

# **EL RECONOCIMIENTO DE LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO A TRAVÉS DE LA LEGISLACIÓN Y LA JURISPRUDENCIA**

**Alexandre H. Català i Bas**  
Director

**Fernando García Mengual**  
Coordinador

**Cátedra de Derecho Autonómico Valenciano**  
**Fundación Profesor Manuel Broseta**  
**Universitat de València**



FUNDACIÓN PROFESOR  
MANUEL BROSETA



VNIVERSITAT  
ID VALÈNCIA

**Colección Cátedra Abierta núm. 9**



Este trabajo está bajo una licencia Reconocimiento – No Comercial – Sin obra derivada 3.0 España de Creative Commons. Puede copiarlo, distribuirlo y comunicarlo públicamente siempre que cite a su autor y a la institución que los edita (Cátedra de Derecho Autonómico Universitat de València-Fundación Profesor Manuel Broseta), no lo utilice para fines comerciales y no haga con él obras derivadas. La licencia completa se puede consultar en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

**Edición:**

Cátedra de Derecho Autonómico Valenciano  
Universitat de València - Fundación Profesor Manuel Broseta  
Pza. de Tetuán, 11, pta. 9  
46003 Valencia  
[www.fundacionbroseta.org](http://www.fundacionbroseta.org)

**Dirección de la obra:**

Alexandre H. Català i Bas

**Coordinación:**

Fernando García Mengual

**Diseño, maquetación e impresión:**

Gráficas Tur Calpe, S.L.

D.L.: V-2517-2013

ISBN: 978-84-931442-9-6

La publicación de esta obra ha sido subvencionada por la Fundación Víctimas del Terrorismo y por el Ministerio del Interior.

# EL RECONOCIMIENTO DE LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO A TRAVÉS DE LA LEGISLACIÓN Y LA JURISPRUDENCIA

## ÍNDICE

**Presentación** .....13  
Rafael Ferrando Giner  
Presidente de la Fundació Professor Manuel Broseta

**Prólogo** .....17  
Alexandre H. Català i Bas  
Profesor Titular de Derecho Constitucional. Universitat de València

### Parte I. Las Víctimas del Terrorismo

**Víctimas del terrorismo: su lucha social por la dignidad**.....25  
Cristina Cuesta Gorostidi  
Gerente de la Fundación Miguel Ángel Blanco

**El sufrimiento psicológico de las víctimas del terrorismo**.....45  
Esther Sitges Macià  
Profesora Titular de Psicología Básica. Universidad Miguel Hernández de Elche

**Los movimientos ciudadanos contra el terrorismo: imprescindibles en la lucha contra el terrorismo**.....67  
Javier Urquizu  
Psicólogo. Miembro de COVITE

### Parte II. El proceso de dignificación de las Víctimas del Terrorismo

**El efecto sobre los terroristas del apoyo a las víctimas del terrorismo**...93  
Florencio Domínguez Iribarren  
Periodista

**Víctimas del terrorismo y legitimidad democrática.....105**  
Joaquín Martín Cubas  
Profesor de Ciencia Política. Universitat de València

**La reparación a las víctimas del terrorismo: de la responsabilidad a la  
solidaridad.....119**  
Vicente Garrido Mayol  
Catedrático acreditado de Derecho Constitucional. Universitat de València

**Las actuaciones del Ministerio Fiscal en defensa de la dignidad de las  
Víctimas del Terrorismo.....141**  
Manuel J. Dolz Lago  
Fiscal del Tribunal Supremo

**El Derecho penal frente al terrorismo: enemigo en tiempos de crisis ¿amigo  
en periodos de final dialogado?.....177**  
Fernando Miró Llinares  
Profesor Titular de Derecho Penal. Universidad Miguel Hernández de Elche

**La incorporación de la protección de las víctimas del terrorismo al  
ordenamiento jurídico: especial referencia a la legislación autonómica  
.....215**  
Fernando García Mengual  
Profesor de Derecho Constitucional. Universidad Católica de Valencia “San  
Vicente Mártir”

### **Parte III. El Estado de Derecho contra el terrorismo**

**AQMI: Cuando el Estado es cómplice del terrorismo.....247**  
Carlos Ruiz Miguel  
Catedrático de Derecho Constitucional. Universidad de Santiago de  
Compostela

**Derecho y libertades frente a medidas de seguridad.....283**  
Remedio Sánchez Ferriz  
Catedrática de Derecho Constitucional. Universitat de València

**Lucha antiterrorista e ilegalización de partidos políticos.....303**

Eduardo Vírgala Foruria

Catedrático de Derecho Constitucional de la Universidad del País Vasco

**El respaldo del TEDH a la Ley Orgánica de Partidos Políticos.....351**

Alexandre H. Català i Bas

Profesor Titular de Derecho Constitucional. Universitat de València

**Diez años de vigencia del Acuerdo por las Libertades y contra el  
Terrorismo.....373**

Mariano Vivancos Comes

Profesor de Derecho Constitucional. Universitat de València

# EL SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO

**Esther Sitges Maciá**

*Profesora Titular de Psicología Básica. Universidad Miguel Hernández de Elche*



# EL SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO\*

---

- 1.- El estudio de las víctimas de los sucesos traumáticos
- 2.- Aspectos bio- psico- sociales del terrorismo
- 3.- Factores de vulnerabilidad
  - 3.1 Algunas cuestiones sobre el Apoyo Social y el Afrontamiento
- 4.- Nuevos planteamientos en el estudio sobre el afrontamiento a situaciones estresantes
- 5.- Conclusiones

