

EL DAÑO PSICOLÓGICO EN LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO

Dr. Juan Jesús Muñoz García¹

Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Ciempozuelos de Madrid

Dra. Encarnación Navas Collado

Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés de Madrid

Resumen

En los últimos años, los actos terroristas se han hecho más presentes en nuestro día a día, llevando a cabo acciones fundadas en el miedo y la impotencia a las víctimas, que serían sus objetivos indirectos.

Bajo una supuesta fundamentación política o ideológica, justifican la utilización de cualquier medio para reivindicar sus objetivos. Sin embargo, sus actos, lejos de alcanzar sus propósitos, suelen constituir ataques contra las víctimas, con importantes repercusiones emocionales. Diferentes estudios realizados en afectados por actos terroristas señalan la presencia en las víctimas de trastornos de grave repercusión clínica entre los que cabe destacar el trastorno por estrés postraumático.

PALABRAS CLAVE: *terrorismo, víctimas, trastorno por estrés postraumático.*

Abstract

In the last few years, terrorist acts have become more frequent in our daily lives; actions based on the fear and impotence of the victims who are their indirect targets are carried out.

Terrorists justify with supposed political or ideological foundations the use of any means to achieve their goals. However, their acts, far from attaining their goals, consist of attacks against their victims, with important emotional consequences for these victims. Various studies carried out with victims of terrorist acts reveal the presence of disorders with severe clinical consequences, among which we emphasize the posttraumatic stress disorder.

KEYWORDS: *terrorism, victims, posttraumatic stress disorder*

¹ *Correspondencia:* Psicólogo Clínico de la Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid).
E-mail: juanjesusmunoz@yahoo.es

Fecha de recepción del artículo: 21-02-2007.

Fecha de aceptación del artículo: 18-04-007.

Introducción

El terrorismo consiste en acciones ejercidas por personas identificadas en al figura de los terroristas, quienes llevan a cabo acciones basadas en el miedo y la generación de impotencia en las víctimas, que cumplen el papel de objetivos indirectos. En principio, los terroristas basan sus acciones apoyándose en supuestas bases políticas o ideológicas, aspectos que les sirven para justificar la utilización de cualquier medio (por violento que sea) para reivindicar sus intereses y que, en definitiva, supone un ataque contra el gobierno o la sociedad. El terrorismo, tal y como es entendido en la actualidad, supone una modificación de actos incluso previos al siglo XX. No obstante el progresivo desarrollo de los medios de transporte ha otorgado a los violentos nuevos medios en los que sembrar su barbarie (Montero, 1997; Orengo, 2002).

Los últimos 30 años de la historia de España han estado marcados por los actos terroristas de bandas como los GRAPO y, sobre todo, ETA. Asimismo, recientemente se ha cernido sobre la sociedad española la amenaza terrorista islamista, tristemente presente en nuestras vidas desde los atentados del 11 de septiembre en Estados Unidos y, de forma más cercana, en los atentados del 11 de marzo en Madrid. Unidos a estos ataques, aparecen los recientes atentados sufridos en la ciudad de Londres.

Montero (1997) intenta encontrar diferentes argumentos que faciliten la comprensión del terrorismo como fenómeno psicosocial, político y económico:

- Supone una variante de la Criminalidad Organizada.
- El fin último de los grupos terrorista es político, religioso o económico, sirviéndose de cualquier actuación con tal de conseguir sus objetivos).

Los actos terroristas violan los derechos fundamentales de las personas. Entre las diferentes violaciones de los derechos de las personas estarían (Alonso-Fernández, 1994):

- El derecho a la vida, integridad física y moral (la mera intencionalidad del atentado vulnera este derecho).
- El derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto.
- El derecho a la libertad y seguridad personal.
- El derecho a la libertad de expresión y al secreto profesional.

Analizando las lesiones físicas y psíquicas que puede producir el terrorismo en las personas, casi todo el mundo conoce el alcance de las primeras. Sin embargo, las secuelas psíquicas suelen ser analizadas superficialmente e incluso como algo accesorio, no teniendo en cuenta su elevada gravedad en este tipo de sucesos.

