

fundación

ASMOZ

formación on-line

Asistencia a las Víctimas de Experiencias Traumáticas

4.3. El impacto psicológico en las víctimas de terrorismo

Profesora: © María Soledad Cruz Sáez



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

ÍNDICE

Introducción.....	3
1. Patología psicológica de las víctimas del terrorismo.....	6
2. Factores de riesgo y protección.....	11
3. El proyecto Fénix: estudio sobre las víctimas de terrorismo en España.....	13
3.1. Las características sociodemográficas de la población estudiada	14
3.2. Relaciones entre el grado de afectación y distintas variables	15
3.3. La salud mental en las víctimas del terrorismo y sus familiares.....	16
4. Estudios de investigación sobre psicopatología y terrorismo.....	17
Referencias bibliográficas.....	20

INTRODUCCIÓN

La meta del acto terrorista es inducir un estado de incertidumbre psicológica, de vulnerabilidad personal y miedo. El terror, la muerte y la destrucción son los medios utilizados por los terroristas para desencadenar una grave perturbación del orden social. Las reacciones psicológicas que siguen a los ataques terroristas son más intensas y más prolongadas que las reacciones psicológicas que siguen ante los desastres naturales.

Toda acción terrorista, en tanto que supone una intervención humana en forma de violencia arbitraria y desmedida con el propósito de causar daño y muerte, presenta elementos que pueden ocasionar consecuencias psicopatológicas en las víctimas. En general, todo atentado terrorista supone una sensación de indefensión profunda, una readaptación personal y familiar a la nueva situación, y la pérdida del rol personal o social anterior (Echeburúa y Corral, 1998).

Según Baca (2006), los aspectos que definen un acto terrorista son:

- a) Atenta contra la vida, la seguridad o los bienes de las personas.
- b) Se realiza con el fin de obtener la máxima difusión del hecho, producir terror, amedrentamiento o inseguridad en los que los sufren, sea directa o indirectamente, y en la población general.
- c) Las repercusiones buscan presionar a gobiernos, instituciones o colectivos para que se plieguen a la voluntad o deseos de los terroristas.
- d) La presión se basa en la idea de amenazar a la población para que los gobiernos se sientan obligados a ceder a las pretensiones de los terroristas.
- e) En la estrategia del terrorista está la idea de que las víctimas acabarán percibiendo al gobierno o a las instituciones como responsables, en tanto que no son capaces de defenderlas y en tanto que no son capaces de acabar con el problema. Esta es la razón por la que el acto terrorista pretende siempre ser y aparecer como imprevisible, impactante, inesperado, implacable, incontrolable y con la mayor publicidad posible.

Las víctimas del terrorismo son víctimas intencionales, y nunca accidentales, aunque su victimización se produzca en el marco de atentados indiscriminados o se pretendan considerar daños colaterales.

Entre las víctimas del terrorismo hay que distinguir dos tipos cuyas diferentes implicaciones en el proceso de victimización han sido bien estudiadas. Las víctimas que por su trabajo u ocupación pueden ser objetos de la acción terrorista (militares, policías, políticos, etc.) y la población civil que puede sufrir las consecuencias de atentados indiscriminados y dirigidos a otra persona. En las primeras hay una intencionalidad clara y dirigida hacia el agredido, en los segundos hay un componente de accidentalidad que no por ello elimina la intencionalidad del atentado de provocar daño, terror e inseguridad.

El concepto de víctima del terrorismo integra dos componentes importantes (Echeburúa, 2005):

- *Componente objetivo*: hace referencia al hecho de haber perdido una vida humana o haber sufrido daño físico o psicológico, amenazas, menoscabo de la libertad, etc.

- *Componente subjetivo*: hace referencia a las reacciones emocionales negativas que experimentan las víctimas. Reacciones que pueden ser muy diferentes y variar considerablemente de unas víctimas a otras. Estas reacciones emocionales experimentadas pueden, consecuentemente, llevar a la persona a desarrollar una serie de conductas, que le repercutan negativamente en la calidad de vida (miedo a salir solo a la calle, cambio de horarios y rutinas, cambio de residencia, necesidad de ir con escolta....).

En cuanto al primer componente, al componente objetivo, hay una realidad indiscutible, la persona no va a dejar de ser víctima ya que no se puede borrar lo que ha ocurrido. Teniendo esto en cuenta, resulta de mayor relevancia centrarse en el segundo componente, el componente subjetivo, ya que aquí sí que es posible que la persona deje de ser víctima. Para ello, la persona debe intentar combatir las reacciones negativas emergentes, si es necesario con ayuda profesional, para poder afrontar de nuevo la vida, y no dejar que este componente subjetivo llegue a apoderarse de la persona hasta tal punto, que sea casi exclusivamente lo único que de sentido a su vida y llegue a regirla por completo; en definitiva, que la persona se centre en *vivir* y no se limite únicamente a *sobrevivir* (Baca y Cabanas, 2003).

En el caso del terrorismo hay que tener en cuenta que además de las víctimas directas también hay víctimas indirectas: a) las que han presenciado el atentado sin haber resultado afectadas directamente, y b) las que, habiendo presenciado o no el atentado, tienen relaciones de parentesco con la víctima directa.