## 1. EL ESTUDIO DE LAS VÍCTIMAS DE LOS SUCESOS TRAUMÁTICOS

El Estudio científico de las consecuencias psicológicas que se derivan de haber estado expuesto a sucesos traumáticos tiene su origen en la segunda mitad del s. XIX , cuando el médico británico John Eric Erichsen (1818 – 1896) describió como “lesiones de carácter psicológico” a las reacciones de las víctimas de accidentes ferroviarios, con un cuadro de manifestaciones entre las que destacaban los altos niveles de ansiedad, insomnio, recuerdos intrusivos y reiterados del accidente y pérdida del interés por el entorno (Erichsen, 1866). Desde entonces, han sido numerosos los estudios sobre los síntomas que presentan diferentes grupos de población que han sufrido un suceso estresante, como son, por ejemplo, los combatientes y excombatientes de guerra, los testigos de violencia, las víctimas de accidentes, de catástrofes naturales, de agresiones sexuales o de terrorismo (Caballo y Anguiano, 2002). Sin embargo, no es hasta 1980, cuando se recoge por primera vez en el manual de criterio diagnóstico de los trastornos mentales DSM III (American Psychiatric Association, 1994) la categoría diagnóstica de **Estrés**

---

\* Texto corregido en abril de 2011, sobre la ponencia dictada por la autora el 3 de noviembre de 2009, en las Jornadas «El reconocimiento de las víctimas del terrorismo a través de la Legislación y la Jurisprudencia».

**postraumático** (TEP), dentro de la categoría de los trastornos por ansiedad, como respuesta aguda o crónica, independientemente de la existencia o no de patología preexistente.

Dentro del conjunto de las víctimas que sufren un acontecimiento traumático, podemos diferenciar las que lo son por causa de otro ser humano, y las que lo son debido a un accidente o a la fatalidad. En ambos casos se produce un choque emocional, agravado en las primeras por la rabia contra el agresor (Echeburúa, Corral y Amor, 2004). Además existen otras diferencias como lo demuestran los estudios sobre la prevalencia de trastornos psicológicos tras un suceso traumático, donde se afirma que las consecuencias emocionales son muy diversas dependiendo del tipo de evento negativo sufrido. Así por ejemplo, en el estudio realizado por Galea et al (2005) se muestra que las personas que han sufrido una catástrofe provocada por el ser humano (entre las que se incluyen los atentados terroristas) la prevalencia de TEP es de hasta en un 75%, mientras que en las víctimas que lo son de catástrofes naturales, la prevalencia de este trastorno no llega al 60%.

En la actualidad se observa un aumento de las investigaciones que estudian los trastornos psicológicos de las víctimas que han sufrido sucesos traumáticos y, en concreto, sobre las secuelas psicológicas que sufren las víctimas de atentados terroristas debido principalmente al impacto que estos hechos tienen para las vidas de las personas y para la sociedad en general. Así mismo, este aumento en el interés de los investigadores ha sido más significativo tras los atentados del 11 - S en EEUU y el 11- M en España (García García, M. et al 2005).

## **2.- ASPECTOS BIO- PSICO- SOCIALES DEL TERRORISMO**

El terrorismo es un importante estresor que afecta potencialmente a millones de personas en todo el mundo y, que, al igual que otros eventos traumáticos provoca en los individuos importantes reacciones psicopatológicas (Foa et al. 1999; Miguel-Tobal et al. 2004). Sin embargo, tal y como señala Tucker (2003), presenta algunas características distintivas por las reacciones intensas de miedo y preocupación excesiva que hace a la población más vulnerable, y afecta, por tanto, a los individuos no directamente involucrados. Los principales efectos que se destacan a nivel psicosocial y comunitario, incluyen la sensación de falta de seguridad, el miedo a futuros ataques por su imposibilidad de saber cuándo van a ocurrir, la existencia de miedo generalizado y sensación de pérdida o duelo a nivel nacional. Y, es que, también la sociedad, como víctima indirecta, se ve afectada, y también pone en marcha diferentes mecanismos de adaptación a esta nueva situación. La sociedad puede ver afectados sus valores o principios acerca de la seguridad y la valoración de protección de sus leyes; también se pueden ver afectados los comportamientos sociales tanto desde conductas positivas de ayuda y apoyo hacia las víctimas directas, como desde conductas más negativas con actitudes y comportamientos que perjudican la convivencia hacia otros colectivos.