De hecho, tradicionalmente el Derecho Penal ha prestado atención a las lesiones físicas de las víctimas, pero ha hecho caso omiso del daño psicológico. En la última década se ha cambiado este enfoque y desde la reforma del Código Penal de 1995 se ha incluido la violencia psíquica habitual como delito en el reformulado art. 153.

En este trabajo se muestran las principales consecuencias psicológicas que conllevan los actos terroristas, haciendo especial hincapié en la importancia de su evaluación y en la descripción de los síndromes clínicos más frecuentes, todo ello con la finalidad de mostrar la relevancia que tienen estas lesiones tantas veces olvidadas y/o puestas en un segundo plano.

La importancia de la evaluación del daño psicológico en las víctimas del terrorismo

La analogía entre lesiones psíquicas y físicas se expresa en el lenguaje coloquial cuando decimos “esto me ha herido mucho” o “me ha puesto enfermo” o “me ha destrozado” (Alonso-Fernández, 1994). De sobra son conocidas las secuelas físicas que puede producir un atentado terrorista, pero ¿qué se sabe de las secuelas psíquicas?

Las secuelas emocionales se refieren a la estabilización del daño psíquico, es decir, a una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con tratamiento adecuado. Se trata de una alteración irreversible en el funcionamiento psicológico habitual o menoscabo de la salud mental. Las secuelas más típicas se refieren a modificación permanente de la personalidad, es decir, a la aparición de rasgos de personalidad nuevos (depresivos, psicasténicos, etc.), estables e inadaptativos que se mantienen durante al menos dos años y que llevan a un deterioro de las relaciones interpersonales y a una falta de rendimiento en la actividad laboral (Esbec, 2000).

La literatura científica subraya que la afectación psíquica vinculada a un acto violento termina por convertirse en algo persistente e incluso invalidante. Asimismo, uno de los factores que modulará esta gravedad es la vulnerabilidad previa de la víctima, que se escenifica, sobre todo, en factores de personalidad y diferentes estrategias de afrontamiento (Baca y Cabanas, 1997). Desde el campo de la psicología forense, el área encargada del estudio de las posibles secuelas en los afectados por el terrorismo, se denomina victimología. Se define como la ciencia que se encarga del estudio de las características de la víctima y sus relaciones con el agresor. En los últimos años, se ha progresado hacia un mayor interés en las consecuencias persistentes de la agresión y, específicamente, en la mayor importancia relativa de las diferentes repercusiones psíquicas que sobre las secuelas puramente físicas de los ataques sufridos (Hengesch, 1991).

En principio, tras producirse un atentado terrorista, de forma inmediata aparecen diversas reacciones psíquicas en las personas que lo han padecido. En líneas generales, predomina un componente psicasténico, con síntomas de desesperanza, pasividad, ansiedad, fatalismo, somatizaciones, etc. Además, la persona intenta defender sus intereses, circunstancia que contribuye a crear aún más problemas y que fomenta la llamada victimización secundaria (Kühne, 1986). La primaria sería la que deriva directamente del hecho delictivo, mientras que la secundaria se refiere a todas las agresiones psíquicas (inintencionadas pero evidentes) que la víctima recibe durante el periodo de investigación policial y a lo largo del procedimiento judicial (interrogatorios, reconstrucción de los hechos, confrontación con el agresor, lentitud de los procesos en el sistema judicial, etc.). De hecho, en los últimos años, se ha ido dando importancia progresivamente a este tipo de victimización por su contribución a la cronificación de las secuelas psicopatológicas típicas sobrevenidas tras la agresión.

