraumático fue menor que en el realizado por nosotros y los sucesos violentos que se relacionaron más con el estrés postraumático fueron la violación, el ser perseguido y acosado y el secuestro.⁸

En estudios realizados posterior a ataques terroristas en los que se analizó el impacto en la salud mental, encontraron una prevalencia en estrés postraumático que oscila en cifras mayores que en nuestra muestra, y con una prevalencia en síntomas depresivos similar a la obtenida por nosotros.¹⁷

En otro estudio realizado en víctimas directas de atentados terroristas en España encontraron una prevalencia superior de síntomas depresivos así como de ansiedad que la obtenida en el nuestro.¹⁸

Son pocos los limitantes de este estudio, entre ellos cabría señalar un sesgo en el tamaño de la muestra de los sujetos expuestos a la violencia. Además que entre los sujetos expuestos de forma indirecta a la violencia social se incluyeron algunos que tuvieron exposición directa y viceversa.

Conclusión

La percepción de la gravedad de la violencia es mayor en los expuestos directamente a la violencia quienes revelaron mayor desconfianza en las instituciones, tuvieron mayor miedo a la victimización y percibieron mayor riesgo de ser victimizados.

Los expuestos indirectamente tuvieron mayores puntuaciones en escalas de ansiedad, depresión y estrés postraumático presentaron mayor gravedad percibida.

Contacto: Instituto Jalisciense de Salud Mental,
Av. Zoquipan 1000 "A", colonia Zoquipan, Zapopan Jalisco,
C.P. 45170.
cesar_gonzalez_gonzalez@msn.com.

Referencias bibliográficas

1. Krug E G, Linda Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. *The lancet* 2002; 360 (9339): 1083-1088.
2. Larizgoitia I, Izarzugaza I, Iraurgi L, Ballesteros J, Forero C G., Markez I et al. Impacto de la violencia colectiva en la salud. Resultados del estudio ISAVIC en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria* 2011; 25 (2):108-114.
3. Buvinic M. Un balance de la violencia en América Latina: los costos y las acciones de prevención. Banco Mundial. *Pensamiento Iberoamericano*. 2008. (2): 37-55.
4. Buvinic M; Morrison A; Shifter M. La violencia en América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción. *Inter-American Development Bank Washington D.C.* 1999.
5. Lagos M, Dammert L. La seguridad ciudadana. El problema principal de América Latina. *Corporación Latinobarómetro*. Lima 2012.
6. Procuraduría General de la República. Página web. Resultados/ Estadística. Incidencia delictiva nacional. Octubre 2012. pgr.gob.mx
7. Rasinski KA, Berkold J, Smith T W, Alberston B L. America Recovers: A Follow-Up to a National Study of public response to the September 11th Terrorist Attacks. Chicago, IL: National Organization for Research at the University of Chicago (NORC) 2002.
8. Whalley MG, Brewin CR. Mental health following terrorist attacks. *The British Journal of Psychiatry* 2007; 190 (2): 94-96.
9. Steel Z, Tien C, Silove D, Marnane C, Bryant R, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. A systematic review and Meta-analysis. *JAMA* 2009; 302 (5): 537-549.
10. Bobes J, Calcedo-Barba A, García M, Francois M, Rico-Villedemoros F, González M P, Bascarán M T, Bousño M. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación de estrés postraumático. *Grupo Español de trabajo para el estudio del Trastorno por Estrés Postraumático. Actas Esp de Psiquiatría* 2000; 28 (4): 207-218.
11. American Psychiatric Association: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR), cuarta edición revisada, Barcelona, Masson, 2002.
12. Herrero M J, Blanch J, Peri J M, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry* 2003; 25 (4): 277-283.
13. Ramos-Lira L, Andrade-Palos P. La victimización: Miedo, riesgo percibido y gravedad percibida. Construcción y validación de escalas. *Revista Latinoamericana de Psicología* 1991; 23 (2):229-246.
14. Ramos Lira L, Saltijeral M T, Caballero M A. Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental* 1996; 28 (supl 1): 19-32.
15. Fournier M, de los Ríos R, Orpinas P, Piquet-Carneiro L. Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (proyecto ACTIVA) *Rev Panam Salud Pública* 1999; 5 (4/5): 222-231.
16. Medina-Mora I M E, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J, Fleiz-Bautista C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México* 2005; 47 (1): 8-22.
17. Miller A M, Heldrig M. Mental health and primary care in a time of terrorism: psychological impact of terrorism attacks. *Families Systems & Health* 2004; 22(1) 7-30.
18. Baca E, Cabañas M L, Perez-Rodriguez, M M y Baca-García E. Trastornos mentales en las víctimas de los atentados terroristas y sus familiares. *Medicina clínica*. 2004, 122 (18): 681-685.