(Tyler, 1984; Warr, 1990; White, R. 2001)

Sabemos que la exposición a un evento traumático, como es el sufrimiento de un atentado terrorista, incrementa el riesgo a desarrollar distintos trastornos psicológicos y que implica, por tanto, alteraciones tanto en las dimensiones física, psicológica y social (Galea et al, 2002; Fullerton et al. 2003; Baca, et al 2004; Iruarrizaga et al 2004; Galea et al. 2005). En la siguiente tabla se muestran de forma resumida las principales consecuencias bio-psico-sociales que se pueden sufrir tras ser víctima de un atentado terrorista (Breslau et al, 1991; Kessler et al. 1999; Vlahov et al., 2004).

TRASTORNO	SÍNTOMAS
DEPRESIÓN MAYOR	Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día y casi cada día; fatiga o pérdida de energía; insomnio o hipersomnia; pérdida o aumento de peso sin dieta; agitación o enlentecimiento psicomotor)
TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO	Paralización o distanciamiento de las propias emociones durante o después del suceso; estado de confusión durante o después del suceso; sentimientos de angustia al recordar el sucesos; sentirse más vigilante o de estar en guardia; sentimiento de irrealidad; no recordar aspectos importantes del suceso.
T. E.P.	cambio en la forma de contemplar el futuro; dificultades para concentrarse; esfuerzos para no recordar sucesos; dificultades para conciliar o mantener el sueño; recuerdos intrusivos; reducción acusada del interés
TRASTORNO DE PÁNICO	distorsión en la percepción del tiempo; sensación de horror o terror; miedo; percepción de indefensión; desrealización y palpitaciones
ANSIEDAD GENERALIZADA	Nerviosismo; cansancio; dificultad para concentrarse; Irritabilidad; Tensión muscular, cefalea; Alteraciones del sueño: taquicardia, problemas gastrointestinales
ABUSO DE SUSTANCIAS	aumento significativo de alcohol, tabaco, ansiolíticos o antidepresivos

Fuente: Miguel Tobal et al, 2004

A pesar de la dificultad de realizar un análisis comparativo de los trastornos resultantes en diferentes atentados terroristas, debido principalmente a la variabilidad de instrumentos utilizados y los análisis realizados en los mismos, se presenta a continuación un cuadro donde se observa porcentualmente los casos de aparición de los trastornos anteriormente comentados:

	Víctimas	Hombres	Mujeres	Población general
DEPRESIÓN MAYOR	22,5% - 37%	22	77	5% - 14%
ESTRÉS AGUDO	12,4% - 46,7			1%
T.E.P.	28,6% - 38,5%	19	81	1% - 14%
ATAQUE DE PÁNICO	35% - 65%	26	73	0,3 - 3,1%
ANSIEDAD GENERALIZADA	4,4%	30	60	3,1 - 7,3
ABUSO DE SUSTANCIAS	12% - 28,1%	-	-	-

(Los datos han sido obtenidos de los resultados de diferentes estudios sobre los atentados terroristas como el Tiroteo de Killeen en Texas en 1991 con un resultado de 113 personas expuestas directa o indirectamente al tiroteo; Atentado con bomba en Oklahoma de 1995 con 167 muertos; Tiroteo en el puente de Brooklyn 199; atentado del 11 septiembre, Torres Gemelas 2800 fallecidos; atentado del 11 marzo, Madrid, 191 fallecidos; atentado del Metro de Tokio, 1994 o el atentado en el Metro de París, 1996)

### 3. FACTORES DE VULNERABILIDAD

Los estudios acerca de los efectos psico-sociales que tienen los atentados terroristas sobre las víctimas se centran por un lado, en las intervenciones psicológicas que se llevan a cabo por parte de los profesionales y por otro, desde una perspectiva de más orientada hacia la prevención, en los factores o variables que pueden estar mediando en el desarrollo o no de diferentes trastornos y por tanto que pueden estar actuando como factores protectores o amortiguadores en la aparición de diferentes psicopatologías (Moghaddam y Marsella 2004; Hoffman, 1998; Bleich et al. 2003; North y Pferfferbaum, 2002; Baca et al. 2004; Miller y Heldring, 2004; North et al, 1999; Bleich et al. 2003; Cohen et al. 2002; Galea et al. 2003; Schlenger et al. 2002; Echeburúa et al. 1998; Iruarrizaga et al. 2004; Miguel - Tobal et al. 2004; Muñoz et al. 2004; Miguel Tobal y Martínez

Sánchez, 2004; Lazarus y Folkman, 1984; Echeburúa y De corral, 1997)