La posición de la víctima de terrorismo, sea directa o indirecta, es la de alguien que se encuentra atacado sin que pueda entender racionalmente el motivo y en qué medida se ha convertido en el enemigo de alguien que no conoce y con el que, en muchas ocasiones, no tiene ningún tipo de contacto directo o indirecto.

La victimización primaria deriva del hecho violento, la secundaria de la deficiente relación posterior entre la víctima y el sistema jurídico-penal, el gobierno o los servicios sociales. Las víctimas de atentados terroristas en España aparecen durante el procedimiento como un sujeto pasivo y no reciben información oficial de la marcha de las diligencias policiales ni de los procedimientos judiciales. El maltrato institucional contribuye a agravar el daño psicológico de la víctima. La incertidumbre de un proceso penal que nunca parece concluir, la reacción de la parte denunciada que puede acusar, injuriar y amenazar a la víctima, etc. son aspectos que contribuyen a agravar el estado de la víctima. Por no hablar de la dilación de los juicios orales, juicios que hacen revivir el acontecimiento mucho tiempo después y donde surgen preguntas que tratan de poner en duda el relato de los hechos. Además, las víctimas tienen que soportar que el terrorista no se sienta culpable sino que justifica su acción, de la que en muchos casos se muestra orgulloso. Esta postura es apoyada por sus partidarios, por lo que las víctimas, en vez de percibir el reproche social hacía los terroristas, lo que perciben es el enaltecimiento de los actos terroristas. Esto causa en las víctimas desconcierto, aumento de la sensación de abandono y de falta de apoyo social aspecto que constituye uno de los aspectos esenciales de protección ante los efectos psicológicos del atentado.

En esta victimización secundaria habría que añadir el nefasto papel jugado por los medios de comunicación cuando no han respetado la intimidad de las víctimas, han tratado de buscar una justificación al atentado (la víctima era un delator o colaborador, traficante, etc.), o se han recreado en los aspectos más escabrosos o en las imágenes más impactantes de la tragedia, cuando dan una cobertura extensa a los comunicados de la banda terrorista o a los homenajes que se hace a los terroristas.

En el caso de las víctimas del terrorismo puede darse, asimismo, una victimización terciaria que es la que se produce cuando el agresor identificado y condenado obtiene legalmente la libertad. Con cierta frecuencia esto se acompaña de una aceptación social de la acción terrorista o del terrorista (se les rinden homenajes, dedican calles, etc.) que coloca a la víctima en una nueva situación de indefensión y agresión.

Baca (2006) señala que en general, la victimización secundaria y terciaria dependen de dos tipos de factores: a) uno general, de tipo social que comprende las circunstancias ambientales concretas y la reacción de las instituciones ante el hecho terrorista y b) otro personal, de la víctima que está en relación con el grado inicial de afectación psicológica y, en general, con los factores de riesgo y protección en relación con el trauma del atentado.

1. PATOLOGÍA PSICOLÓGICA DE LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO

Las primeras reacciones que pueden aparecer en las víctimas hacen referencia a (Echeburúa, 2004; Echeburúa, 2005; Graña, 2005):

- Malestar generalizado.
- Aislamiento.
- Pérdida de apetito.
- Insomnio.
- Desesperanza.
- Somatizaciones.
- Ansiedad.
- Síntomas depresivos.
- Pérdida de autoestima.
- Desconfianza en los propios recursos para afrontar la vida futura
- Sentimientos de culpa (no haber ayudado a otras víctimas, haber sobrevivido...).
- Quiebra en el sentimiento de seguridad en la persona y en el entorno familiar.

Este proceso de victimización puede llevar a la persona a desarrollar sesgos cognitivos derivados de la propia percepción de los sucesos. Así, la propia víctima

puede llegar a pensar que el mundo es maligno, que el mundo no tiene sentido, que la persona misma no tiene dignidad y que la gente no es honrada (Echeburúa, Corral y Amor, 2004).

A medio y largo plazo, pueden aparecer en las víctimas (Baca y Cabanas, 2003; Echeburúa, 2005; Graña, 2005):