Este concepto de victimización secundaria es muy relevante en el caso de las víctimas de actos terroristas, debido a su vinculación a las reacciones de indefensión, angustia y depresión. Por tanto, la victimización secundaria contribuirá a agravar a un más las posibles lesiones psíquicas generadas por el acontecimiento traumático que supone un acto terrorista. Así, como acontecimiento traumático, el terrorismo sería percibido por la persona como un suceso negativo, vivido de forma brusca que llevaría a la indefensión, pondría en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejaría a la víctima en una situación emocional negativa en la que estaría mermadas sus capacidades de afrontamiento con los recursos psicológicos habituales. Este tipo de hechos violentos supondría la ruptura del sentimiento de seguridad del individuo y, por "contagio" una afectación de todo el entorno socio/familiar de la persona. Con todo, el proceso general de victimización lleva a la víctima a determinados sesgos cognitivos: 1) considerar que el mundo es maligno, 2) que no tiene sentido, 3) que uno mismo no tiene dignidad y 4) que la gente no es honrada (Echeburúa, del Corral, Amor, 2004).

Cuatro son las creencias que considero han ido apareciendo en las víctimas, son las siguientes: que el mundo es maligno, que no tiene sentido, que uno mismo no tiene dignidad y que la gente no es honrada; en general, tienen una desconfianza total del mundo que les rodea. También aparecen sentimientos de culpa constantes, sobre la actuación que tuvieron el día 11 de Marzo. De este modo, se va tejiendo una red cada vez más elaborada en la que se relacionan todos estos elementos.

Lo que genera habitualmente daño psicológico suele ser la amenaza a la propia vida o a la integridad psicológica, una lesión física grave, la percepción del daño como intencionado y la pérdida violenta de un ser querido. El daño generado suele ser mayor si las consecuencias del acto terrorista son múltiples,

como ocurre, por ejemplo en el caso de un atentado con secuelas físicas o en el de un secuestro finalizado con el pago de un rescate por parte de la familia de la víctima (Baca y Cabanas, 2003; Echeburúa, 2004; Echeburúa, del Corral y Amor, 2002). Puede comprobarse como el daño psíquico no sólo se refiere a las lesiones psíquicas agudas producidas por el hecho violento (circunstancias que podrían remitir con el paso del tiempo), sino que también se vincula a las secuelas emocionales que persisten en algunas personas de forma crónica como consecuencia del suceso sufrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana. Desde el punto de vista de la psicología clínica, se hace necesaria una adecuada delimitación de la afectación psíquica que supone para la persona este trauma teniendo en cuenta no sólo las repercusiones a nivel personal, sino también familiar y sociolaboral. Sólo una adecuada evaluación de las secuelas puede servir de base para un proceso terapéutico efectivo que mitigue las desagradables consecuencias para el óptimo funcionamiento psíquico de las víctimas.

Por otro lado, a la hora de evaluar el daño psíquico no sólo habrá que tener en cuenta a la víctima directa del suceso violento, sino que también a todos aquellos que se ven afectados indirectamente. Serían las personas que, sin ser directamente concernidas por el atentado terrorista, sufren por las consecuencias del mismo. Es el caso, por ejemplo, de las madres que han sufrido el impacto brutal de la pérdida de familiares, los niños que han perdido a sus padres, etc. (Echeburúa, 2004). Estas personas pueden sufrir lesiones psíquicas de tanta importancia y con unas consecuencias tan graves como las de las propias víctimas directas.