Uno de los aspectos que la literatura científica sobre este tema señala como factor importante a la hora de posteriormente desarrollar algún tipo de trastorno psicopatológico es el grado de exposición al evento traumático. Así, se afirma que cuanto mayor es el grado de exposición a dicho evento, mayores son las consecuencias psicopatológicas y su duración en el tiempo. En el caso de los atentados terroristas, el que sea impredecible, la amenaza indefinida de los actos terroristas, el profundo impacto en la comunidad y el efecto amplificador de los medios de comunicación exacerban la ansiedad latente y contribuyen a un continuo estado de ansiedad y estrés. (Iruarrizaga et al 2004; Stout, 2002). Por otro lado, sabemos que existen los denominados Factores de vulnerabilidad relacionados con el grado de exposición a acontecimiento traumático, entre los que se destacan principalmente, el residir en una zona próxima a las zonas afectadas; haber sido testigo de sucesos traumáticos; haber participado en los dispositivos de emergencia; perder el trabajo, de bienes; la pérdida de vidas de familiares o amigos y una continua exposición a la información proveniente de los medios de comunicación (Moghaddam, 2004)

Si nos centramos en las **características personales** de los individuos, también se han determinado que existen también unos Factores de vulnerabilidad relacionados con una mayor probabilidad de desarrollar consecuencias psicológicas negativas como son: El sexo de la víctima (se duplica la probabilidad en las mujeres para el TEP o la depresión; El número de estresores vitales sufridos en los doce meses previos al suceso traumático; El haber sufrido un ataque de pánico en el momento de vivir el atentado; Padecer algún trastorno mental ya diagnosticado; No disponer de unas adecuadas habilidades o estrategias de afrontamiento para manejar adecuadamente el acontecimiento traumático; y el apoyo social de la víctima, entendido como la calidad, cantidad y tipo de contactos sociales que tenga la persona. (Iruarrizaga et al 2004; Verger et al., 2004). En el estudio realizado por Miguel -Tobal et al. en 2004 con las víctimas de los atentados terroristas del 11 - M en Madrid, se afirma que, de los factores relacionados con la probabilidad de desarrollar algún trastorno psicopatológico, los principales predictores fueron: la presencia de 2 ó más estresores vitales durante el último año, la aparición de ataque de pánico durante el suceso, un bajo apoyo social percibido, la pérdida de un ser querido, y el ser mujer . De estos, los factores sobre los que en psicología ha trabajado principalmente han sido por un lado en el estudio y aprendizaje de estrategias de afrontamiento al estrés y el papel de las redes sociales del sujeto como elemento amortiguador del impacto emocional sufrido. Desde el ámbito de la Psicología de la Salud, las investigaciones realizadas sobre estrés, apoyo social y afrontamiento ocupan una parte considerable del trabajo que se lleva a cabo en este ámbito, pero no sólo en esta área, ya que los trabajos realizados desde la psicología la clínica, comunitaria y también de la salud comparten un acuerdo común respecto a la existencia de relaciones entre apoyo social, afrontamiento y adaptación (Billing y Moos, 1984; Coyne y Holroyd, 1982). El interés por estos

temas recibió un fuerte empuje a partir de los resultados de algunos estudios tanto teóricos como empíricos, en los que se sugería que el Apoyo Social y los recursos personales de Afrontamiento podían actuar como “amortiguadores” del estrés y de las consecuencias negativas que éste produce en la salud mental y física de los individuos (Pearlin y Schooler, 1978; Gore, 1985).

### 3.1- Algunas cuestiones sobre el Apoyo Social y el Afrontamiento

El **Apoyo Social** (AS) es entendido como un fenómeno que tiene que ver con los recursos, las conductas y las evaluaciones (propias y ajenas) que tenemos en nuestras relaciones con los demás; estos elementos participan, determinan e inciden en la salud y el bienestar del individuo. A pesar de que el AS ha sido una de las variables más estudiadas en el ámbito de la Psicología de la Salud, no hay una definición clara sobre el mismo, debido, tal y como afirman Barrón y Sánchez (2001) tanto a la multitud de conductas que se incluyen bajo este término, como porque se trata de un concepto complejo que incluye tanto aspectos estructurales como funcionales, reales y cognitivos y distintos niveles de análisis. A partir de los años 80, un grupo de revisiones (Gottlieb, 1981, y Cohen y McKay, 1984) delimitaron tres perspectivas distintas en la conceptualización del “apoyo social”, desde las cuales se definía: 1) en términos de *integración y participación social* (existencia o cantidad de relaciones sociales); 2) como *estructura de las relaciones sociales* de una persona (red social) con sus características estructurales específicas; y 3) definido en términos del *contenido funcional de las relaciones sociales* de la persona, por lo que obtener información acerca del “apoyo social” que recibe un sujeto, supone también indagar acerca de las funciones sociales que realmente son percibidas por el sujeto como efectivamente proveedoras de apoyo.

