



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

SINTOMATOLOGÍA E INTERVENCIÓN EN VÍCTIMAS DE TERRORISMO

Autora: Ana Laura Gómez Galve

Director: Juan Pedro Núñez Partido

Madrid

Marzo 2019

Ana Laura
Gómez
Galve

SINTOMATOLOGÍA E INTERVENCIÓN EN VÍCTIMAS DE TERRORISMO



Índice

Resumen	2
Abstract	3
1. Introducción	4
2. Conceptualización del problema	5
3. Sintomatología postraumática	7
3.1. Víctimas directas supervivientes	7
3.2. Familiares de fallecidos	11
3.3. Familiares de víctimas directas supervivientes	13
4. Intervención	14
4.1. Víctimas directas supervivientes	14
4.2. Familiares de fallecidos	20
4.3. Familiares de víctimas directas supervivientes	22
5. Análisis transversal	23
6. Conclusiones	28
7. Bibliografía	29

Resumen

En los últimos años, se ha producido un incremento de los atentados terroristas, lo que ha supuesto un auge en la investigación acerca de las consecuencias psicopatológicas producidas en las víctimas, así como en el estudio de las técnicas psicológicas más eficaces para su tratamiento.

La sintomatología más frecuente encontrada en personas que han sufrido un ataque terrorista, bien sea de forma directa o de forma indirecta, son los trastornos de ansiedad, entre los que se encuentran el trastorno por estrés postraumático, las crisis de angustia, el trastorno por estrés agudo, el trastorno por agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada, y los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo mayor. Los tratamientos que han demostrado una mayor eficacia a la hora de hacer frente a esta sintomatología son de corte cognitivo-conductual. Por su parte, la terapia sistémica se muestra efectiva en la reestructuración familiar, en el tratamiento de los patrones disfuncionales.

Se lleva a cabo un análisis transversal de los aspectos mencionados anteriormente, comparando los diferentes tipos de víctimas, para posteriormente analizar de forma crítica las diferencias y las similitudes encontradas, así como realizar algunas propuestas de cara a la intervención.

Palabras clave: atentado terrorista, víctimas, síntomas, técnicas psicológicas, intervención.

Abstract

During the last years, there has been an increase in terrorist attacks, what has implied a growth in the research on the psychopathological consequences produced in the victims, as well as in the research about the most effective psychological techniques for their treatment.

The most common symptomatology found on victims who have experienced a terrorist attack, either in a direct or indirect way, are anxiety disorders, as Post Traumatic Stress Disorder, panic attacks, Acute Stress Disorder, agoraphobia and generalized anxiety disorder, and mood disorders, particularly the major depressive disorder. The treatments that have shown greater efficacy in dealing with this symptomatology are the cognitive-behavioural ones. Systemic therapy, for its part, is effective in family reorganisation, in dysfunctional patterns treatment.

Regarding the aspects just mentioned a transversal analysis is carried out comparing the different types of victims in order to analyse, in a critical way, the differences and the similarities found, as well as making some proposals for the intervention.

Key words: terrorist attack, victims, symptoms, psychological techniques, intervention.

1. Introducción

En la actualidad, el terrorismo es un problema de gran importancia a nivel internacional. En las últimas décadas, hemos presenciado un aumento del número de atentados terroristas que han ido produciéndose en los diferentes lugares del mundo. En España, la problemática del terrorismo cobra especial relevancia desde la aparición del terrorismo por parte del grupo Euskadi Ta Askatasuna (ETA), quienes actuaron durante un periodo de tiempo superior a 50 años, provocando alrededor de una 857 víctimas. Además, los atentados ocurridos el 11 de marzo de 2004, perpetrados por una célula terrorista de tipo yihadista, supusieron un hito en la historia del terrorismo de España, causando un total de 193 muertos y más de 2000 heridos. Sin embargo, la investigación acerca de las consecuencias sufridas por las víctimas del terrorismo perpetuado por ETA en el País Vasco ha sido mucho menor que la realizada a raíz del 11-M. (Martín-Peña, 2013).

Al producirse un atentado terrorista, éste causa un impacto a diferentes escalas, produciendo consecuencias de diversa índole a nivel psicológico. Por un lado, las **víctimas primarias o directas** son aquellas que se han visto afectadas de un modo directo por el suceso violento y suelen presentar de un modo frecuente trauma físico (heridas) y trauma psíquico (reacciones psicológicas). Estas víctimas se han visto expuestas de forma directa al acontecimiento traumático. Por otro lado, las **víctimas secundarias o indirectas** son aquellas que, o bien han sido testigos del suceso violento, o bien tienen relación con las víctimas directas. Suelen ser los allegados más cercanos, el personal de asistencia y emergencias, los voluntarios y la comunidad afectada. (Bernal, 2012). Otra clasificación realizada por Rotger (2010) divide a las víctimas en cinco niveles: **directas o primarias** (aquellas que se encontraban en el epicentro del acontecimiento traumático), **secundarias** (allegados de las víctimas directas), **víctimas de tercer nivel** (personal de asistencias y emergencias), **de cuarto nivel** (personas de la comunidad que ofrecen su ayuda) y **quinto nivel** (población que se encuentra implicada de un modo indirecto). Trujillo (2002) habla del llamado “**efecto onda**” (citado en Echeburúa, 2011): cuando se produce un acontecimiento traumático, se produce una onda expansiva que actúa en círculos concéntricos, en cuyo centro se encuentran las víctimas directas. El segundo círculo lo forman los allegados de las mismas y un tercer círculo estaría compuesto por vecinos, compañeros de trabajo y otras personas de la comunidad que se ven afectados por lo ocurrido. Por último, cabe hacer mención al “**efecto contagio**” (Echeburúa, 2011),

el cual muestra que la convivencia y tener un contacto directo con personas que han vivido un acontecimiento traumático constituye un estresor crónico que deteriora tanto a nivel psicológico como físico. Estas personas se convierten en víctimas secundarias del hecho traumático, sufriendo diversidad de trastornos emocionales.

Esta diferenciación entre los distintos tipos de víctimas es esencial, ya que no es lo mismo la sintomatología generada en las víctimas que sufrieron de un modo directo el atentado y sobrevivieron, que la generada en los familiares de víctimas fallecidas o incluso en los familiares de las víctimas supervivientes. Por ello, es necesario realizar una distinción en cuanto a la sintomatología producida en estos distintos grupos de víctimas, para así, posteriormente, poder realizar la intervención adecuada para cada uno de ellos. (Zapardiel y Balanzat, 2009). Aunque todas las víctimas sufran consecuencias debido al acontecimiento traumático, el grado de afectación es distinto en función de la intensidad, la proximidad y la duración del evento, así como en función de la trascendencia de las pérdidas sufridas. Además, cabe mencionar que dichas consecuencias y su duración serán mayores, cuanto más considerable es el grado de exposición al acontecimiento traumático. (Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel y González-Ordi, 2004). Las personas afectadas de un modo directo por el acontecimiento traumático tienen una mayor probabilidad de presentar sintomatología postraumática que las personas indirectamente afectadas (Galea et al., 2002).

En este trabajo se va a realizar una exposición y análisis de la sintomatología asociada y de las distintas formas de intervención psicológica que se aplican según se trate de víctimas directas que han sobrevivido a un atentado terrorista y/o de los familiares (ya sea de supervivientes o fallecidos) que se han encontrado en las principales investigaciones sobre el tema.

2. Conceptualización del problema

Los atentados terroristas son actos de violencia inesperados, que irrumpen de manera brusca e indiscriminada (Bernal, 2012). El **terrorismo** conlleva la amenaza o la utilización de alguna forma de violencia como medio para conseguir algún efecto dentro del contexto socio-político. Es un delito que siembra terror en la población ya que atenta contra los derechos fundamentales de las personas y supone una quiebra de la paz y la seguridad ciudadana. (Horgan, 2005).

Los **delitos violentos**, entre los que los atentados terroristas ocupan un lugar destacado, son vividos bruscamente y provocan en quienes los sufren reacciones de terror e indefensión, ya que atentan directamente contra la integridad física y/o psicológica de las víctimas, dejándolas incapaces de hacer frente a lo ocurrido con sus recursos habituales psicológicos (Kilpatrick, Saunders, Amick-McMullan, Best, Veronen y Jesnick, 1989, citado en Echeburúa, De Corral y Amor, 2004a). Un **suceso traumático** supone la quiebra de los esquemas básicos del individuo. Suelen cambiar las creencias respecto al concepto de uno mismo, respecto a los otros y respecto al mundo. Comienzan a cuestionarse aspectos como la creencia de percibirse a sí mismo como invulnerable, la confianza en los demás y el sentir que se pueden anticipar las consecuencias. (Tubet, Jerez y Rodríguez, 2005). Con los actos de terrorismo se consigue que las víctimas interioricen el miedo y el terror para poner fin a esa sensación de seguridad y, en ocasiones, incluso la propia identidad. Es el alto nivel de desestabilización provocado por el suceso traumático lo que supone la puesta en marcha de procesos adaptativos para poder afrontar la quiebra producida en su mundo externo (el mundo en el que vivían que antes era previsible, ahora torna en amenazante, extraño y cambiante) y en su mundo interno (debido al cambio en el exterior, se produce una modificación del modo subjetivo de percibir la realidad). (Bernal, 2012).