Trastornos mentales en las víctimas del terrorismo

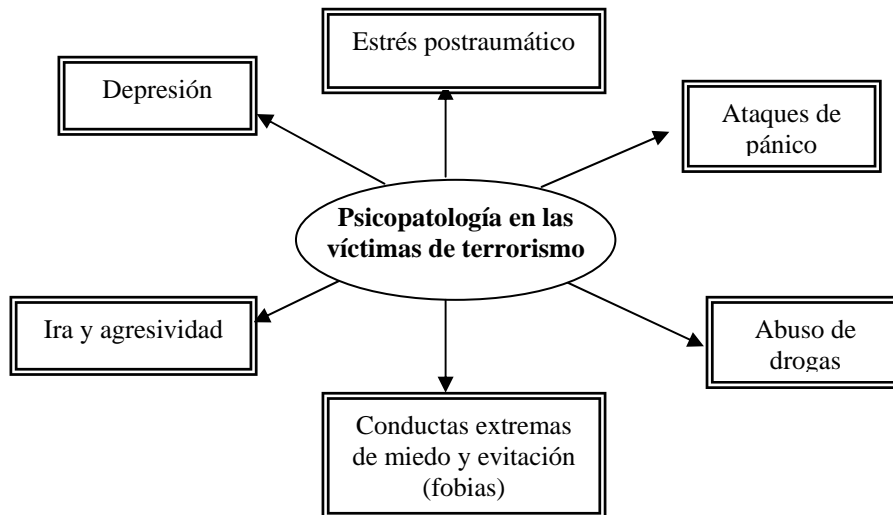
Reacciones ansioso – depresivas y otros problemas psíquicos

Quizá el trastorno psíquico más estudiado en relación a las víctimas de atentados terroristas es el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Aunque será abordado posteriormente, existen una serie de patologías comúnmente asociadas a esa patología que, sin embargo, constituyen entidades psicopatológicas diferenciadas (Kee, Bell, Loughrey, Roddy y Currans, 1987) (ver figura 1). Así, cabe señalar:

- Depresión: muchos afectados sufren episodios depresivos posteriores, consistentes en pérdida de interés, descenso de la autoestima e incluso en los casos de mayor gravedad, ideaciones suicidas recurrentes, más aún cuando estas personas han perdido a seres queridos durante los ataques terroristas.

- Ataques de pánico: aquellas personas que han sufrido un trauma tienen muchas posibilidades de experimentar ataques de pánico cuando son expuestas a situaciones relacionadas con el evento traumático. Los ataques de pánico incluirían sensaciones intensas de miedo y angustia, acompañadas de síntomas como taquicardias, sudoración, náuseas, temblores, etc.
- Ira y agresividad: estas reacciones son relativamente comunes y, hasta cierto punto lógicas, entre las víctimas de un trauma. Ahora bien, si alcanzan límites desproporcionados interfieren de forma significativa con la posibilidad de éxito terapéutico, así como en el funcionamiento diario de las personas.
- Abuso de drogas: es frecuente el recurso a drogas como el alcohol para tratar de huir u ocultar el dolor asociado. Esta estrategia de huida podría alejar al sujeto de recibir la ayuda adecuada, contribuyendo a prologar aún más la situación de sufrimiento.
- Conductas extremas de miedo-evitación: la huida o evitación de todo aquello relacionado con situaciones traumáticas sería un signo común en la mayoría de los casos. Aún así, este miedo intenso podría generalizarse a otras situaciones que, en principio podrían no estar directamente asociadas con la situación traumática, lo que interferiría de forma significativa con el funcionamiento diario del sujeto.

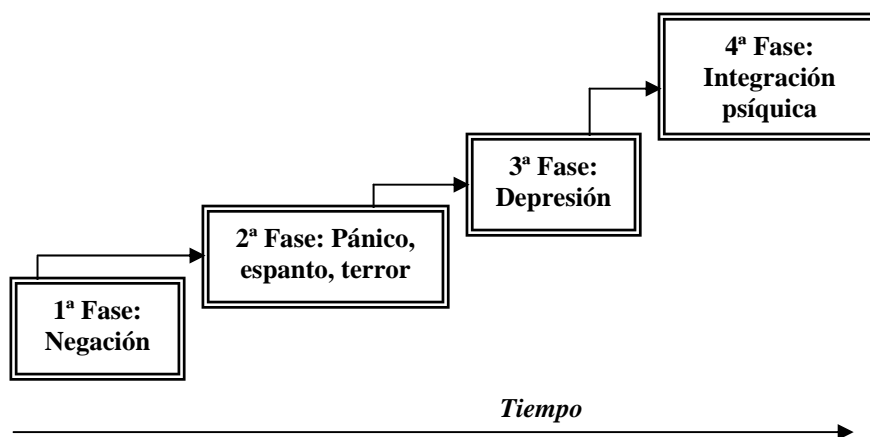
Figura 1. Síntomas y síndromes clínicos típicos más comunes en las víctimas de terrorismo.