La influencia sobre el bienestar psicológico que tiene el AS ha sido bien establecida tanto por su efecto directo como por su efecto de amortiguador del estrés, siendo además un moderador de otros factores que pueden influir alterando el bienestar, como son, por ejemplo, los sucesos vitales estresantes. (Broadhead et al., 1983; Lin, Dean y Ensel, 1986; Lin Woelfel y Light, 1985; Cutrona y Troutman, 1986; Barrón y Chacón, 1990; Barron, 1996; Berkman y Glass, 2000; Herrero y Musitu, 1998). Desde el inicio se plantearon dos efectos del Apoyo Social, que dieron lugar a las perspectivas que se conocen como Hipótesis del Efecto Directo e Hipótesis del Efecto de Amortiguación. Respecto a la primera, la hipótesis de efectos directos afirma que el AS tiene un efecto sobre la salud y el bienestar de forma directa, independientemente del estrés que tenga la persona en concreto. Esta hipótesis ha recibido abundante evidencia a su favor (Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981; Loscocco y Spitze, 1990; Garrido y Alvaro, 1993; Lu y Hsieh, 1997). En cuanto a la hipótesis del efecto de amortiguación, en ella se establece que el A.S. es esencialmente un moderador de otros factores que influyen de forma negativa en el bienestar, como puede ser el sufrimiento de un acontecimiento vital estresante. Al igual que en el caso anterior, abundantes estudios han arrojado datos a su favor (Lin, Woelfel, Light, 1985; Cutrona, 1986;

Lahey y Heller, 1988; Gore y Aseltine, 1995).

Por otro lado, también en el caso del concepto de **"Afrontamiento"** encontramos diversas definiciones que varían desde la inclusión de patrones de actividad neuroendocrina y autonómica, hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo o interacción social. Sin embargo, la mayoría de los investigadores lo definen como una respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarla y/o neutralizarla. Es decir, se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital, y reestablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación (Rodríguez-Marín, et al. 1990).

Efectivamente, el concepto de adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación dada y las capacidades de una persona para responder a tales demandas. La magnitud de la discrepancia determina, en parte, el estrés que experimenta la persona. Esa idea es el núcleo de la teoría del estrés y el afrontamiento, desarrollada por Lazarus y Folkman (1984), que conciben el estrés (en sujetos humanos) como resultante de una "valoración" que el sujeto hace de un desequilibrio entre sus recursos/capacidades, y las demandas del acontecimiento o situación, a favor de estas últimas. Los recursos que el sujeto toma en cuenta en esa apreciación o valoración de la situación pueden considerarse como recursos de afrontamiento, y su puesta en práctica para intentar restablecer el equilibrio son las respuestas de afrontamiento. Tanto los recursos de afrontamiento como las estrategias o respuestas pueden ser "físicos", "psicológicos", "estructurales", "sociales" y "culturales". Según sus principales exponentes Lazarus y Folkman, 1984, el afrontamiento es definido como "la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes de sus recursos", diferenciando claramente la conducta de afrontamiento de lo que es una conducta "adaptativa automatizada", pues mientras ésta no desbordaría al sujeto ni requeriría esfuerzos para el "manejo", el afrontamiento requiere de los esfuerzos del sujeto para manejar la situación.

Existen numerosos trabajos que analizan las relaciones entre ambos constructos, si bien es cierto que algunos, evitando el dilema respecto al tipo de relaciones que se establecen entre afrontamiento y apoyo social, han optado por separar y examinar de forma independiente los efectos de ambos sobre el estrés y los problemas físicos y mentales (Sandín, 2003). Otros, sin embargo, se han centrado en establecer las relaciones existentes entre adaptación, distintas formas de apoyo social y estrategias de afrontamiento utilizadas (Silver y Wortman, 1980). En concreto, un mecanismo por el que se establece que el A.S. puede promover la adaptación del sujeto es a través de su impacto sobre los procesos de afrontamiento (Barrón y Chacón, 1990). El interés que un sujeto puede tener en recibir el apoyo social incluye la necesidad de aclaración o reafirmación de