El daño psicológico producido tras un delito violento hace referencia, por un lado, a las lesiones psíquicas que, con el paso del tiempo y/o ayuda psicosocial pueden ir remitiendo, y, por otro lado, a las secuelas emocionales que persisten en el individuo de un modo crónico y que causan una gran interferencia en su vida cotidiana. Las **fases del daño psicológico** pueden resumirse en las que siguen: una fase inicial en la que se produce una reacción de conmoción caracterizada por un decaimiento global, embotamiento afectivo y cierta confusión a nivel de la consciencia; una siguiente etapa en la que ese embotamiento inicial va desapareciendo, la persona va haciéndose más consciente de lo ocurrido y aparecen emociones de dolor, terror, culpa, rabia; y una última fase en la que tiene lugar una reexperimentación de lo ocurrido. (Echeburúa et al., 2004a).

La **lesión psíquica**, al tratarse de una alteración aguda clínica, imposibilita el afrontamiento de las actividades cotidianas laborales, sociales, personales y familiares. Las más frecuentes producidas tras acontecer un delito violento son el trastorno por estrés postraumático, los trastornos adaptativos (con sintomatología depresiva o ansiosa) y una descompensación en la personalidad. Las **secuelas emocionales** implican la cronificación

del daño psíquico y no remiten con el paso del tiempo ni con apoyo social o tratamiento psicológico. La más frecuente en las víctimas que han sufrido delitos violentos es la modificación permanente de la personalidad. (Echeburúa et al., 2004a).

Un atentado terrorista no sólo daña a quienes lo sufren directamente, sino que las consecuencias tienen un impacto a una mayor escala. Esto se traduce en que algunas repercusiones psicológicas se producen no sólo en las víctimas directas y allegados de las mismas, sino también la **población general**. (García-Vera, Labrador y Larroy, 2008).

Los estudios realizados por DiMaggio y Galea (2006) muestran que entre un 5-22% de la de las personas que residen en regiones de alrededor de los lugares en los que tiene lugar el atentado terrorista sufre diversa sintomatología. Aproximadamente dos semanas después de que tuvieron lugar los atentados del 11-M, un 15% de la población madrileña presentaba síntomas de estrés y un 17% síntomas depresivos, en ambos casos produciendo una afectación en su vida cotidiana (Muñoz, Vázquez et al., 2004, citado en García-Vera et al., 2008). Además, un 2% acababa desarrollando un trastorno de estrés postraumático entre uno y tres meses después (Miguel-Tobal et al., 2004; Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2004, citado en García-Vera et al., 2008). Otros estudios indican que, tras este mismo periodo de tiempo, un 8% de la población madrileña desarrolló un trastorno depresivo mayor, un 10,5% agorafobia, un 8,6% un trastorno de ansiedad generalizada y entre un 2-1% y un 10,9% sufrían ataques de pánico (Miguel-Tobal et al., 2004; Gabriel et al., en prensa, citado en García-Vera et al., 2008).

Por otro lado, cabe también mencionar que entre un 1,2-1,3% del personal del equipo de **asistencia y emergencias** que ayudaron en los atentados presentaron trastorno por estrés postraumático y entre un 1,3-2% trastorno depresivo mayor (Gabriel et al., 2007; Miguel-Tobal et al., 2004, citado en García-Vera et al., 2008).

3. Sintomatología postraumática

3.1. Víctimas directas

En los últimos años se han realizado numerosas investigaciones acerca de las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas que posibilitan afirmar que el **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)** se produce en un porcentaje bastante

significativo tanto en víctimas indirectas (5-22%) como en víctimas directas (13-25%) (García-Vera et al., 2015). Algunas de ellas (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; García-Vera et al., 2016; Gutiérrez Camacho, 2015) indican que la prevalencia de este trastorno en víctimas directas de terrorismo llega a fluctuar entre un 18 y un 40% (citado en García-Vera y Sanz, 2016). El estudio llevado a cabo por Iruarrizaga et al. (2004), en el que se analizan las consecuencias psicológicas producidas en las víctimas tras los atentados del 11 de marzo de 2004 producido en Madrid, expone que un 35,9% de la muestra sufrió este trastorno. A nivel internacional, también se han realizado diversos estudios (Shalev, 1992; Verger et al., 2004; Syna-Desivilya, Gal y Ayalon, 1996) que muestran la alta prevalencia del TEPT en las víctimas que han sufrido ataques terroristas. En 1998, Verger et al. (2004) evaluaron a las víctimas de los atentados sucedidos en Francia entre 1995 y 1996 con el fin de determinar este trastorno y asociarlo con diversos factores y encontraron que más de un 30% de la muestra compuesta por dichas víctimas presentaba TEPT. Además, encontraron una prevalencia del 50% de este trastorno en aquellas con heridas graves. Por otra parte, Syna-Desivilya et al. (1996) examinaron el impacto a largo plazo de un ataque terrorista que tuvo lugar en Israel en 1974 y encontraron (más de 20 años después, cuando realizaron el estudio) que un 39% de la muestra seguía experimentando alrededor de 4 síntomas de estrés postraumático, un 52% de entre 5 a 8 síntomas de estrés postraumático y un 9% continuaban sufriendo al menos 9 síntomas de estrés postraumático. Al tratarse de cifras tan significativas, se trata del trastorno psíquico más estudiado (Muñoz y Navas, 2007; García-Vera et al., 2015).

Según la DSM-V (APA, 2013), el TEPT se produce cuando la persona se ha visto expuesta a la muerte, a una lesión grave o a la violencia sexual, bien sea de forma real o en amenaza, a través de haber experimentado dicho suceso de un modo directo, haberlo presenciado cuando este le ha ocurrido a otros, a través del conocimiento de que el acontecimiento le ha ocurrido a un allegado próximo o a través de la reiterada exposición a detalles repugnantes del suceso.

Para establecer el cuadro clínico de TEPT, los siguientes síntomas han de permanecer durante un periodo de al menos un mes y han de causar malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas importantes de la vida del individuo:

- 1) Síntomas de intrusión: reexperimentación del suceso a través de recuerdos intrusivos y recurrentes, pesadillas, reacciones disociativas, malestar psicológico intenso y

reacciones fisiológicas desproporcionadas ante estímulos asociados a la situación traumática.

- 2) Conductas de evitación: se esfuerza para evitar lugares, personas, actividades, pensamientos y sentimientos acerca del hecho traumático.
- 3) Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo negativas: incapacidad a la hora de recordar aspectos relevantes del trauma, creencias y expectativas sobre uno mismo y los demás negativas, percepción errónea de las consecuencias o las causas del suceso traumático, pérdida de interés y sensación de desapego hacia los demás. Además, el estado emocional habitual es negativo y existe una incapacidad a la hora de experimentar emociones positivas.
- 4) Alteración de la alerta y de la reactividad asociada al acontecimiento traumático: comportamiento irritable, conductas imprudentes, aumento de la activación fisiológica, dificultades para conciliar el sueño o sueño inquieto, problemas de concentración y respuestas de sobresalto desproporcionadas.

También es conveniente hablar del **Trastorno por Estrés Agudo**, ya que suele tratarse de la antesala del TEPT, dado que presenta sintomatología similar pero su duración es de al menos 2 días y de un máximo de un mes. Es una reacción de alta intensidad postraumática caracterizada por la presencia de síntomas disociativos como la sensación de aturdimiento frente a su entorno, embotamiento o desapego emocional, extrañeza respecto a la realidad (desrealización) y respecto del sí mismo (despersonalización) e incapacidad a la hora de recordar aspectos significativos del acontecimiento traumático. Además, se producen comportamientos de evitación de los estímulos que recuerdan al trauma, síntomas de reexperimentación del hecho traumático y sintomatología ansiosa. Producen un malestar clínicamente significativo o deterioro de las áreas importantes en la vida de la persona. (APA, 2002, 2013).

Además de los trastornos ya mencionados, tras un atentado terrorista se produce en las víctimas una amplia pluralidad de sintomatología y trastornos mentales, entre los que destacan, por su alta frecuencia, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia, el trastorno depresivo mayor y los trastornos por dependencia de alcohol y sustancias (García-Vera y Sanz, 2016).