- *Trastornos de conducta*: dependencia emocional excesiva, actitudes victimistas, pasividad, tendencia a la introversión, embotamiento afectivo, etc.
- *Tendencia a la desconexión* entre el relato del atentado y la vivencia emocional.
- *Irritabilidad* debido a una baja tolerancia a la frustración ante acontecimientos cotidianos, lo que puede dar lugar a reacciones agresivas, normalmente hacia familiares y personas cercanas. Estas reacciones agresivas, también pueden estar dirigidas hacia ellos mismos (ideas de suicidio, abuso de alcohol, conductas de riesgo).
- *Ataques de pánico*: sensación intensa de miedo y angustia, acompañada por taquicardia, sudoración, náuseas, temblores, etc. Ocurren mayormente, cuando la persona se expone a situaciones relacionadas con el hecho traumático.
- *Depresión*: pueden aparecer episodios depresivos en los que la víctima sufre pérdida de interés y de autoestima; pueden aparecer incluso ideas suicidas recurrentes, sobre todo en los casos en los que se ha perdido algún ser querido en el suceso traumático.
- *Abuso de drogas*: suele ser frecuente que las víctimas recurran al alcohol y a otras sustancias como respuesta al malestar que sufren.
- *Conductas de miedo-evitación extremas*: en la mayoría de los casos aparecen conductas de evitación de todo lo relacionado con la situación traumática. Puede incluso ocurrir que la víctima generalice este miedo y conductas de evitación a otro tipo de situaciones.
- *Transformación permanente de la personalidad*: aparición de rasgos de personalidad nuevos, estables e inadaptables, que se mantienen durante al menos dos años, que llevan a un deterioro de las relaciones interpersonales y a una falta de rendimiento en la actividad laboral.
- *Trastorno de Estrés Postraumático*: respuesta intensa de miedo, terror e indefensión, caracterizado por: la reexperimentación del suceso traumático

en forma de sueños, imágenes, recuerdos constantes, etc.; evitación a nivel cognitivo y a nivel conductual de lugares y/o situaciones asociadas al evento traumático; y respuestas de hiperactivación y vigilancia como dificultades de concentración, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, etc.

Atendiendo a las manifestaciones de la sintomatología psicológica en las personas víctimas de terrorismo, se podría hablar de un patrón relativamente común de reacción. Según Acierno, Kilpatrick y Resnick (1999), las personas pueden pasar por las siguientes fases:

- *Primera fase: Negación.* La persona tiende a negar la realidad que está viviendo, debido a la dificultad que supone tomar conciencia de que se ha sido objeto de un atentado terrorista.
- *Segunda fase: Pánico, espanto y terror.* Poco a poco la persona se va haciendo consciente de la realidad y empiezan a aparecer, consecuentemente, sentimientos de pánico, espanto y terror ante lo sucedido.
- *Tercera fase: Depresión.* Una vez integrada la realidad del suceso ocurrido y el trauma que supone, puede aparecer un cuadro depresivo asociado al mismo. El cuadro depresivo se puede manifestar a través de diferente sintomatología: apatía, resignación, irritabilidad, insomnio, pesadillas, autoacusaciones, etc.
- *Cuarta fase: Integración Psíquica.* Finalmente se consigue integrar a nivel psicológico lo ocurrido, lo que permite y ayuda al desarrollo de nuevas defensas o estrategias para poder evitar la incidencia de situaciones de victimización.

La amenaza a la propia vida o a la integridad psicológica, las lesiones físicas graves, la percepción del daño como intencionado, la pérdida violenta de un ser querido y la exposición al sufrimiento de los demás dan origen al daño psicológico. Además de las reacciones inmediatas (malestar generalizado, aislamiento, pérdida de apetito, insomnio, etc.) que tienden a remitir a las pocas semanas, las víctimas pueden experimentar síntomas de ansiedad y depresión acompañados de pérdida de autoestima y una cierta desconfianza en los recursos propios para encauzar la

vida futura. Hay acuerdo general en que las consecuencias psicopatológicas más graves de las acciones terroristas no son precisamente las que afloran en los primeros momentos tras el atentado. Las consecuencias inmediatas se inscriben dentro de las reacciones a las situaciones de estrés agudo y presentan una gama de formas clínicas que van desde las reacciones disociativas hasta los cuadros de ansiedad aguda con o sin alteraciones de conducta.

La amnesia disociativa se suele asociar a los sucesos traumáticos. La amnesia consiste en la imposibilidad de recordar la información relacionada con el acontecimiento negativo que no se puede atribuir a un simple olvido. La existencia de este tipo de amnesia puede explicarse por los sentimientos de vergüenza o de culpabilidad experimentados y por la tendencia a olvidar hechos desagradables, así como a la percepción deformada de lo ocurrido. Esta amnesia tiene efectos negativos: impide la expresión emocional del suceso, evita el apoyo social que se suele dar en estos casos, bloquea la reevaluación cognitiva de lo ocurrido y facilita las conductas de evitación. Todo esto provoca una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, una pérdida de interés por lo que resultaba atractivo y un embotamiento afectivo para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura (Echeburúa y Corral, 1998).

En el caso de que se hayan producido heridas físicas como consecuencia del atentado, el daño psicológico adicional es mayor que cuando no las hay; pero, los heridos graves tienen con frecuencia un mejor pronóstico psicológico debido a que se les considera más fácilmente víctimas y cuentan con un mayor grado de apoyo social y familiar.

La patología principal descrita en las víctimas del terrorismo es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Alteración ligada a situaciones de riesgo real o percibido de muerte y que también se da en otras víctimas de situaciones traumáticas. Como ya se ha expuesto previamente, el elemento nuclear del trastorno por estrés postraumático es la percepción de una amenaza incontrolable a la integridad física o psicológica de la persona. Las víctimas del terrorismo que presentan TEPT se caracterizan por una gran presencia de pensamientos intrusivos (recuerdos muy vívidos y recurrentes de lo que sucedió antes y durante el suceso traumático). Aunque el carácter reciente del trauma hace más probable la presencia y gravedad del trastorno de estrés postraumático, un tercio de las víctimas padecen el trastorno, o un conjunto de síntomas significativos, meses e incluso años

después. Por lo que, este trastorno no remite espontáneamente con el transcurso del tiempo y tiende a cronificarse.