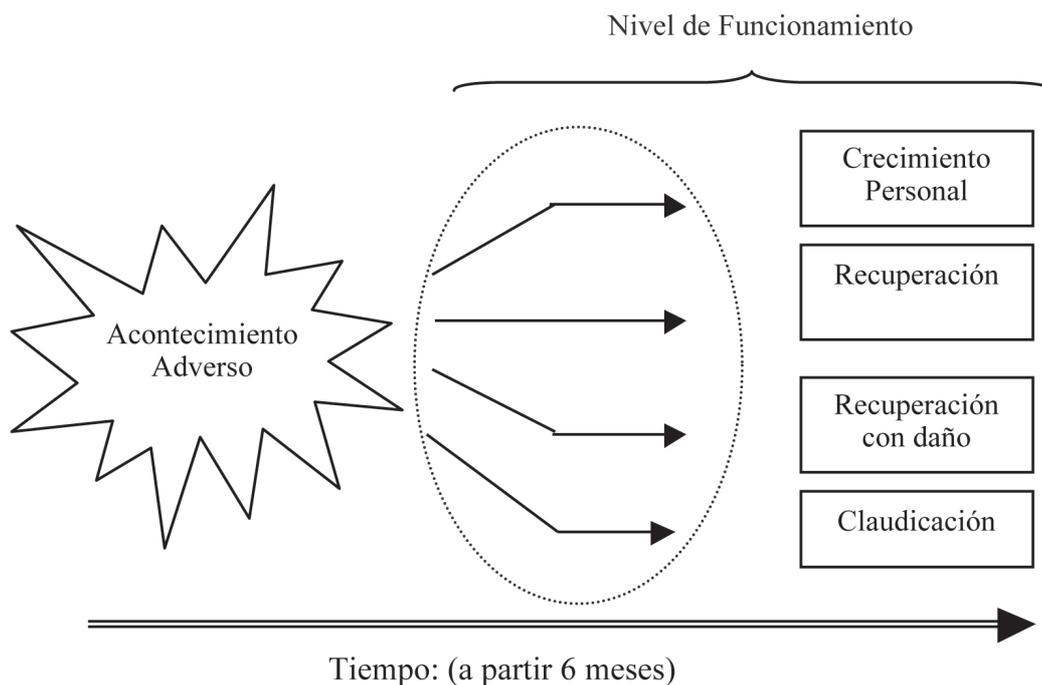
lo que está ocurriéndole. Así pues, la información o consejo de ciertas personas significativas para el sujeto, puede influir directamente sobre la evaluación que éste hace de la situación estresante, y finalmente, sobre el tipo de estrategias que utilizará. De modo indirecto, el apoyo emocional que se nos ofrece por parte de los otros, también puede incrementar su autoestima y la sensación de control, facilitando así la puesta en marcha de determinadas estrategias de afrontamiento que en otro momento no se habrían llevado a cabo. De este modo, las distintas formas de apoyo que pueden prestar los miembros de la red social, provocarán diferentes efectos sobre los procesos de afrontamiento del sujeto. Por ejemplo, la familia puede ayudar a mantener la respuesta emocional del sujeto dentro de unos niveles adaptativos, mientras que el resto de miembros de la red social puede proveer información acerca de nuevas estrategias de afrontamiento que el sujeto desconocía o no había puesto en práctica.

#### **4. NUEVOS PLANTEAMIENTOS EN EL ESTUDIO SOBRE EL AFRONTAMIENTO A SITUACIONES ESTRESANTES**

Como hemos comentado anteriormente, los atentados terroristas, en mayor o menor medida, producen un impacto en la calidad de vida del sujeto, una ruptura en su modo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio, y en último extremo, estresante y hace que la persona tenga que poner en marcha sus recursos de adaptación, su afrontamiento a la situación tanto cognitivos, como emocionales y comportamentales y que influirá también en su red social. Existe dentro de la investigación sobre las consecuencias psicológicas de los sucesos estresantes una tendencia que cobra cada vez más relevancia en el sentido de haber abandonado el estudio de los aspectos negativos del proceso de estrés-afrontamiento para estudiar los elementos positivos que puedan determinar esa valoración. Uno de los constructos ligados a esa consideración es el de "Crecimiento Personal" (Thriving) y que a mi parecer, sería similar al de Resiliencia que se entiende como «La capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante» (Garmezy, 1991); en esta definición se hace referencia no tanto a la invulnerabilidad al estrés de la persona, sino a la habilidad para recuperarse de los eventos negativos; es decir el término implicaría competencia o un positivo y efectivo afrontamiento como respuesta al riesgo o a la adversidad (Luthar y Cushing, 1999; Masten 2001) y tal y como conceptúa Becoña (2006) se trataría de constructo que incluiría por un lado una suma de factores individuales, familiares y sociales, y por otro, los aspectos relacionados con la función de protección de los recursos personales y sociales que median/moderan la relación entre los estresores y los resultados.

Respecto a la definición del Crecimiento Personal y su fundamentación teórica, existe cierto acuerdo en que se pueden dar 4 cuatro consecuencias potenciales después del afrontamiento del acontecimiento estresante (O'Leary e Ickovics, 1995):

- La persona no resuelve el acontecimiento problemático, el estrés se mantiene, y finalmente la persona sucumbe (Claudicación)
- La persona resuelve el acontecimiento, pero con daños (Recuperación con daño)
- La persona vuelve a su anterior nivel de funcionamiento (Recuperación)
- La persona no sólo vuelve a su anterior nivel de funcionamiento, sino que lo supera y madura como persona en algún aspecto (Crecimiento Personal)



Adaptado de V.E. O' Leary y J.R. Ickovics, (1995)

El Crecimiento Personal, como respuesta a un suceso estresante, es entendido como la adquisición de mayor confianza en sí mismo y de destrezas o capacidad de movilización efectiva de los recursos personales que llevan más allá de la mera homeostasis (O'Leary e Ickovics, 1995). Así en la investigación se plantea que la incorporación de la variable Crecimiento Personal puede desplazar el foco de atención desde los resultados negativos de un suceso estresante a las valoraciones de un posible resultado positivo global, a partir del afrontamiento de un acontecimiento estresante serio (Park, 1998), estado así en la línea de la llamada "Psicología Positiva" o la "Resiliencia Psicológica" (Fredrickson y Tugade, 2003) cuyos predictores serían estrategias como la Revaloración positiva, el Afrontamiento enfocado en el problema y la asignación de significado positivo a eventos ordinarios. Es cierto que algunas personas refieren que han experimentado un crecimiento personal después de un acontecimiento vital estresante; esto es, tras una situación de la que inicialmente no se espera un resultado positivo, como