El **Trastorno Depresivo Mayor (TDM)** es el segundo trastorno más frecuente que padecen las víctimas tras sufrir un atentado terrorista, siendo su prevalencia del 20-30% (García-Vera y Sanz, 2016). El estudio llevado a cabo por Iruarizaga et al. (2004)

expone que un 31,3% de la muestra presentó depresión. Si el TEPT persiste en el tiempo, genera en el individuo que lo sufre una reexperimentación constante de lo que supuso el atentado, es decir, el revivir una y otra vez lo que ocurrió y sus consecuencias. Esto conlleva en la mayoría de las ocasiones que la vida cotidiana del individuo cambie: se evitan las circunstancias y actividades que antes realizaba, se pierde el interés en las relaciones sociales, se siente una enorme desesperanza frente a la vida, etc. (Muñoz y Navas, 2007; Zapardiel y Balanzat 2009).

El TDM implica la presencia de un episodio depresivo mayor (para diagnosticar un TDM con episodio único) o dos o más episodios separados por al menos dos meses (para establecer un TDM recidivante). Un episodio depresivo mayor se caracteriza por la presencia de diversa sintomatología que ha de estar presente durante dos semanas y que conlleva un cambio respecto a las actividades que previamente se realizaban. Los síntomas que caracterizan este episodio son los que siguen: estado de ánimo depresivo casi todos los días y durante casi todo el día, pérdida de interés o de placer en la realización de actividades gran parte del día y casi a diario (uno de estos dos síntomas han de estar presentes para poder diagnosticar un episodio depresivo mayor), aumento o pérdida de peso o apetito la mayor parte del día, hipersomnolia o insomnio casi a diario, entumecimiento o agitación psicomotora casi a diario, fatiga casi cada día, sentimientos de culpa o inutilidad casi todos los días, merma en la capacidad de concentración o indecisión casi a diario, y pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas o tentativa de suicidio. Además, para poder establecer un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor no deben haberse producido episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos. (APA, 2002, 2013).

Por otra parte, existe una alta probabilidad de que individuos que han vivido un acontecimiento como traumático experimenten **crisis de angustia** cuando se ven expuestos a situaciones que tienen relación con dicho suceso traumático (Muñoz y Navas, 2007; Zapardiel y Balanzat 2009). El estudio realizado por Iruarrizaga et al. (2004) muestra que un 45,3% de la muestra experimentó ataques de pánico durante los atentados o poco tiempo después. Según la DSM (APA, 2002, 2013), los ataques de pánico incluyen sensaciones intensas de miedo o malestar, además de una serie de sintomatología como palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo, mareos, náuseas, miedo a perder el control o a la muerte, sensación física de entumecimiento y escalofríos.

Los ataques de pánico pueden derivar en otros dos trastornos de tipo ansioso. Por un lado, hablaríamos de un diagnóstico de **agorafobia** si la ansiedad se generaliza a otras situaciones o lugares en las que puede parecer difícil escapar o puede no disponerse de ayuda. La persona ha de evitar dichas situaciones, permanecer en ellas a pesar de sentir un enorme malestar por miedo a que aparezca una crisis de angustia o sentir una gran necesidad de que esté presente un conocido para poder lidiar con ellas. (APA, 2002, 2013). Por otro lado, si se repiten las crisis de angustia de un modo inesperado y recidivante y, además, existe una intensa inquietud por una posible repetición de las crisis, por las consecuencias que estas tienen que le producen un intenso malestar o porque el comportamiento que se relaciona con las crisis pueda sufrir cambios de un modo significativo, nos encontraríamos ante un **trastorno de angustia sin agorafobia** (APA, 2002, 2013). (Zapardiel y Balanzat, 2009). Según García-Vera y Sanz (2010) este trastorno presenta una prevalencia del 6% en las víctimas de atentados terroristas (citado en García-Vera y Sanz, 2016).

También cabe destacar dentro de los trastornos de ansiedad el **trastorno de ansiedad generalizada**, dado que presenta una prevalencia media del 7% (García-Vera y Sanz, 2010, citado en García-Vera y Sanz, 2016). Se caracteriza por una preocupación o ansiedad excesivas en un gran número de contextos con una duración mayor de 6 meses. La persona es incapaz de controlar este malestar, que se asocia a inquietud o impaciencia, fatigabilidad, dificultad en la concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. (APA, 2002, 2013).

Por otro lado, es necesario mencionar que, tras sufrir un trauma como lo es un atentado terrorista, es muy frecuente que las víctimas recurran a las **drogas**, especialmente al alcohol, como modo de escape del dolor que les causa lo que han vivido (Zapardiel y Balanzat 2009). La prevalencia del uso de alcohol en todo tipo de víctimas es del 7,3% (DiMaggio, Galea y Li., 2009). El estudio realizado por Iruarizaga et al. (2004) muestra como un 4,3% de las personas incrementó el consumo de alcohol, un 28,1% el del tabaco, un 40,2% consumían tranquilizantes, un 23,1% analgésicos y un 15,4% antidepresivos.

3.2. Familiares de fallecidos

La sintomatología depresiva y ansiosa experimentada por las víctimas que han sufrido de un modo directo un atentado terrorista también puede ser experimentada por

los familiares de aquellas que han fallecido. Específicamente, el TEPT, el Trastorno Depresivo Mayor y los ataques de pánico mencionados al hablar de las consecuencias psicopatológicas de las víctimas directas de atentados terroristas también se encuentran, si bien en un porcentaje menor, en los allegados de las personas fallecidas (García-Vera et al., 2008; García-Vera et al., 2015). El abuso de alcohol también es frecuente en este tipo de víctimas (DiMaggio et al., 2009).

El **duelo** ha sido definido tradicionalmente como las reacciones emocionales provocadas por la pérdida de un ser querido, cuya duración es de entre seis a doce meses en condiciones normales (Millán-González y Solano-Medina, 2010). Burgeois (1996) definió el duelo como *“la pérdida de un familiar y/o ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida, que denomina elaboración del duelo”* (citado en Zapardiel y Balanzat, 2009). La sintomatología principal del duelo puede resumirse en un bajo estado de ánimo, pérdida de apetito, problemas de insomnio, sentimientos de culpa, abandono de sus actividades sociales y laborales e ideas de muerte. En el caso de los familiares de personas fallecidas en un atentado terrorista, las ideas de muerte suelen centrarse en el deseo de haber fallecido ellos en lugar de la persona perdida, y los sentimientos de culpa suelen tener que ver con lo que podrían haber hecho y no pudieron para evitar el acontecimiento. (Zapardiel y Balanzat, 2009).

Se produce un **duelo complicado o no resuelto** cuando las alteraciones en la duración o en la intensidad del duelo se dan por defecto (no existen reacciones tras la pérdida) o por exceso (reacciones excesivas o atípicas o con una duración superior a la normal. La prevalencia de este tipo de duelo se encuentra entre el 5-20%. (Zapardiel y Balanzat, 2009). Tradicionalmente se ha afirmado que entre el 10-20% de las personas que sufren la pérdida de un ser significativo pasarán por un duelo de tipo patológico (Millán-González y Solano-Medina, 2010). La Asociación Americana de Psiquiatría (2002) afirma que si el síndrome depresivo persiste más de dos meses desde el fallecimiento del ser querido, ha de diagnosticarse un **trastorno depresivo mayor** en el duelo. La sintomatología característica de este trastorno se caracteriza por una culpa excesiva, pensamientos y deseos de querer haber muerto con la persona fallecida, intensa preocupación junto con sentimientos de inutilidad, enlentecimiento psicomotor acusado, deterioro funcional y experiencias alucinatorias persistentes. La presencia de dichos síntomas indica que no se trata de una reacción “normal” de duelo, por lo que nos es útil

para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Según Macías, Vargas y Rodríguez (1996) existen una serie de variables que provocan el desarrollo del duelo patológico: repetidos duelos, que la muerte sea repentina, falta de salud mental o física previa y ambivalencia emocional junto con agresividad.

3.3. Familiares de víctimas directas supervivientes

La sintomatología depresiva y ansiosa experimentada por las víctimas que han sufrido de un modo directo un atentado terrorista también puede ser experimentada por los familiares de las mismas. Específicamente, el TEPT, el Trastorno Depresivo Mayor y los ataques de pánico mencionados al hablar de las consecuencias psicopatológicas de las víctimas directas de atentados terroristas también se encuentran, si bien en un porcentaje menor, en los allegados de las personas heridas. (García-Vera et al., 2008; García-Vera et al., 2015). El abuso de alcohol también es frecuente en este tipo de víctimas (DiMaggio et al., 2009).