Sin embargo, entre los trastornos que aparecen en las víctimas del terrorismo, hay datos que nos llevan a pensar que el TEPT no es la patología más prevalente aunque sea la más grave. Las patologías prevalentes tras el atentado son: las reacciones de estrés agudo, los trastornos afectivos (especialmente depresión mayor) y las crisis de ansiedad (crisis de angustia y ansiedad generalizada). Asimismo, pueden aparecer de forma temprana los signos y síntomas típicos del TEPT. Como consecuencia de estas alteraciones, la calidad de vida de las víctimas es sensiblemente más baja que la de la población general. Los trastornos afectivos y de ansiedad, así como los trastornos adaptativos pueden estabilizarse o cronificarse. Y se pueden asociar otro tipo de alteraciones como: consumo de sustancias, alteraciones hipocondríacas y diferentes trastornos somatomorfos.

A medio y largo plazo pueden aparecer trastornos de conducta que pueden alterar las relaciones familiares. Entre ellos podemos citar los siguientes: irritabilidad, dependencia emocional excesiva, actitudes victimistas o rentistas, pasividad, una mayor tendencia a la introversión y al embotamiento afectivo.

Hay pocos estudios de seguimiento a largo plazo de las víctimas de atentados terroristas pero lo que existen señalan una clara tendencia a la cronificación de las consecuencias psicopatológicas. Los estudios llevados a cabo en España indican de forma consistentemente que las alteraciones producidas son extensas y duraderas. Si bien en un primer momento, la afectación de la salud mental es mayor en las víctimas directas que en las indirectas o en los familiares, a medida que avanza el tiempo los niveles de afectación se van igualando en los tres grupos conformando un único grupo que se diferencia de forma nítida de la población general por presentar niveles más bajos de salud mental.

Baca y Cabanas (1997) en un trabajo de investigación en víctimas de atentados terroristas en España, en el que analizan los niveles de salud mental estimados a través de la probabilidad de presentar alteraciones psicopatológicas relevantes y el nivel de calidad de vida, llegan a las siguientes conclusiones:

1. Existe una asociación significativa entre pertenecer al colectivo de víctimas de atentados terroristas o ser familiar en primer grado de dichas víctimas y

riesgo de presentar alteraciones psicopatológicas. Este riesgo es 2,55 veces mayor que el estimado en estudios realizados en la población general.

2. El ser víctima directa del atentado no supone un mayor riesgo de ser un caso psiquiátrico que el ser familiar de dicha víctima. Los familiares de las víctimas se encuentran tan afectados psicológicamente como las víctimas directas. Sin embargo, en las víctimas directas se detecta una mayor presencia de síntomas específicos de ansiedad y depresión.
3. La calidad de vida de las víctimas y familiares es significativamente inferior a la que presentan las muestras de la población general.
4. Los individuos que presentan mayor riesgo de padecer trastornos emocionales presentan peor calidad de vida.
5. El ser padre o hermano de víctima se asocia significativamente a un mayor riesgo de presentar alteraciones psicopatológicas, que el ser víctima directa o familiar de otro tipo.
6. Cuando el apoyo familiar a la víctima es percibido por ésta como escaso, insuficiente o nulo, aumenta significativamente el riesgo de presentar alteraciones psicopatológicas.

En síntesis, se puede decir que el conjunto de las personas afectadas directamente (bien por haber sido objeto del atentado, bien por tener un familiar directo implicado en el mismo) aparece como un colectivo claramente vulnerable a la probabilidad de presentar alteraciones psicopatológicas. Asimismo, se observa que el atentado provoca una clara repercusión negativa en la calidad de vida, destacándose dos circunstancias agravantes de esta situación: el parentesco próximo (padres o hermanos) de las víctimas y la falta de apoyo familiar, tal y como éste es subjetivamente percibido por los afectados.

2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Las clasificaciones internacionales (DSM-IV-TR, CIE-1) coinciden en atribuir al hecho estresante la principal función etiológica en la aparición de cualquier

trastorno relacionado con la victimización. Sin embargo, el hecho estresante constituye una causa necesaria pero no suficiente. Ya que hay una serie de sujetos que, a pesar de estar sometidos a situaciones estresantes (amenaza a la vida, indefensión y pérdidas materiales, etc.), no desarrollan patología alguna. Por ello, deben de existir características de tipo personal y ambiental que deben de actuar como factores de riesgo y de protección ante el impacto patógeno que supone el acontecimiento estresante.