puede ser tener cáncer, sufrir un naufragio u otra catástrofe natural, o sufrir un ataque terrorista, hay quienes sí que obtienen resultados positivos que se conjugan en un proceso de crecimiento personal o maduración (Taylor, 1983; Affleck et al., 1987; Joseph, Williams y Yule, 1993). El percibir un beneficio en un hecho negativo o traumático se asocia a una menor alteración afectiva, tal y como lo afirman Fairbank et al (1991) cuando en su estudio con los veteranos de guerra observaron que éstos tenían una menor sintomatología post-traumática cuando utilizaban como mecanismo de afrontamiento el resaltar la parte positiva de las memorias sobre los hechos traumáticos de la guerra. Los estudios muestran que el 100% de los afectados por un evento traumático como la violencia colectiva, afirman tener efectos negativos de lo ocurrido, aunque un 60% de los afectados refieren también efectos positivos (Tedeschi, 1999).

En el ámbito de la Psicología de la Salud, participé en un proyecto de investigación sobre el Crecimiento Personal en pacientes que habían sido diagnosticados de una enfermedad crónica grave, vg. "Cáncer, Virus de la Inmunodeficiencia Humana y Esclerosis Múltiple (Proyecto de Investigación "Crecimiento personal y calidad de vida en enfermos físicos crónicos". Financiado por el Ministerio de Educación y Cultura (I+D). Ref. BSQ-2000-0857 2001-2003). Los resultados que obtuvimos confirmaron que los principales predictores del Crecimiento Personal en estos sujetos fueron el Apoyo social y el Afrontamiento activo (orientado a la tarea); asimismo, estos factores demostraron que contribuían a la estabilidad de las percepciones de eficacia de las víctimas y a sus expectativas de resultado (Rodríguez-Marín et al., 2005; Sitges, 2004). En el ámbito de estudio con víctimas de terrorismo, se han realizado investigaciones con los constructos de Resiliencia y Crecimiento Personal en los que se afirma que la Resiliencia se convierte en un factor protector que ayuda a reinterpretar cognitiva y afectivamente el evento mediante un proceso de de optimización de emociones (Labouvie, 2003), de forma similar, en las investigaciones realizadas en nuestro país tras los atentados del 11 marzo en Madrid, se afirma que el Afrontamiento directo, la Reevaluación positiva, el Apoyo Social y la Expresión Emocional son funcionales para la afectividad positiva, la autoestima y el ajuste social (Campos et al 2004). Por su parte, en el trabajo de Calderón et al 2004 se afirma que "la resiliencia que es un rasgo disposicional que en situaciones como la del atentado del 11 M se convierte en un factor protector"; La percepción de beneficios intra e interpersonales, junto con la percepción de un clima social de solidaridad y emociones positivas actuaban como mediadores parciales de la influencia de la resiliencia en un mayor bienestar y una mejor percepción del clima emocional a los dos meses (Calderón et al 2004). A su vez, en el estudio sobre los efectos psicosociales del compartimiento social de las emociones en personas que no eran víctimas directas de estos atentados del 11M, se concluye que "el compartimiento social de las emociones muestra su influencia sobre la percepción de apoyo social, disminuye la percepción de soledad a la vez que refuerza la afectividad positiva e influye sobre las creencias de los beneficios intra, interpersonales y sociales de la reacción al trauma, y refuerza a su vez, la percepción de esperanza, solidaridad y confianza institucional e interpersonal en

el clima social del país (Páez Rovira et al 2004)

## 5. CONCLUSIONES

Tras los resultados obtenidos en las investigaciones que se han descrito sobre la Resiliencia/Crecimiento Personal, el estilo de Afrontamiento y el Apoyo Social en personas que han sufrido un acontecimiento estresante negativo, y, en concreto, en personas que han sido víctimas de terrorismo, podemos afirmar que existe una relación moduladora entre el Afrontamiento Activo, el Apoyo Social y la experimentación de un Crecimiento Personal o Resiliencia tras estos sucesos. Este hecho nos permite afirmar que es posible tener un Crecimiento Personal tras un acontecimiento estresante si se utilizan unas adecuadas estrategias de afrontamiento para manejar de forma más exitosa las demandas desbordantes que a nivel emocional tiene el haber sido víctima de una atentado terrorista, y que, incluso, tal y como afirma Rojas Marcos (2002), "la víctima comience de nuevo a vivir y no meramente se resigne a sobrevivir".

En segundo lugar, pero no menos importante y centrándonos en los resultados relativos al Apoyo Social, consideramos fundamental que se fomenten todas las actividades e iniciativas que apuesten por la creación y mantenimiento de las redes sociales de las víctimas. Hemos comprobado que el Apoyo Social influye tanto en la utilización de estrategias de afrontamiento más adaptativas ante la vivencia del suceso traumático como en la posibilidad de desarrollar un posterior Crecimiento Personal. Por ello, se insta desde aquí a las autoridades competentes a que se favorezcan y ayuden tanto económica como socialmente las redes sociales de las víctimas como son, por ejemplo, las Asociaciones de Víctimas por sus efectos beneficiosos no sólo para que las personas que directamente hayan vivido el atentado terrorista puedan superarlo mejor, sino para que así se beneficie también toda la sociedad repercutiendo en el mantenimiento de los valores y principios de seguridad y de protección y generando un estado emocional de confianza hacia el Estado y al resto de sus conciudadanos.