Cuando una persona sufre un atentado terrorista, las consecuencias son vividas no sólo por dicha persona, sino por todo el conjunto familiar: *“no hay individuos afectados por atentados terroristas sino familias afectadas por atentados terroristas”* (Zapardiel y Balanzat, 2009). También se produce un gran impacto en la vida de pareja de las víctimas a causa de las secuelas físicas crónicas y las secuelas psicológicas que en ellas quedan. En la gran mayoría de los casos, los padres, los hermanos y los cónyuges de las víctimas sufren, tras lo ocurrido, síntomas de ansiedad, no sólo por lo ocurrido a la víctima sino porque ellos mismos pasan por un proceso en el que tienen que enfrentarse a la noticia traumática. Además, el impacto a nivel familiar se magnifica cuando se produce en la víctima directa una discapacidad física y/o psíquica. Este impacto será mayor o menor en función del grado de incapacitación. (Zapardiel y Balanzat, 2009).

Al comienzo, los miembros de la familia experimentan altos niveles de angustia y confusión, además de sentimientos de frustración e incapacidad. Si se ha producido en la persona afectada algún tipo de discapacidad, la familia suele reaccionar con pánico, depresión, culpa e ira. Es cuando la víctima directa comienza a recuperarse, cuando los familiares comienzan a sentir alivio, esperanza y optimismo. (Douglas, 1990, citado en Zapardiel y Balanzat, 2009).

Puede decirse que el acontecimiento traumático produce una **quebra en la dinámica relacional familiar**, produciéndose un importante desequilibrio, ya que suelen

tener que enfrentarse a situaciones de jubilación anticipada, de bajas prolongadas, de lesiones que pueden llegar a complicar la comunicación entre la familia, las secuelas que quedan a nivel psicológico, además de los cambios en la vida socio-laboral del individuo (Zapardiel y Balanzat, 2009).

El atentado terrorista implica un cambio de valores y prioridades en la familia, en el que se alteran los distintos planes y hábitos que cada miembro tenía previstos, a consecuencia de que las funciones que anteriormente eran realizadas por el individuo afectado han de ser distribuidas por el resto familiares (Navarro, 1995, citado en Zapardiel y Balanzat, 2009). Ha de producirse en la familia un proceso de reacomodación ante las alteraciones emocionales y estructurales sufridas, en el que suelen necesitar de asistencia y orientación para facilitar dicha adaptación (Junqué, Bruna y Mataró, 1996, 1997, citado en Zapardiel y Balanzat, 2009).

4. Intervención

Es necesario destacar que en cualquier tipo de intervención psicológica es fundamental la alianza terapéutica, es decir, la relación que se construye entre el terapeuta y el paciente. Ha de tenerse en cuenta que, específicamente en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas, ésta ha de ejercer una función de contención de la experiencia y de las emociones que van surgiendo en el individuo. Además, ha de constituir una relación de confianza absoluta que procure una experiencia emocional correctiva. Por otra parte, es esencial que se trate de una relación que valide y active los recursos del paciente, recursos que suelen encontrarse en un segundo plano tras haber sufrido una situación traumática de tal magnitud. Es indispensable potenciar el rol activo del paciente durante todo el tratamiento. (Duque, Bachiller y Díaz, 2010).

4.1. Víctimas directas supervivientes

Hay personas que, tras haber sufrido un acontecimiento traumático, son capaces de continuar con su vida social y laboral sin precisar de atención psicológica y/o farmacológica (Avia y Vázquez, 1998; Tedeschi y Calhoun, 2004, citado en Echeburúa y De Corral, 2007). Otros individuos, sin embargo, no recuperan sus ciclos habituales de sueño y alimentación, viven en una desesperanza y sufrimiento constantes, se aíslan a nivel social y laboral, y presentan dificultades a la hora de hacerse cargo de sus emociones

y pensamientos que guardan relación con el suceso traumático. Estas personas necesitan una ayuda psicológica específica y, en ocasiones, también farmacológica. (Wainrib y Bloch, 2001, citado en Echeburúa y De Corral, 2007).

Según Bosch (2007), existen tres momentos principales en la intervención con las víctimas de terrorismo:

- Intervención en crisis.
- Seguimiento (determinado tiempo después de la intervención en crisis, en función del caso), cuyos objetivos principales son la minimización de la vulnerabilidad, tratando de potenciar los recursos y estilos de afrontamiento que posee la persona, y la maximización de los factores protectores, a través de la promoción del apoyo por parte su contexto familiar y social cercano.
- Tratamiento.

Cabe mencionarse que los objetivos terapéuticos que persigue la intervención psicológica con víctimas de terrorismo no son los mismos a corto que a largo plazo. A corto plazo, el tratamiento psicológico se basa en el modelo de intervención en crisis y está dirigido a que la persona consiga afrontar los síntomas más inmediatos y establezca una serie de “medidas de higiene psicológica”: que consiga regular sus ciclos de sueño y sus hábitos alimenticios, recuperar las distintas rutinas que tenía en su vida e ir expresando las emociones con las personas allegadas. Además, se pretende evitar la cronificación de la sintomatología, así como el desarrollo de otros trastornos. A largo plazo, encontramos el modelo psiquiátrico dirigido al tratamiento de sintomatología como la depresión, la desregulación del sueño, la ansiedad, etc. a través de la medicación, y modelos clínicos como la terapia cognitivo-conductual o la terapia sistémica. (Echeburúa, De Corral y Amor, 2004b).

La **intervención en crisis** ha de adaptarse a las necesidades particulares de cada individuo. Como objetivos principales de este tratamiento se encuentran el alivio de la sintomatología de mayor gravedad, el enfrentamiento al acontecimiento traumático, la recuperación del sentido de seguridad en los otros y la reintegración en el contexto social (Fernández Millán, 2005; Robles y Medina, 2003, citado en Echeburúa y De Corral, 2007). Lo primero que va a abordarse son los síntomas de insomnio, ansiedad, depresión, pesadillas, etc.; lo segundo, la reexperimentación de lo ocurrido, la hiperactivación y los comportamientos de evitación; lo último, la recuperación de la autoestima, la confianza

en los otros y la regulación de las emociones y pensamientos (Echeburúa y De Corral, 2007).

Por su parte, el *debriefing* es una intervención psicológica grupal, en la que las víctimas cuentan con un espacio en el que pueden expresar y compartir sus emociones y pensamientos y, además, les permite comprobar que otros que pasaron por la misma experiencia los comparten (Tubet et al., 2015). Se trata de una técnica que pretende atender la sintomatología que se produce de un modo inmediato tras sufrir el suceso traumático (Lillo et al., 2004). El objetivo principal de esta intervención es la prevención de la cronificación de dicha sintomatología, así como la detección temprana de otros trastornos que van a requerir un tratamiento específico. Lo ideal es que la intervención sea llevada a cabo por un terapeuta y un coterapeuta, de forma que éste último esté disponible para acompañar fuera de la sesión a los miembros que se desborden emocionalmente durante la sesión (Tubet et al., 2015).

Según el modelo de Mitchell (1983) (citado en Lillo et al., 2004; Tubet et al., 2015), el *debriefing* puede estructurarse en las siguientes fases: introducción (presentación de los miembros y del procedimiento); fase narrativa (relato por parte de cada uno de los participantes de los hechos vividos); fase cognitiva (valoraciones que cada individuo hace de lo ocurrido); fase de reacción (emociones surgidas tras la ocurrencia del acontecimiento traumático); fase de síntomas (consecuencias provocadas tras el estrés acaecido tras la vivencia del suceso); fase educacional (síntesis por parte de los terapeutas de lo dicho por cada uno de los participantes y psicoeducación en cuanto a la normalidad y temporalidad de los síntomas, así como de los hábitos más recomendables a seguir para ir retomando su vida); fase de seguimiento (espacio final de dudas).

La intervención psicológica grupal proporciona a las víctimas una sensación de cohesión social y posibilita el desarrollo de estrategias conjuntas a la hora de afrontar los problemas (Sánchez, González y Méndez, 2002, citado en Echeburúa et al., 2004). Según Álvarez de Toledo (1996) (citado en Echeburúa et al., 2004), a través del grupo disminuye la sensación de aislamiento social, consiguen un espacio en el que conversar acerca de las consecuencias psicológicas del suceso traumático y de la normalidad de las reacciones y emociones que presentan, con lo que se supera también la resistencia que muchas víctimas presentan al comienzo al tratar de hablar de lo ocurrido. También incide en la recuperación de la autoestima, ya que cada uno, con su testimonio, sirve de ayuda al resto de participantes del grupo. En numerosas ocasiones, el grupo posibilita el contacto con

emociones que hasta entonces las víctimas han sentido como ajenas. *“No es la suma de unas historias semejantes, sino la creación del sentido de pertenencia a una misma estructura lo que promueve el cambio”*. (Sánchez, González y Méndez, 2002).