Los factores causales, de riesgo y de protección, que aparecen en prácticamente todos los trabajos publicados, para la aparición de cualquier tipo de psicopatología en víctimas del terrorismo, son los siguientes:

- a) *Naturaleza e intensidad del acontecimiento traumático.* En general puede decirse que, los actos terroristas que suponen una amenaza inmediata, súbita y violenta para la vida o integridad del sujeto, que son inesperados y toman al individuo por sorpresa y sin preparación para afrontarlos, son los que poseen un mayor potencial patógeno. A estas características hay que añadir la gravedad objetiva del suceso, la posibilidad de recurrencia, el grado de exposición del individuo, la duración del acontecimiento y el papel de sujeto durante la experiencia.
- b) *Factores de personalidad del sujeto afectado.* En general, la ausencia de estrategias adaptativas adecuadas en la vida ordinaria del sujeto, previa a la situación traumática, debe considerarse como un factor de riesgo, así como la existencia de rasgos histéricos e hipocondríacos en dicha personalidad previa, aunque no pueden considerarse como datos concluyentes. La principal discusión al valorar los posibles efectos moduladores de los rasgos de personalidad en la producción de cuadros postraumáticos es la cuestión de si dichos rasgos son preexistentes al trauma o consecuencia de modificaciones surgidas tras la experiencia traumática. No obstante, la organización previa de la personalidad es muy relevante para la respuesta adaptativa o no a la situación traumática, ya que, en definitiva, son los diferentes aspectos de la estructura personal del individuo los que intervienen en la forma en que éste percibe y considera los acontecimientos externos que le suceden.

- c) *Psicopatología previa y antecedentes familiares.* La presencia de antecedentes psiquiátricos personales es un factor de riesgo para el desarrollo de cualquier patología postraumática. Los antecedentes psiquiátricos personales (rasgos anormales de personalidad y antecedentes de trastornos de ansiedad y afectivos) se consideran factores de riesgo aunque no se conoce con exactitud el mecanismo por el cual actúan. En el caso de los antecedentes familiares, también hay datos consistentes que apoyan la hipótesis de que éstos constituyen un factor de riesgo.
- d) *Acontecimientos vitales y respuesta al trauma.* Los acontecimientos vitales que suceden en el periodo anterior y posterior al atentado tienen un efecto aditivo sobre el riesgo de afectación de las circunstancias psicológicas del afectado, por lo que constituyen un factor de riesgo tanto para la aparición como para la gravedad y la cronificación de las consecuencias psicopatológicas del atentado. La importancia de los acontecimientos vitales radica en la hipótesis de que el impacto de los sucesos sobre el individuo es aditivo y de que la presencia de acontecimientos vitales pone a prueba la capacidad adaptativa del sujeto.
- e) *Existencia de una red social adecuada y de apoyos consistentes en la comunidad.* Todos los trabajos realizados muestran de forma consistente que el mayor factor de protección, en tanto que impide la aparición de consecuencias psicopatológicas graves en el sujeto, es la existencia de una red social adecuada y de un apoyo expresado a la víctima. Los datos disponibles apuntan consistentemente a que el soporte social percibido (particularmente, el soporte familiar) es un factor de protección ante las consecuencias del estrés traumático al actuar como un amortiguador.

3. EL PROYECTO FÉNIX: ESTUDIO SOBRE LAS VÍCTIMAS DE TERRORISMO EN ESPAÑA. E. BACA, M. L. CABANAS y E. BACA-GARCÍA (2003).

El proyecto Fénix constituye una base de datos que proporciona elementos para profundizar en el estudio de las consecuencias que sobre los individuos afectados tiene el hecho traumático de ser víctima y/o familiar de víctima de un atentado terrorista.

Para llevar a cabo este proyecto se realizaron entrevistas a 2.998 personas, pertenecientes a 544 unidades familiares, que suponían el 37,4% del total de la población de víctimas de terrorismo en enero de 2001. De esta muestra, el 17,6% eran víctimas directas supervivientes de atentados (n= 533), el 73,1% eran familiares de víctimas (n = 2188) y un 5,4% reunían las dos condiciones (n= 161), eran víctimas directas supervivientes y tenían un familiar de primer grado víctima directa.

Las 544 familias estaban afectadas por un total de 426 atentados. En 369 de dichos atentados se produjeron víctimas mortales (71,8%), en 245 heridos con secuelas físicas permanentes (57,5%) y en 149 heridos sin secuelas físicas permanentes (35%). En 115 (27%) atentados se causaron daños materiales en propiedades de las víctimas. En 350 casos los atentados estuvieron dirigidos a personas concretas, de éstos 180 casos (42,3%) fueron perpetrados con explosivos y en 170 (40,1%) mediante disparos. El resto fueron atentados indiscriminados realizados preferentemente con explosivos (76 casos, 17,1%).

3.1. Características sociodemográficas de la población estudiada:

Edades de la muestra en el momento de la entrevista: el 80,7% de las víctimas se encontraban en la franja de edad de 35 a 65 años y más del 50% de los familiares tenían entre 18 y 35 años. En el momento del atentado, un 52,6% de las víctimas directas eran adultos jóvenes (entre 18 y 35 años) y un 41,5% eran adultos de edad comprendida entre 35 y 55 años. El 35,9% de los familiares eran adolescentes menores de 18 años y el 36,6% tenían una edad comprendida entre 18 y 35 años. El 3% de los familiares han nacido tras el atentado y son hijos de víctimas directas supervivientes.