Estos síndromes clínicos y/o las conductas de evitación pueden ser ordenados temporalmente. No obstante, el análisis específico de los efectos psíquicos sobre las víctimas de las acciones violentas muestra la existencia de un patrón de reacción relativamente común. Así, todas las personas afectadas suelen responder inicialmente con un shock que se ve acompañado de sensaciones de irrealidad e incredulidad. De forma genérica, las diferentes fases por las que pasarían son las siguientes (Acierno, Kilpatrick y Resnick, 1999) (ver figura 2):

- Primera fase o de negación: se podría establecer el símil con el mecanismo de defensa de la represión (utilizada frente al peligro interno que supone tomar conciencia del acto terrorista).
- Segunda fase: la triste realidad se va haciendo patente y las reacciones internas de la persona van transformándose en pánico, espanto y terror.
- Tercera fase: aparecería un cuadro de depresión asociada al trauma que supone el ataque terrorista. Los síntomas predominantes serían de apatía, resignación, irritabilidad, insomnio, pesadillas, autoacusación, así como una posible elaboración fantástica de las incidencias traumáticas.
- Cuarta fase: resolución del conflicto mediante la integración psíquica, que contribuiría al desarrollo de las defensas posibles para evitar la incidencia de situaciones de victimización.

Figura 2. Los efectos psíquicos de la violencia terrorista a lo largo del tiempo.



Más allá de las reacciones inmediatas, malestar generalizado, aislamiento, pérdida de apetito, insomnio, que tienden a remitir a las pocas semanas, las víctimas pueden experimentar los síntomas descritos de ansiedad y depresión, con una pérdida de autoestima y una cierta desconfianza en los recursos propios para encauzar la vida futura. Los sentimientos de culpa existentes derivan de la atribución sesgada de lo ocurrido a los errores cometidos por la víctima, de la omisión de las conductas adecuadas e incluso del hecho de sobrevivir entre tanta desgracia. Esta culpa del superviviente suele aparecer paradójicamente, en las personas que más se han esforzado por ayudar a otras víctimas. A medio y largo plazo pueden aparecer, aunque no en todos los casos, ciertos trastornos de conducta, como irritabilidad, dependencia emocional excesiva, actitudes victimistas, pasividad, tendencia a la introversión, embotamiento afectivo y desconexión entre el relato del atentado y la vivencia emocional. La irritabilidad es resultado de una baja tolerancia a la frustración ante los contratiempos cotidianos y puede traducirse en reacciones agresivas, normalmente dirigidas a los familiares o hacia sí mismos (en forma de ideas de suicidio, abuso de drogas, etc...) (Baca y Cabanas, 2003).

De todas formas, estas reacciones están mediadas por características individuales. Así, las diferencias de reacción ante un mismo hecho traumático son muy variables de unas personas a otras. Desde una perspectiva psicológica, una fragilidad emocional previa y una mala adaptación a los cambios, así como una percepción del acontecimiento como algo extremadamente grave e irreversible, debilitan la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de indefensión y desesperanza. La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de otras conductas violentas o de abuso, cuando hay un estrés acumulativo y cuando hay antecedentes psiquiátricos familiares (Esbec, 2000; Finkelhor, 1999).