En cuanto al tratamiento, destaca el trabajo llevado a cabo por García-Vera et al. (2008) tras los atentados acaecidos el 11 de marzo de 2004 en España. Con ayuda del Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid, se elaboraron una serie de pautas de intervención psicológica dirigidas a los profesionales sanitarios, que sirvieron como base para los protocolos de tratamiento psicológico llevados a cabo en el “plan de refuerzo a la atención en salud mental para los afectados por los atentados del 11-M”. Se describen las intervenciones y las técnicas que han mostrado un mayor soporte empírico en cuanto al tratamiento de los trastornos ocasionados por un acontecimiento traumático.

En primer lugar, siguiendo el trabajo propuesto por García-Vera et al. (2008), es necesario llevar a cabo un proceso previo de **psicoeducación**, en el que se explica a la persona las reacciones psicopatológicas típicas que se sufren cuando acontece un suceso traumático, para que así ésta pueda normalizarlas, comprenderlas y aceptarlas. El procedimiento de psicoeducación incluye la explicación de los pensamientos, sentimientos, síntomas físicos y comportamientos o evitación de los mismos característicos tras haber vivenciado una situación altamente estresante, así como la evolución esperable de dichas reacciones. Además, es importante hacer hincapié en explicar a la víctima que las experiencias son individuales, por lo que no existe un único modo de reaccionar ni todas las personas van a pasar por las mismas fases ni seguir una misma evolución en la recuperación.

En segundo lugar, conviene tener en cuenta las reacciones de hiperactivación fisiológica que se producen cuando se sufre un atentado terrorista. Cuando se vive un acontecimiento estresante, en el que se percibe que la propia supervivencia se encuentra en peligro, el organismo responde a través de la huida o se prepara para hacer frente a dicho peligro. En ambos casos, para poder responder del modo más eficaz posible y afrontar con éxito la situación, se produce una energía adicional (aumento de la activación fisiológica) para poder acceder de un modo rápido a los recursos disponibles y poner en marcha dichas reacciones de huida o lucha. Esta activación va a permanecer en tanto en cuanto se perciba que ese peligro vital sigue presente. Un atentado terrorista suele producir que quienes lo han sufrido sigan sintiendo que en cualquier momento puede producirse una situación similar, por lo que su organismo permanece en un estado de hiperalerta permanente. En

situaciones caracterizadas por un intenso estrés, la respiración se torna rápida y superficial, lo que provoca que la cantidad de oxígeno que llega a la sangre sea mucho menor. Esta peor oxigenación puede generar una sensación general de fatiga, tensión generalizada y malestar, además de sintomatología ansiosa y depresiva. (García-Vera et al., 2008). García-Vera et al. (2008) muestran que a través de la **técnica del control de respiración** se puede enseñar a la persona a mantener una respiración adecuada para así facilitar una mejora en la oxigenación del organismo y en la regulación de la activación fisiológica. Con ella, dado que se consigue que el gasto en los recursos del organismo es menor, e se reducen las sensaciones de fatiga, tensión, ansiedad, etc. y aparecen sensaciones de tranquilidad y bienestar. Este entrenamiento permite al individuo poder mejorar en cualquier contexto su respiración a través de la regulación del ritmo inspiratorio-espíatorio.

En tercer lugar, cabe mencionar que los individuos que han sufrido un trauma suelen sentirse, especialmente en los primeros momentos, desorientados, inmersos en un caos vital y con una gran incapacidad para procesar lo que les ha ocurrido. El acontecimiento traumático ha cambiado completamente los esquemas básicos en los que se sustentaban sus vidas, por lo que sus modos de actuar y situarse en el mundo se encuentran desorganizados: *“la persona no tiene claro qué hacer ni para qué”*. Es primordial que logren reorganizar sus creencias o esquemas básicos para poder readaptarse a su vida diaria. La **programación de actividades** puede ayudarles a organizar los diversos contextos a los que van a tener que hacer frente. Se programan las actividades para que el individuo no tenga que tomar decisiones de un modo espontáneo acerca de lo que quiere o tiene que hacer, evitando así momentos de indecisión en los que pueden aparecer pensamientos y sentimientos negativos. Es importante que al principio se incluyan algunas que sean especialmente placenteras. Además, a través de la programación, la persona puede sentir que tiene un mayor control sobre la situación, lo que no suele percibirse tras haber sufrido un acontecimiento traumático. (García-Vera et al., 2008).

En cuarto lugar, hay que referir que, en algunos casos, las personas afectadas por un atentado terrorista necesitan llevar a cabo ciertas actividades o dejar de realizar otras, pero, aunque se lo propongan, se sienten incapaces de ello. *“Por ejemplo, recurren al alcohol para tratar de evitar sentir el estado ansioso en el que se encuentran (comportamiento que deberían dejar de hacer) y, sin embargo, no se reúnen con sus amigos (conducta que les convendría realizar)”*. Es importante establecer las condiciones

pertinentes que les faciliten y ayuden a realizar las conductas más convenientes y evitar las que les son perjudiciales. El autocontrol es la “*capacidad que posee un individuo para realizar comportamientos específicos que permitan controlar o modificar el medio, de modo que éste ayude en la no aparición de conductas que no desea y la aparición de conductas que sí desea*” (García-Vera et al., 2008). Las **técnicas de autocontrol** son especialmente útiles en los contextos en los que existen diversas conductas y la persona tiene un conflicto a la hora de elegir entre ellas. (García-Vera et al., 2008).

En quinto lugar, merecen una especial atención las **técnicas de exposición**, ya que son consideradas como las más eficaces y con una mayor demostración empírica en la reducción de la sintomatología postraumática. El objetivo principal de este tipo de intervención consiste en la integración de las experiencias vividas como traumáticas en el sistema de creencias del individuo, para que así éste pueda volver a procesar la información y darle un significado diferente. (García-Vera et al., 2008). Ha de explicarse al individuo la necesidad de exponerse a los momentos traumáticos temidos, en lugar de evitarlos, para que pueda ir habituándose a los mismos y que dejen de producirle ese miedo tan intenso. La técnica de exposición se hará en imaginación al principio y, cuando se encuentre preparada la persona, en vivo. (Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004).

En sexto lugar, debe señalarse que una reacción normal en las víctimas es tratar de evitar hablar y pensar sobre lo ocurrido, para así tratar de deshacerse del dolor que ello produce. Sin embargo, es fundamental recordar, pensar y sentir acerca de la situación traumática para poder asimilarla y resignificarla. Con la técnica del **desahogo psicológico** se ayuda a la víctima a situar el atentado desde una perspectiva distinta. La persona ha de relatar su experiencia teniendo en cuenta una serie de pautas concretas: ha de hacerlo en presente, en primera persona, describiendo todo lo que percibió, lo que sintió y lo que pensó en ese momento. Además, ha de tratar de ubicar el acontecimiento en un momento espacio-temporal en su línea de vida, diferenciándolo de los distintos sucesos que ha vivido para que sea consciente de que se sitúa en un momento y espacio concreto. A través de esta técnica, se pretende lograr un cambio en los pensamientos que se han asociado a lo ocurrido que implican emociones desadaptativas como la ira, el odio, el temor, el deseo de venganza o la culpa, así como conseguir que el individuo consiga aprender a separar los hechos de los pensamientos y sentimientos que estos generan. Se trabaja con lo

sucedido por un lado, y con las emociones y pensamientos, por otro. (García-Vera et al., 2008).

En séptimo lugar, hay que referir que uno de los problemas más frecuentes de aquellas personas que han presenciado o sufrido un trauma es la aparición de pensamientos negativos reiterados (con las sensaciones negativas correspondientes). Éstos son bastante imprecisos y desorganizados y, aunque suelen aparecer en un segundo plano, causan un gran malestar en la persona. El objetivo de las **técnicas de detención del pensamiento** es tratar de evitar su aparición y, en el caso de que aparezcan, aprender a interrumpirlos. (García-Vera et al., 2008).

En octavo lugar y como último punto a definir dentro de las pautas de intervención recomendadas por García-Vera et al. (2008) ha de mencionarse la **técnica de solución de problemas**, que ayudará a que la persona desarrolle las estrategias adecuadas para poder enfrentarse a determinadas situaciones consideradas problemáticas de un modo efectivo, rápido y adecuado. Esta técnica posibilita reconocer el problema de forma rápida. Además, tiene como objetivo principal analizar las distintas características de la situación problemática, por lo que impide dar una respuesta impulsiva a la misma. También se consiguen plantear los diversos tipos de respuestas con las que puede hacerse frente al problema y se establece el proceso que ha de seguirse hasta escoger la mejor alternativa de respuesta para el problema en concreto.