El grupo de víctimas directas que eran, a la vez, familiares de primer grado de otras víctimas tenían una distribución más dispersa. El 25% eran menores de 18 años, el 31,9% tenían edades comprendidas entre 18 y 35 años (predominantemente hijos mayores y esposos) y un 43,1% tenían entre 35 y 55 años.

La distribución por sexo era la siguiente: las víctimas directas eran predominantemente varones (81,6%). Entre los familiares de víctimas se encontró

que el 69,5% eran mujeres, y en el subgrupo de víctimas directas y familiares de víctimas, las mujeres alcanzaban el 61%.

La mayoría de las víctimas directas pertenecía a cuerpos policiales o militares (68,3%) y un 8,4% eran funcionarios civiles. Los familiares de víctimas eran fundamentalmente amas de casa (29,7%). El 23,7% eran trabajadores por cuenta ajena y el 18,9% eran estudiantes. Entre los familiares de víctimas que a su vez eran víctimas directas, el 23,4% eran trabajadores por cuenta ajena, el 23,4% amas de casa y el 18,2% estudiantes.

3.2. Relaciones entre el grado de afectación y distintas variables.

- a) *Percepción subjetiva de apoyo recibido tras el atentado.* Más de la mitad de la muestra se sintió abandonada por la sociedad en su conjunto (instituciones políticas, autoridades, medios de comunicación y sociedad en general). El subgrupo que incluía a víctimas directas que a su vez eran familiares de víctimas era el que se sentía más abandonado. Solamente un tercio de este subgrupo sentía que había recibido algún tipo de apoyo y en este caso prácticamente la totalidad consideraba que dicho apoyo había sido insuficiente.

- b) *Repercusiones del atentado.* El atentado tuvo una repercusión negativa sobre el estado de salud general. El 10,5% de las víctimas directas sufría algún tipo de problema de salud general antes del acontecimiento traumático, tras el mismo dicho porcentaje alcanzó el 52,3%. Esta misma tendencia de empeoramiento del estado de salud se evidenció también en los familiares, del 10,5% anterior al acto terrorista se pasó al 35,4%. En los que eran víctimas directas y familiares de víctimas del 6,5% se pasó al 44,2%. Las prevalencias psiquiátricas previas al atentado eran muy bajas (2 al 4%) mientras que tras el atentado se encontraron porcentajes de un 45,3% de posibles casos en las víctimas directas, de un 22,7% entre los familiares y un 55,8% entre las víctimas que son también familiares de víctimas. Frente a estos datos hay que destacar que, solamente un 2% de la muestra asociaba las alteraciones emocionales padecidas con el atentado como origen de las mismas y que un porcentaje muy alto de las víctimas estudiadas no solicitó nunca ayuda especializada, ya que no consideraban que sus padecimientos pudiesen ser objeto de ayuda médica. En cuanto a la existencia de daños materiales y pérdida del estatus profesional, en general todos coincidieron en la necesidad de ayuda económica y en la

desestructuración de la economía familiar como consecuencia del hecho traumático, independientemente del grado de afectación del mismo. Finalmente, si se consideró la repercusión del atentado sobre la vida familiar y de pareja, el primer dato que apareció fue un alto porcentaje de interrupciones de la vida de pareja. En el momento del estudio el 65% tenía una relación de pareja estable, pero en muchos casos se había establecido tras el atentado; en los familiares de víctimas, solamente el 31,3% de los casos mantenían la relación que tenían antes del atentado. Las relaciones con la familia de origen también se vieron afectadas, el 10% las calificaba como peores y sólo el 4% las consideraba mejores. En cuanto a los contactos con vecinos y amigos, aproximadamente un 20% señalaba un empeoramiento en las relaciones frente a un 3% que se consideraba menos aislado de vecinos y amigos tras el atentado. Los cambios en el lugar de residencia fueron también significativos: el 62,6% de las víctimas directas cambiaron de vivienda y más de la mitad abandonaron la localidad en la que residían. Sin embargo, el 70,1% de los familiares de víctimas no cambiaron de vivienda tras el atentado.

- c) *Actitud ante el fenómeno terrorista.* También en este aspecto se encontraron diferencias entre las víctimas directas y los familiares de las víctimas. Más del 70% de las víctimas directas tenían interés en las noticias acerca del atentado en los medios de comunicación, en un 50% de los casos se interesaban por conocer quiénes eran los autores y más del 40% se interesaban por conocer si habían sido juzgados o no, aunque sólo el 18,4% asistió al juicio. Los familiares de las víctimas mantenían una actitud más distante que sugiere mecanismos de evitación más potentes. El 34,4% mostraban interés por las noticias relacionadas con el terrorismo, el 18,7% han procurado conocer quiénes habían atentado contra su familiar y el 2,7% asistieron al juicio del terrorista. Tanto las víctimas directas (96,6%) como los familiares de víctimas (99%) estimaban que no se les había hecho justicia y criticaban de forma severa el funcionamiento de la misma; en el grupo de víctimas directas familiares de víctimas, la sensación de falta de reparación adecuada y de indefensión ascendió al 100%.