Por último, en el análisis de las repercusiones a largo plazo de los atentados terroristas, no conviene olvidar dos aspectos fundamentales: los niveles de salud mental estimados a través de la probabilidad de presentar alteraciones psicopatológicas relevantes, es decir, probabilidad de ser un paciente psiquiátrico y el nivel de calidad de vida tras el atentado. La probabilidad de que una persona que ha sufrido un atentado terrorista padezca un trastorno mental es de 2 a 3 veces mayor que en la población general. Esta alta probabilidad afecta tanto a los supervivientes del atentado como a los familiares directos de los fallecidos (Baca, Cabanas y Baca-García, 2002). Pese al aparente patrón de reacción común, los síntomas experimentados pueden ser muy variables, incluyéndose alteraciones del sueño, cambios en los hábitos de alimentación, miedos generalizados, culpa y vergüenza, sobresaltos, malestar físico intenso, disminución de la autoestima, etc... aspectos que reflejarían, en definitiva, dificultades de adaptación a la vida cotidiana (Esbec, 2000).

Trastorno por estrés postraumático

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido una agresión o una amenaza para la vida y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión (ver tabla 1). Son tres los aspectos nucleares presentes en este cuadro clínico, que se diagnostica cuando ha pasado más de un mes del suceso: 1) la reexperimentación de la experiencia vivida, en forma de pesadillas y de imágenes y de recuerdos constantes e involuntarios; 2) la evitación conductual y cognitiva de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático; y 3) las respuestas de hiperactivación, en forma de dificultades de concentración, de irritabilidad y de problemas para conciliar el sueño. De forma esquemática, la descripción de estos aspectos sería:

1. Re-experimentación del evento traumático: aparecen los *flashbacks*, que consisten en sentimientos y sensaciones asociadas por el sujeto a la situación traumática. Pueden manifestarse a modo de pesadillas (cuando el evento u otras imágenes asociadas al mismo recurren frecuentemente en sueños), así como reacciones físicas y emocionales desproporcionadas ante acontecimientos asociados a la situación traumática.
2. Conductas de evitación y bloqueo emocional: habría una intensa evitación-huída-rechazo de la persona a determinadas situaciones o lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionadas con el evento traumático; pérdida de interés; bloqueo emocional y; aislamiento social.
3. Incremento de la activación: manifestada en dificultades para conciliar el sueño, hipervigilancia, problemas de concentración e irritabilidad-impulsividad-agresividad.

Estos tres grupos de síntomas son los que en mayor medida se presentan en la población afectada por el trastorno por estrés postraumático, sin embargo es común observar en la práctica clínica otros trastornos (principalmente ansioso-depresivos) asociados al mismo, ya descritos previamente.

Por otro lado, en ocasiones puede aparecer también una amnesia disociativa, que consiste en la imposibilidad de recordar la información relacionada con el atentado y que no puede ser atribuida a las leyes naturales del olvido. La existencia de este tipo de amnesia puede explicarse por los sentimientos de vergüenza, incluso de culpa, experimentados y por la tendencia a olvidar hechos desagradables, así como por una percepción deformada de lo ocurrido. La amnesia disociativa tiene, sin embargo, unos efectos negativos; impide la expresión emocional del suceso, evita el apoyo social adicional que se da en estos casos, bloquea la reevaluación cognitiva de lo ocurrido y, en último

término, facilita las conductas de evitación (Echeburúa y del Corral, 1998). Todo ello lleva a una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, a una pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal y lo que supone una limitación muy importante, un cierto embotamiento afectivo para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV TR.

| TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO |
|--|
| <p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados. <p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma. 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible. 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico. 4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. 5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. <p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás. 6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor). 7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal). <p>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño. 2. Irritabilidad o ataques de ira. 3. Dificultades para concentrarse. 4. Hipervigilancia. 5. Respuestas exageradas de sobresalto. <p>E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.</p> <p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> |