4.2. Familiares de fallecidos

Exceptuando el *debriefing*, que suele aplicarse a las víctimas que han sufrido de un modo directo el atentado terrorista, las técnicas mencionadas anteriormente también son aplicadas a los allegados de víctimas fallecidas, ya que la sintomatología ansiosa y depresiva puede ser compartida por ambos tipos de víctimas y dichas técnicas van dirigidas al tratamiento de la misma.

Además, Zapardiel y Balanzat (2009) proponen una serie de **sugerencias** para facilitar que la persona pueda hablar acerca del fallecido y de las circunstancias que rodearon su muerte resulta conveniente. En primer lugar, tratar de favorecer su expresión emocional, intentando que exprese no sólo los sentimientos de tristeza, de culpa y de desesperanza, sino también los sentimientos de enfado o de hostilidad hacia la persona fallecida que en muchas ocasiones se producen, así como la ira contra los autores del atentado. Además, y como ya se ha mencionado anteriormente, es conveniente la

psicoeducación, explicando, por un lado, que los síntomas que experimenta son reacciones normales tras haber sufrido una pérdida en esas condiciones y que, con el paso del tiempo, tienden a desaparecer, y, por otro lado, indicando la normalidad de que al comienzo se produzca un cese de sus actividades socio-laborales, pero que es conveniente que vaya, poco a poco, retornando a las mismas en un plazo de entre uno y dos meses. Finalmente, se sugiere (Macías et al., 1996) que muchas personas necesitan despedirse, de la persona fallecida para así poder iniciar el duelo. En las reacciones agudas de duelo, la asistencia al entierro y al funeral del fallecido resulta beneficioso para que las fantasías y los temores no se solidifiquen, por lo que es importante animar al familiar a ello.

Los **sentimientos de culpa** suelen sentirse como altamente invasivos en los familiares de personas fallecidas en un atentado terrorista. Zapardiel y Balanzat (2009) describen una serie de **estrategias** para tratar de controlarlos:

- Identificarlos. Pensar si siente culpabilidad en relación al fallecimiento del familiar y analizar los momentos en los que aparecen, para así poder comprobar si existen determinadas situaciones concretas en las que estos sentimientos cobran una mayor fuerza.
- Aceptarlos como normales y comprensibles. Cuando son capaces de comprender que, en la situación en la que se encuentran, es usual tener pensamientos y sentimientos negativos, la culpabilidad tiende a disminuir.
- Expresarlos. Hablar sobre los sentimientos de culpabilidad con amigos y familiares puede aliviarlos.
- Analizar sus causas para comprenderlos mejor y así hacerlos más aceptables.
- Reconocer las limitaciones propias y establecer objetivos a alcanzar que sean realistas.
- “Aceptar que cuidarse a sí mismos es necesario y no implica ser egoístas.” Reconocer su derecho a ello facilita la evitación de los sentimientos de culpa.

4.3. Familiares de víctimas directas supervivientes

Exceptuando el *debriefing*, que suele aplicarse a las víctimas que han sufrido de un modo directo el atentado terrorista, las técnicas mencionadas anteriormente también son aplicadas a los allegados de víctimas supervivientes, ya que la sintomatología ansiosa y depresiva puede ser compartida por ambos tipos de víctimas y dichas técnicas van dirigidas al tratamiento de la misma.

El trauma y las consecuencias que éste deja influyen de forma directa e indirecta en el sistema familiar y en las relaciones sociales de las personas víctimas directas del acontecimiento traumático, por lo que el **tratamiento conyugal o familiar sistémico** es uno de los más recomendados en el tratamiento de los síntomas postraumáticos (Carroll, Rueger, Foy y Donohoe, 1985; Jordan et al., 1992; Solomon y Weisenberg, 1993, citado en Zapardiel y Balanzat, 2009). La intervención se dirige no tanto a la reducción de la sintomatología de la persona, sino al alivio del malestar a nivel relacional. Es decir, está orientada a mejorar la eficacia de las interacciones. (Zapardiel y Balanzat, 2009). Además, este tipo de terapia es adecuada dado el papel fundamental que tienen los familiares o cónyuges más cercanos en la recuperación del individuo (Barreto y Mizes, 1988; Beiser, Turner y Ganesan, 1989; Davidson, Hughes, Blazer y George, 1991; Solomon, Waysman y Mikulincer, 1990, citado en Zapardiel y Balanzat, 2009). Proporcionar formación y apoyo a los familiares de las víctimas supervivientes del acontecimiento traumático es de gran utilidad para que éstos puedan otorgarles un sostén que favorezca la recuperación (Zapardiel y Balanzat, 2009).

Figley (1985) es uno de los autores que más ha estudiado la terapia familiar sistémica en víctimas supervivientes de acontecimientos traumáticos y sus allegados. En el tratamiento que describe, el terapeuta asume el rol de facilitador, es quien ayuda y anima a todo el sistema familiar a que desarrolle sus recursos para afrontar la situación. Las primeras sesiones se orientan al establecimiento de la alianza entre el terapeuta y los distintos miembros de la familia. La siguiente fase consiste en la identificación y el afrontamiento de las dificultades que está teniendo el sistema familiar en relación al trauma. Tras esto, se trabaja en la potenciación de las habilidades de comunicación y de apoyo por parte de los miembros de la familia. Cuando cada uno comparte sus vivencias y reacciones respecto al suceso traumático, va conformándose un nuevo significado del trauma. Se reúnen las perspectivas individuales para construir una única historia acerca del trauma y sus consecuencias que posibilite a la familia ponerse de acuerdo sobre lo ocurrido, así como sobre el modo de afrontarlo. Es recomendable combinar esta terapia familiar con técnicas como las mencionadas anteriormente para tratar la sintomatología que presenta cada individuo. (Zapardiel y Balanzat, 2009).

Erickson (1989) (citado en Zapardiel y Balanzat, 2009) afirma que la terapia familiar permite la integración del trauma en el sistema familiar y que se desarrollen habilidades de comunicación y apoyo más eficaces para lograr un refuerzo de la cohesión familiar. A

través del tratamiento se ayuda a que los distintos miembros de la familia puedan aceptar el trauma como una crisis de tipo familiar que requiere una implicación activa de todos, a que reconozcan y satisfagan las necesidades de cada uno de ellos, a la comprensión de que el daño que están sufriendo a consecuencia del hecho traumático puede repararse, y a relacionarse entre ellos desde el afecto. Se recomienda la combinación de sesiones individuales con la terapia familiar.

5. Análisis transversal

Una vez resumidos los contenidos principales en cuanto a la sintomatología y el tratamiento necesarios para víctimas de terrorismo, se lleva a cabo un análisis transversal de los distintos tipos de víctimas para examinar las semejanzas y divergencias encontradas en función de la bibliografía existente encontrada. (*Tabla 1*).

Como se ha mencionado anteriormente, la literatura científica proporciona porcentajes de prevalencia del TEPT, ataques de pánico, el TDM y el consumo de sustancia, entre otros, en las víctimas indirectas, pero añadido en “Sintomatología común” también los ataques de pánico*, el trastorno de angustia* y el trastorno de ansiedad generalizada*, dado que otros autores hacen referencia a que las víctimas indirectas presentan sintomatología ansiosa en general, aunque no otorguen porcentajes de prevalencia específica como en los primeros trastornos mencionados.

	Sintomatología común	Sintomatología específica por víctimas	Técnicas de intervención común	Intervención específica
Víctimas directas supervivientes	TEPT Ataques de pánico TDM Consumo de drogas Trastorno por Estrés Agudo*	Agorafobia	Intervención en crisis Psicoeducación Técnicas de exposición Técnicas de control de la respiración Técnicas de detención del pensamiento Programación de actividades Desahogo psicológico Programación de actividades	<i>Debriefing</i> psicológico
Familiares de víctimas fallecidas	Trastorno de angustia sin agorafobia*	Duelo (En ocasiones complicado o no resuelto)	Programación de actividades Técnicas de solución problemas	Estrategias de control de sentimientos de culpa
Familiares de víctimas supervivientes	Trastorno de ansiedad generalizada*	Quiebra en la dinámica familiar	(Destinadas al tratamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva)	Terapia sistémica (Orientada a la reestructuración familiar)

Tabla 1. Sintomatología e intervención en los distintos grupos de víctimas.

Tras realizar la comparación entre estos tres grupos de víctimas, destacan una serie de aspectos que merecen ser analizados.