3.3. La salud mental en las víctimas del terrorismo y sus familiares.

Una de las cuestiones que se plantean acerca de las posibles consecuencias de un atentado sobre la salud mental es la de determinar la prevalencia de ser un posible

caso psiquiátrico. Esta prevalencia tiene que entenderse como la probabilidad de padecer trastornos emocionales que exijan una intervención profesional.

La prevalencia total detectada en la muestra estudiada fue del 39,6% de los casos, con la siguiente distribución en función de los subgrupos: un 52% en víctimas directas, un 36,4% en familiares de víctimas y un 54,5% víctimas directas familiares de víctimas. Dado que los porcentajes de prevalencia en la población general se situaban entre el 11,5% y el 20%, se puede concluir que las víctimas del terrorismo y sus familiares directos presentaban una probabilidad de ser un caso psiquiátrico que oscila entre el doble y el cuádruple del que presentaba el resto de la población general. Se trata, por tanto, de un grupo poblacional de alto riesgo de padecer problemas emocionales que no tiene, en principio, otro factor causal que el de haber sido víctimas de una acción terrorista. Al mismo tiempo las víctimas directas presentaban un mayor riesgo que los familiares de víctimas, y el riesgo era todavía mayor cuando se asociaban ambas características.

Entre los familiares de las víctimas, los padres (47,7%) y los cónyuges (45,6%) presentaban mayor riesgo que los hijos (34,2%) y que los hermanos (32%).

El espectro de los trastornos más frecuentes eran los depresivos y los de ansiedad. El abuso de sustancias, específicamente de alcohol, se situaba en el 7,6% alcanzándose el 15,9% en las víctimas directas.

Entre los factores de riesgo asociados con la aparición de patología psiquiátrica se encontraban: la falta de apoyo de la familia de origen, los antecedentes familiares y el haber padecido algún tipo de alteración psicopatológica. También el tipo de atentado (específicamente, en el que se habían empleado explosivos) era un predictor de la aparición de alteraciones emocionales.

4. ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE PSICOPATOLOGÍA Y TERRORISMO

North, Nixon, Shariat, Mallonce, McMillen, Spitznagel y Smith (1999) encontraron que de 255 sobrevivientes del atentado de Oklahoma en el año 1995, el 45% presentaba trastorno psiquiátrico tras el desastre y el 34,5% TEP. Las variables con mayor peso estas repercusiones psicológicas (interferencia en la actividad diaria, las tareas laborales y personales) en la población fueron la exposición

directa a la explosión, el sexo (mujer) y los antecedentes de trastorno psiquiátrico. Los autores hallaron que alrededor del 40% necesitaba medicación para afrontar la situación y que el 69% estaban en tratamiento en salud mental, en concreto el 16% estaban en tratamiento psiquiátrico.

Bleich, Gelkopf y Solomon (2003). La investigación de estos autores se centra en los ataques terroristas continuados, concretamente, los provocados por la Intifada Al-Aqsa en Israel desde finales de septiembre de 2000. Como consecuencia de 560 ataques terroristas, un año y medio después, en abril del 2002, habían muerto 472 personas y 3.856 habían resultado heridas. Los autores examinaron las repercusiones emocionales y cognitivas que los actos terroristas continuados provocaron en la población de Israel durante ese tiempo. En concreto, sus objetivos fueron determinar el nivel de exposición a los ataques terroristas y la prevalencia de síntomas de estrés relativos al trauma, síntomas del trastorno por estrés postraumático y, por último, identificar los correlatos de las secuelas psicológicas y las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la amenaza continuada del terrorismo. Con respecto a los resultados obtenidos se desprende que los ataques terroristas continuados tienen un impacto importante en la salud mental de los ciudadanos, en mayor medida en las mujeres que en los hombres. En la muestra estudiada, el 76,6% manifestaron síntomas relativos al trauma, el 37,4% tuvieron sintomatología de TEP durante al menos un mes (el promedio fue de 4 síntomas por persona) y un 9,4% cumplieron con los criterios diagnósticos de TEP, asimismo el 58,6% se sintieron deprimidos o tristes. Por otra parte, la mayoría de la población israelí estudiada afrontaba constructivamente y con flexibilidad los ataques terroristas; en concreto, utilizaban estrategias de afrontamiento asociadas con la salud emocional, entre ellas, búsqueda activa de información y recibir y dar apoyo emocional e instrumental. La mayoría de los participantes demandaron poca o ninguna ayuda profesional, expresaron optimismo sobre su futuro personal y presentaron autoeficacia ante los ataques terroristas. Estos hallazgos parecen mostrar que el estrés y malestar causado en un principio por acontecimientos traumáticos tiende a disminuir cuando éstos vuelven a ocurrir.