Lesiones psíquicas en las víctimas del terrorismo en España

La investigación en torno a las secuelas de las víctimas de atentados terroristas en España arroja resultados concluyentes. Baca y Cabanas (1997) investigaron en una muestra procedente de la Asociación de Víctimas del Terrorismo. Del total de personas vinculadas a esta asociación, lograron un porcentaje de respuesta del 60,14% a las encuestas por correo que se proponían. El método seguido fue la utilización de cuestionarios autoaplicados que estuviesen bien diseñados y contuviesen instrucciones claras así como que no se incluyeran respuestas abiertas. La muestra tenía un porcentaje algo superior de mujeres frente a varones, siendo la profesión más frecuente de los encuestados/as, ser ama de casa, seguida de guardia civil, militares, policía nacional y un resto de personas misceláneo con profesiones de carácter civil. Cabe reseñar que el número de víctimas directas de la muestra fue de 205 (un 47,2%) de los casos, 162 (37,3%) fueron los únicos afectados de su familia y 43 (9,9%) tuvieron un familiar directamente afectado en el mismo acto agresivo. Por otra parte, 229 casos (52,8%) eran familiares directos, habiendo visto un 13,1% de ellos el atentado con sus propios ojos. Por último, analizando la distribución de las víctimas directas (muertos y supervivientes) que formaban parte de la AVT, el 51,2% de los casos eran miembros de los cuerpos de Seguridad del Estado y el 30,2% tenían diversas profesiones civiles, siendo un 13,6% militares.

Por otro lado, y en pos de analizar los posibles efectos crónicos de la acción sufrida, cabe reseñar que el tiempo transcurrido entre el atentado y la investigación realizada fue de un promedio de nueve años y medio, pudiéndose evaluar los efectos crónicos de las acciones sufridas.

Las principales conclusiones del estudio fueron: 1) la existencia de una significativa y consistente asociación entre ser víctima directa de atentado terrorista y el riesgo de presentar alteraciones psicopatológicas, es decir, ser caso psiquiátrico; 2) se detectó mayor presencia de síntomas específicos de patología entre las víctimas directas; 3) la calidad de vida del colectivo de afiliados a la asociación era significativamente inferior a la que presentaba la población normal; 4) los individuos que presentaban mayor riesgo de padecer trastornos mentales eran los que tenían peor calidad de vida; 5) el ser padre o hermano de una víctima se asociaba significativamente a mayor riesgo para la salud mental y 6) cuando el apoyo familiar era percibido por la víctima como escaso, insuficiente o nulo, aumentaba significativamente el riesgo de presentar alteraciones psicopatológicas. Sintetizando los resultados, podría decirse que las víctimas serían un colectivo claramente vulnerable a la probabilidad de presentar alteraciones psicopatológicas, encontrándose afectación negativa en la calidad de vida y, siendo asimismo agravantes, el parentesco próximo hacia las víctimas y la falta de apoyo familiar percibida subjetivamente por los afectados.

En cuanto a los atentados islamistas sufridos en Madrid en el año 2004, la Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11 de marzo llevó a cabo el estudio *Las víctimas 18 meses después* (AV11-M, 2005). La muestra empleada fue de 120 personas seleccionadas por muestreo probabilístico aleatorio simple que eran víctimas directas o familiares del 11 de marzo. Se les aplicó un cuestionario que recogía datos sociodemográficos, datos del atentado, aspectos acerca del asesoramiento recibido, aspectos jurídicos, datos acerca de reinserción laboral y social, aspectos sanitarios, familiares, económicos, datos acerca de las víctimas de Leganés, área psicológica y área de investigación y lucha contra el terrorismo. Además, la encuesta se aplicó en entrevista personal.

Analizando cualitativamente las secuelas psicológicas de las víctimas de los atentados del 11 de marzo, en primera instancia, aparecen cuadros de ansiedad elevada, manifestaciones de ira, depresión, dificultad para trabajar en medios de transporte públicos (relacionada con fobia específica y también cuadros de agorafobia). Un 50% de las personas afectas por los atentados no reciben tratamiento psicológico en la actualidad.