En cuanto a la sintomatología presentada, si bien todos los trastornos pueden ser experimentados por cada uno de los grupos de víctimas, la **prevalencia** es mucho mayor en las víctimas que sufrieron directamente el atentado, es decir, en las víctimas primarias o directas. En segundo lugar, la mayor prevalencia se da en los familiares de víctimas que no han sobrevivido, ya que han de lidiar además de con los trastornos de ansiedad y del

estado de ánimo mencionados, con la elaboración del duelo por la muerte de la víctima. Además, la bibliografía hace hincapié en los sentimientos de culpa que aparecen en los familiares de víctimas que han fallecido. En tercer y último lugar, también los familiares de víctimas que han sobrevivido al atentado pueden llegar a desarrollar la sintomatología mencionada.

Siguiendo con la sintomatología, el **trastorno de agorafobia** no es mencionado por la bibliografía como habitual en los familiares (ni de víctimas supervivientes ni de víctimas fallecidas). Tiene sentido dicha sintomatología en las víctimas directas puesto que, tras el atentado, se produce un cambio en la percepción del mundo que nos rodea: de ser un lugar seguro a convertirse en un lugar peligroso. La sensación de peligro se generaliza a todos los espacios abiertos y, además, se siente que no se va a poder disponer de ayuda si algo ocurre. Algo a tener en cuenta es que no se trata como en otras fobias de un peligro por algo dañino que les pueda ocurrir, sino de un peligro sentido como “amenaza de muerte” con niveles de angustia elevadísimos.

En cuanto a la intervención psicológica, e hilando con lo anterior, es importante enseñar diversas **estrategias para el manejo de los sentimientos de culpa** a los familiares de víctimas fallecidas. En muchos de ellos, suele darse el sentimiento de anhelo porque hubieran sido ellos los que hubieran sufrido el atentado y no la víctima que finalmente ha fallecido.

Estos sentimientos de culpa también pueden aparecer en las personas que han sufrido las consecuencias del atentado de un modo directo, pero cuyas consecuencias no son tan graves como las de otras personas que también vivieron en el atentado, que hasta llegan a fallecer. Esta culpa puede aparecer al compararse con las personas fallecidas o con otras que padecen secuelas físicas de mayor gravedad. Sin embargo, la bibliografía se centra en el tratamiento de dichos sentimientos en el caso de los familiares de víctimas y no tanto en este caso. Creo que sería imprescindible atender a dichos sentimientos también en el caso de las víctimas directas ya que muchas de ellas suelen tener un sentimiento de inadecuación, de que algo no “funciona bien” en ellas, o de no encontrarse tan aliviadas como debieran después de las pocas secuelas que tienen tras el atentado.

Por otro lado, al tratarse el tema del **duelo**, se hace referencia en los estudios que se han llevado a cabo al que han de atravesar los familiares de víctimas que han fallecido, pero no se menciona el de la persona que ha vivido el atentado de un modo directo. Tras

acontecer un atentado, se produce un antes y un después para todas las víctimas, dado que la sensación de seguridad básica de vivir en este mundo desaparece. A nivel emocional, aparece una sensación de peligro e inseguridad, por haber estado en contacto con la muerte de una forma tan traumática. Esto afecta a la creencia básica de que el mundo es un lugar seguro, pero también a la confianza en los demás, dado que descubres que existen personas que han querido acabar con la vida de tantas otras, incluida la tuya propia. También afecta a la creencia del ser humano de “invulnerabilidad”, que provoca que se sientan como lejanos y casi imposibles este tipo de acontecimientos dañinos y traumáticos. Estas creencias sobre el mundo, sobre uno mismo y sobre el futuro constituyen la tríada cognitiva de Beck, que es lo que caracteriza la depresión (Rivadeneira, Dahab y Minici, 2013). Al sentirse la persona afectada por estas creencias, es normal percibir que la vida ya no tiene sentido. Pero desde mi punto de vista, estos sentimientos de pérdida de seguridad básica no deben tratarse únicamente como una depresión, dado que tienen ese componente adicional que lo constituye como un duelo. Por mucho que la persona pase por un proceso psicológico, y supere las secuelas de estrés post-traumático o las secuelas físicas (cuando se puedan superar), nada será como era antes del atentado. Se trata de un duelo que ha de atravesar. Además, si la persona ha tenido secuelas físicas, que también son pérdidas que serán de por vida, se hace aún más evidente el duelo. Ayudar a las víctimas a poder vivir todo el proceso como un duelo, les ayudaría a reconciliarse y a normalizar todas las emociones y momentos de dolor que van a ir viviendo en los meses y años posteriores al atentado.

Asimismo, se hace referencia a la terapia familiar sistémica, a raíz de la quiebra en el entramado familiar que se produce en las familias de las víctimas supervivientes, llevándose a cabo una reestructuración familiar para reajustar los roles, expectativas y emociones de todas las personas pertenecientes al sistema. Por una parte, considero que sería bueno que existieran más estudios para aplicar este mismo enfoque sistémico en las familias de víctimas que han fallecido, y no únicamente a las familias de víctimas supervivientes. El hecho de que fallezca un familiar siempre supone una crisis en el entramado relacional de dicha familia, pero, además, el que haya ocurrido a causa de un atentado terrorista, tiene repercusiones a nivel psicológico, familiar y social muy diferentes a otros tipos de fallecimientos. Cabe añadir que, partiendo de la base de que quizá existan investigaciones a las que no he podido acceder, puesto que no tengo toda la bibliografía a nivel internacional a mi alcance, en las investigaciones realizadas en

España, sobre todo, las llevadas a cabo tras el 11-M, echo en falta programas de intervención sistémica más específicos con todas las personas que sean víctimas primarias o secundarias y con las distintas formas de familias que puedan darse. Es decir, programas que muestren su eficacia con todo tipo de familias, bien sean parejas de las personas fallecidas cuando viven sólo dos en el núcleo familiar, familias monoparentales que pierden un hijo o hijos que han perdido al progenitor. Los diseños de intervención son muy generales pero las familias son mucho más variadas, y creo que cualquier persona víctima directa o víctima secundaria del atentado tendría que tener acceso a uno de estos programas de intervención.

En cuanto a los tipos de intervención realizadas hay también siento que pueden realizarse algunas mejoras. Creo que serían importantes las **terapias grupales** para todas las personas implicadas. Su vida nunca volverá a ser igual, en todas ellas hay un antes y un después. Y ese duelo colectivo creo que ha de ser abordado no solo a nivel individual, sino como colectivo afectado, diferente a cualquier otro colectivo que haya vivido cualquier otra problemática. Para eso se crean las asociaciones de víctimas del terrorismo, que son las que muchas veces se preocupan por todos estos asuntos, que a nivel estatal, no siempre se les da cobertura.

Por otro lado, todo lo que he encontrado en cuanto a métodos de intervención está muy focalizado en terapia cognitivo conductual o, como ya se ha mencionado, en la terapia sistémica en el trabajo con las familias de víctimas supervivientes. Considero que el enfoque cognitivo-conductual es muy necesario, dado que se trata de un abordaje estructurado que toda persona puede comprender y llevar a cabo, independientemente de su nivel educativo y cultural, y que es fácilmente aplicable a colectivos. Sin embargo, de algún modo siento que se trata de un abordaje que cuenta con limitaciones, sobre todo a largo plazo, dado que no se está teniendo en cuenta que un acontecimiento traumático como lo es un atentado terrorista supone un antes y un después en el curso de la vida de la persona. Con las técnicas conductuales se intervienen sobre los aspectos más inmediatos, se “cura” la sintomatología postraumática, pero no se trata la relevancia para el sentido vital que conlleva dicha experiencia traumática.

Si pensamos en una **terapia en fases**, en un primer momento sería conveniente abordar estos sucesos con terapia cognitivo conductual para poder estructurar a una persona que acaba de experimentar un suceso que le ha quebrado por completo, junto con un abordaje de terapia grupal de contención emocional. En un segundo momento, podrían aplicarse

otros enfoques, como podrían ser la TFE o la logoterapia de Viktor Frankl. La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) de Greenberg creo que podría ser de utilidad en el abordaje de este tipo de víctimas en tanto en cuanto sostiene la importancia del carácter adaptativo innato que poseen las emociones, las cuales pueden ayudar al paciente en el cambio de sus estados emocionales problemáticos. (Greenberg, 2015). Tras una intervención en crisis y un abordaje más estructurado, siento imprescindible un trabajo con la emoción en este tipo de pacientes, con la correcta identificación de los distintos tipos de emociones, para así poder comprender el proceso emocional por el que están pasando y, con ello, hacerse cargo del mismo. Por su parte, siento que el trabajo desde un enfoque existencialista como la **logoterapia** de Viktor Frankl podría ayudar en la “vuelta” a la vida cotidiana, habiendo otorgado un nuevo significado a la experiencia vivida y habiendo logrado dar un nuevo sentido a la “nueva vida”, tras haber sentido la muerte tan de cerca. La logoterapia es un enfoque terapéutico orientado al sentido que la persona desea proyectar en el futuro. A través de la logoterapia, el paciente ha de afrontar el sentido de su vida, con la experiencia que ha vivido incluida, y confrontar con dicho sentido su comportamiento. (Frankl, 1979).