Cohen, Alison, McIntosh, Poulin y Gil-Rivas (2002). Con este trabajo los autores pretendían estudiar y dar a conocer el alcance de las respuestas psicológicas tras un acontecimiento traumático de índole nacional. Concretamente, los objetivos se centraron en identificar las variables predictoras en el padecimiento de síntomas de estrés postraumático, de ansiedad y de estrés global como consecuencia del ataque

del 11 de septiembre. Los autores, además de circunscribirse a las repercusiones psicológicas, tuvieron en cuenta el análisis de las estrategias de afrontamiento que las personas habían utilizado tras el ataque terrorista y su posible relación con la aparición y/o mantenimiento de síntomas estresantes. Asimismo, se controlaron las variables sociodemográficas y el tiempo de exposición al trauma tanto de forma directa como indirecta. También se tuvieron en cuenta otras variables previas al ataque, tales como los antecedentes del estado de salud física y mental y si habían estado expuestos a acontecimientos vitales negativos, en cuyo caso se sondeaba sobre la edad en qué ocurrió y el tiempo de duración. Del análisis de los resultados se desprende que el 70% de la población estudiada presentaba síntomas de estrés postraumático al cabo de dos meses, porcentaje que aunque declinaba significativamente a los seis meses (5,8%) todavía no había desaparecido por completo. Los hallazgos indican que los niveles más elevados de síntomas de estrés postraumático estaban asociados a: sexo femenino, personas separadas, antecedentes psicopatológicos previos (ansiedad o depresión), padecimiento de trastornos físicos antes del ataque, el grado de exposición directa que se había tenido en el atentado, y la rapidez y esfuerzo en el empleo de estrategias de afrontamiento tras el ataque. Asimismo, el estrés global estaba relacionado con la severidad de la pérdida debida al ataque y a las estrategias de afrontamiento empleadas. En este sentido cabe señalar que la evaluación de las estrategias de afrontamiento inmediatamente después del ataque se convierte en un excelente predictor de los síntomas de estrés postraumático y de estrés global. Además, los resultados coinciden con otros estudios acerca del importante papel que, como amortiguador de la ansiedad y el estrés, desempeña el empleo de determinadas estrategias de afrontamiento consideradas positivas o de afrontamiento activo (planear, búsqueda de apoyo, aceptación) mientras que las conductas de evitación (darse por vencido, negación, sentimiento de culpa, etc.) suelen identificarse como negativas y desembocan en un incremento de estrés global.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACIERNO, R., KILPATRICK, D.G. Y RESNICK, H.S. (1999). Posttraumatic stress disorder in adults relative to criminal victimization: Prevalence, risk factors, and comorbidity. En P.A. Saigh y J.D. Brenner. *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, Ins.
- BACA, E. (2003). La actitud ante la víctima: reacciones personales, sociales y profesionales. En E. Baca y M.L. Cabanas (Eds.). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid. Triacastela.
- BACA, E. (2006). Terrorismo. En E. Baca, E. Echeburúa y J.M. Tamarit (Edts.). *Manual de victimología*. Valencia. Tirant lo Blanch.
- BACA, E., CABANAS, M.L. (1997). Niveles de salud mental y calidad de vida en las víctimas del terrorismo. *Archivos de Neurobiología*, 60, 283-96.
- BACA, E., CABANAS, M.L. y BACA-GARCÍA, E. (2003). El Proyecto Fénix: un estudio sobre las víctimas del terrorismo en España. Resultados preliminares. En E. Baca y M.L. Cabanas (Eds.). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid. Triacastela.
- BACA, E., CABANAS, M.L., BACA-GARCÍA, E. (2002). Impacto de los atentados terroristas en la morbilidad psiquiátrica a corto y largo plazo. *Actas Esp Psiquiatr*, 30(2), 85-90.
- BACA, E., CABANAS, M.L., PÉREZ-RODRIGUEZ, M.M., BACA-GARCÍA, E. (2004). Trastornos mentales en las víctimas de atentados terroristas y sus familiares. *Med. Clin.*, 122(18), 681-685.
- BLEICH, A., GELKOPF, M. y SOLOMON, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviours among a nationally representative sample in Israel. *JAMA*, 290. 612-620.
- COHEN, R., ALISON, E., McINTOSH, D., POULIN, M., y GIL-RIVAS, V. (2002). Nationwide Longitudinal Study of Psychological Responses to September 11. *JAMA*, 288, 1235-1244.
- ECHEBURÚA, E., DE CORRAL, P. y AMOR, P.J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno por estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 527-555.
- ECHEBURÚA, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid. Pirámide.
- ECHEBURÚA, E., CORRAL, P. y AMOR, P.J. (2005). Terrorismo y trastorno de estrés postraumático: psicopatología y tratamiento. En A. Blanco, R. del Águila y J.M. Sabucedo. *Madrid 11-M. Un análisis del mal y sus consecuencias*. Madrid: Trotta.
- GRAÑA, J.L. (2005). El daño psicológico en las víctimas del terrorismo. En *I Jornadas sobre la situación actual de las secuelas psicológicas de las víctimas del terrorismo*.
- NORTH, C.S., NIXON, S.J., SHARIAT, S., MALLONCE, S., MCMILLEN, J.C., SPITZNAGEL, E.I., y SMITH, E. (1999). Psychiatric Disorders among survivors of the Oklahoma city bombing. *JAMA*, 282,755-762.