Por otro lado, se han producido graves impactos en la vida familiar de estas personas, debido a jubilaciones anticipadas, bajas laborales de larga duración, cambios en la vida laboral y dificultades de comunicación. Referente a los hijos menores, aparecen signos de alerta elevados, temores nocturnos, sensación de inseguridad y ambientes familiares alterados. En cuanto a la población inmigrante, diversos factores de riesgo complican su adaptación tras el atentado sufrido. Estos son la precariedad laboral, la ausencia de red familiar, dificultades de acceso a la vivienda y dificultades de integración social.

Puede apreciarse como las secuelas psicológicas de las víctimas del 11 de marzo, al igual que las de las víctimas procedentes de los atentados terroristas de ETA, afectan a su vida personal, laboral y familiar.

Conclusiones

1. El daño psíquico en las víctimas de atentados terroristas se refiere tanto a las lesiones psíquicas producidas por el acto violento como a las secuelas emocionales persistentes que interfieren en el funcionamiento diario del individuo.
2. Las víctimas de atentados terroristas sufren lesiones psíquicas de diversa índole y moduladas, fundamentalmente, en función de la vulnerabilidad previa de la víctima (factores de personalidad y estrategias de afrontamiento).

3. La evaluación de las lesiones psíquicas en las víctimas directas e indirectas supone un punto de partida imprescindible para una adecuada intervención terapéutica psicológica.
4. Los síntomas y síndromes clínicos más frecuentes en las víctimas de atentados terroristas son la depresión, estrés postraumático, ataques de pánico, ira y agresividad, abuso de drogas, así como conductas extremas de miedo y evitación (conductas fóbicas).
5. El trastorno psíquico más estudiado en las víctimas de atentados terroristas ha sido el estrés postraumático, que se caracteriza por la re-experimentación del evento traumático, conductas de evitación y bloqueo emocional e incremento de la activación.
6. Las víctimas de atentados de la banda terrorista ETA y los afectados por los atentados del 11 de marzo en Madrid presentan secuelas psicológicas relativas a su vida personal, laboral y familiar.

Referencias

- 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 (Eds.). *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, Inc.
- Alonso-Fernández, A. (1994). *Psicología del terrorismo*. Barcelona: Salvat Editores.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11-M (2005). *Las víctimas 18 meses después*. www.asociacion11m.org. 12 enero 2005.
- Baca, E. y Cabanas, M. L. (1997). Niveles de salud mental y calidad de vida en las víctimas del terrorismo en España. *Archivos de Neurobiología*, 60(4), 283-296.
- Baca, E. y Cabanas, M. L. (2003). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid: Triacastela.
- Baca, E., Cabanas, M. L. y Baca-García, E. (2002). Impacto de los atentados terroristas en la morbilidad psiquiátrica a corto y a largo plazo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 85-90.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y del Corral, P. (1998). Trastorno de estrés postraumático. En M. S. Vallejo (ed.), *Manual de terapia de conducta, vol. 1*. Madrid: Dykinson.
- Echeburúa, E., del Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(Supl.), 139-145.

- Echeburúa, E., del Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas del terrorismo. *Clínica y Salud*, 15(3), 273-292.
- Esbec, E. (2000). Evaluación psicológica de la víctima. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo (eds.), *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- Finkelhor, D. (1999). Victimología infantil. En J. Sanmartín (ed.), *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel.
- Hengesch, G. (1991). Victimology and forensic psychiatry. En A. Seva (ed.), *European Handbook of Psychiatry* (pp. 2301-2305). Zaragoza: Anthropos.
- Kee, M., Bell, P., Loughrey, G. C., Roddy, R. J. y Curran, P. S: (1987). Victims of violence. *Medicine, Science and the Law*, 27, 241-247.
- Kühne, H. H. (1986). Kriminologie: Victimologie der Notzucht. *Juristische Schulung*, 5, 388-394.
- Montero, A. (2004). Psicología del terrorismo e inteligencia contraterrorista. *Papeles del Psicólogo*, 88, 39-47.
- Montero, J. M. (1997). Análisis psicológico del terrorismo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 1997, 95-108.
- Orengo, F. (2002). Sobre psicotraumatología. *Psiquis*, 23(5), 173-177.