El no llevar a cabo una intervención en varias fases, que desde mi punto de vista sería lo ideal, puede dar lugar a problemas a largo plazo. Cuando acaba de acontecer un atentado terrorista, se produce un despunte en la sintomatología de las víctimas, por lo que es usual el acceso a tratamiento. Sin embargo, si no se atiende más que a esta sintomatología postraumática, es posible que, en ocasiones, pasado un tiempo, cuando el duelo tiende a empeorar, la persona se vea sumergida en un “sinsentido” y con grandes dificultades para sobreponerse. Es por ello que considero esencial la comprensión del proceso emocional que ha ido viviendo tras experimentar el acontecimiento traumático, de la mano de la TFE, así como la búsqueda de un nuevo sentido a esa “nueva vida”, de la mano de la logoterapia.

6. Conclusiones

En el presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, centrada en las víctimas de los atentados terroristas en España, específicamente la llevada a cabo tras el 11-M, dado que la investigación mayoritaria cursa sobre las víctimas de este acontecimiento. Como se hizo referencia en la introducción, la investigación acerca de las consecuencias sufridas por las víctimas del terrorismo llevado a cabo por Euskadi ta Askatasuna (ETA) en el País Vasco han sido escasas (Martín-Peña, 2013). Dado que se

trata de un tipo de terrorismo muy relevante en la historia española, cabe resaltar una serie de aspectos que lo diferencian de otros tipos de terrorismo. El terrorismo ejercido por ETA fue denominado “violencia de persecución” (Gesto por la Paz, 2000, citado en Martín-Peña, 2013) y consiste en la utilización de acciones violentas, como secuestros, explosiones o asesinatos, de forma continuada y excesiva, para llegar a producir un ambiente amenazante y de acoso, con la consecuente sensación de terror reiterado en la población (Pereira, 2004). Por otra parte, muchas de las acciones violentas utilizadas se llevan a cabo a través de estrategias de violencia psicológica como intimidaciones o amenazas y las víctimas son seleccionadas de forma explícita por pertenecer a determinado grupo político, por su ideología o por su profesión. En cuanto a los efectos psicosociales encontrados en este tipo de víctimas, algunos de ellos son compartidos por las víctimas de otros tipos de terrorismo como los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias, pero este tipo específico de víctimas de terrorismo suele contar con un riesgo añadido a la hora de producirse alteraciones psicopatológicas debido al insuficiente apoyo familiar y social (Baca, Cabanas y Baca, 2003, Echeburúa, 2004, Pereira, 2004, Santos, 2008, citado en Martín-Peña, 2013). Como último aspecto distintivo de este tipo de terrorismo cabe mencionar que el apoyo a las víctimas no suele ser suficiente, que los agresores tienden a justificar sus acciones y que éstos, además, reciben apoyo por parte de sus simpatizantes, por lo que la violencia ejercida se encuentra legitimada (Baca, Echeburúa y Tamarit, 2006, citado en Martín-Peña, 2013).

A modo de conclusión, cabe decir que las investigaciones acerca de las consecuencias y la intervención sobre víctimas de terrorismo se centran mayoritariamente en las víctimas directas y la bibliografía en lo referente a víctimas indirectas es menor. Por último, es necesario mencionar que tras la realización del análisis transversal de los diferentes grupos de víctimas, se han encontrado algunas diferencias en cuanto a la sintomatología, y sobre todo, en lo referente a la intervención llevada a cabo para el tratamiento de dicha sintomatología, que merecen ser tenidas en cuenta.

7. Referencias

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: Panamericana.

- Bernal, C. (2012). Causas y consecuencias del proceso de victimización en las víctimas del terrorismo. *Trabajo Social Hoy*, 67, 7-16.
- Bosch, S. (2007). Tratamiento psicológico con víctimas de experiencias traumáticas. 1ª Jornada de Formación Práctica de Intervención Psicológica con Víctimas de Terrorismo. *Cuadernos de crisis. Revista semestral de la psicología de las emergencias y la intervención en crisis*, 6(1), 7-21.
- DiMaggio, C., y Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: a meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13(5), 559-566.
- DiMaggio, C., Galea, S., y Li, G. (2009). Substance use and misuse in the aftermath of terrorism. A Bayesian meta-analysis. *Addiction*, 104(6), 894-904.
- Duque, F., Bachiller, D. y Díaz, A. (2010). Aitana: Tratamiento del Trauma Crónico (4 años tras el 11M). *Cuadernos de crisis. Revista semestral de la psicología de las emergencias y la intervención en crisis*, 9(1), 25-36.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (2004a). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227-244.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (2004b). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 15(3), 273-292.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.
- Echeburúa, E. (2011). Víctimas del terrorismo y de secuestros: Del trauma a la superación. *Jornadas secuestros y toma de rehenes por parte de grupos terroristas: prevención y respuestas* (pp. 1-18). Fundación Manuel Giménez Abad de Estudios Parlamentarios y del Estado Autonómico.
- Figley, C.R. (1985). The family as victim: Mental health implications. *Psychiatry*, 6, 283-291.
- Frankl, V.E. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder Editorial.

- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. y Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorists attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*, 346(13), 982-987.
- García-Vera, M.P., Labrador, F.J. y Larroy, C. (2008). *Ayuda psicológica a las víctimas de atentados y catástrofes*. Madrid: Editorial Complutense.
- García-Vera, M.P., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A. y Marotta-Walters, S. (2015). Eficacia y utilidad de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Psicología Conductual*, 23(2), 215-244.
- García-Vera, M.P. y Sanz, J. (2016). Repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas en las víctimas adultas y su tratamiento: estado de la cuestión. *Papeles del psicólogo*, 37(3), 198-204.
- Greenberg, L., Elliot, R. y Pos, A. (2015). La Terapia Focalizada en las Emociones: una visión de conjunto. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 5, 1-19.
- Horgan, J. (2005). *Psicología del terrorismo: cómo y por qué alguien se convierte en terrorista*. Gedisa.
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A. y González-Ordi, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y estrés*, 10(2-3), 195-206.
- Labrador, F.J., Rincón, P.P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- Lillo, A., Muñoz, F.A., Parada, E., Puerta, A., Ramos, M., Pereira, M., Del Val, M.S. y Guijarro, A. (2004). Intervención psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid. *Clínica y Salud*, 15, monografía profesional, 7-88.
- Macías, J. A., Vargas, M. L., y Rodríguez, M. J. (1996). Perfil clínico del paciente con reacción de duelo. *Informaciones psiquiátricas*, 146, 527-534.
- Martín-Peña, J. (2013). Amenazados de ETA en Euskadi: una aproximación al estudio científico de su victimización. *Eguzkilore*, 27, 95-117.

- Millán-González, R. y Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana Psiquiátrica*, 59(2), 375-388.
- Muñoz, J.J. y Navas, E. (2007). El daño psicológico en las víctimas del terrorismo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 7, 147-160.
- Pereira, R. (2002). Violencia de Persecución en el País Vasco. *Perspectivas sistémicas*, 16(81), 3-5.
- Rivadeneira, C., Dahab, J. y Minici, A. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 22, 1-6.
- Rotger, D. (2010). Reflexiones Sobre La Atención Humana A Las Víctimas En Las Emergencias. *Cuadernos de crisis. Revista semestral de la psicología de las emergencias y la intervención en crisis*, 9(1), 19-24.
- Sánchez, A., González, P. y Méndez, J.A. (2002). Psicoterapia breve de grupo en el tratamiento de las víctimas de atentados terroristas. *Mapfre Medicina*, 13, 36-45.
- Sena-Desivilya, H., Gal, R. y Ayalon, O. (1996). Extent of Victimization, Traumatic Stress Symptoms, and Adjustment of Terrorist Assault Survivors: A Long-Term Follow-Up. *Journal of Traumatic Stress*, 9(4), 881-889.
- Shalev, A. Y. (1992). Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack: predictive value of early intrusion and avoidance symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(8), 505-509.
- Tubet, B., Jerez, M.C. y Rodríguez, R. (2005). Intervención con grupos de víctimas del 11-M desde un centro de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(94), 43-63.
- Verger, P., Dab, W., Lamping, D.L., Loze, J.Y., Deschaseaux-Voinet, C., Abenheim, L. y Rouillon, F. (2004). The psychological impact of terrorism: an epidemiologic study of posttraumatic stress disorder and associated factors in victims of the 1995–1996 bombings in France. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1384-1389.
- Zapardiel, A. y Balanzat, S. (2009). *Manual de intervención psicológica y social en víctimas de terrorismo*. Madrid.