## BIBLIOGRAFÍA

Affleck, G., Tennen, H., Croog, S. y Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 29-35.

Asociación Psiquiátrica Americana (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)*. Barcelona: Masson.

Baca, E., Cabanas, M.L. Pérez-Rodríguez, M.M. y Baca-García, E. (2004). *Trastornos mentales en las víctimas de atentados terroristas y sus familiares*. *Medicina Clínica*, 122 (18), 681-685.

Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

Barrón, A. y Chacón, F. (1990). Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones psicológicas*, 8, 197-206.

Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura Social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13 (1), 17-28.

Becoña, E. (2006): Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146.

Berkman, L. F. y Glass, T. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support and Health. En L. F. Berkman, y I. Kawachi, (Eds). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Billings, A.G., & Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.

Bleich, A., Gelkopf, M. y Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Journal of the American Medical Association*, 290, 612-620.

Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. y Peterson, E.L. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.

Broadhead, J., Abas, M., Sakutukwa, G.K., Chigwanda, M., Garura, E. (2001). Social Support and Life Events as Risk Factors for Depression Amongst Women in an Urban Setting in Zimbabwe. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 36, 115-122.

Caballo, V.E. y Anguiano, S.A. (2002). Estrés, estilos de personalidad y

contratiempos cotidianos. En L. Reynoso e I. Seligson (Coords.): *Psicología y salud* (pp.71-103). México: UNAM/CONACYT.

Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44.

Calderón, A., Espinosa, A. & Techí, E. M. (2004). Resiliencia, afrontamiento, bienestar psicológico y clima socio-emocional después de los atentados del 11 de marzo. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 265-276.

Cassell, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.

Cohen, L. H., Cimolic, K., Armeli, S. R., & Hettler, T. R. (1998). Quantitative Assessment of Thriving. In *Journal of Social Issues*, 54 (2), 323-335.

Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social support, stress and buffering hypothesis. A theoretical analysis. In A. Baum, J.E. Singer y S.E. Taylor (Eds.): *Handbook of Psychology and Health* (Vol. 4, pp. 253-267). Hillsdale: Erlbaum.

Coyne, J. C, & Holroyd, K. (1982). Stress, coping, and illness: A transactional perspective. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of health care psychology* (pp. 103-128). New York: Plenum Press.

Cutrona, C., y Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 3 (2-3), 249-264.

Echeburúa, E.; Corral, P. y Amor, P. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación del Conducta*, 24 (96), 527-555.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos, *Psicothema*, 14 supl., 139-146.

Erichsen, J. (1866). Citado por Goodwin, D.W. (1996). *Anxiety*. New York: Basic Books.

Fairbank, J.A.-Hansen, D.J.-Fitterling, J.M. (1991): Pattern of Appraisal and

Coping across different Stressor Conditions among former Prisoners of War with and without Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 274-281.

Foa, E.B., Davidson, J.R. y Frances, A. (Eds.) (1999). The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60, supplement 16.

Fullerton Cs, Ursano, RJ Norwood, AE y Holloway HH (2003) Trauma Terrorism and disaster. En RJ Ursano, CS Fullerton y AE Norwood (eds) Terrorism and disaster. Individual and community mental health interventions. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Fredrickson, BL. y Tugade, MM. (2003). What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-27.

Galea, S.; Ahern, J; Resnick, H; Kilpatrick, D; bucuvalas, M.; gold, J. y Vlahov, D. (2002) Psychological sequelae of thwer Septemebr 11 terrorist attacks in New York City. *New England journal of medicine*, 346, 982 - 987

Galea, S., Nandin, A. y Vlahov, D. (2005) The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*.

García García, M., Torres Pérez, I. y Valdés Díaz, M. (2005). Diez referencias destacadas acerca de Psicopatología y Terrorismo. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 1, 39-51.

Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *PediatricAnnals*, 20, 459-466.

Garrido, A. y Alva ro, J.L. (19 93). Apoyo social y salud mental: Hipótesis de amortiguación versus hipótesis de los efectos directos. En M . F. Martínez (ed. ). *Psicología Comunitaria* (pp. 187-194). Madrid: Eudema .

Gore, S. (1985). Social support and styles of coping. In S. Cohen & L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 263-278). San Diego, CA: Academic Press.

Gore, S. y Aseltine, R.H. (1995). Protective processes in adolescence: Matching stressors with social resources. *American Journal of CommunityPsychology*, 23, 301-327.

Gottlieb, B. H. (1981). Social networks and social support in community mental

health. En B. H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 11-42). Londres: Sage.

Henderson, S.; Byrne, D.G.; Duncan-Jones, P.; Scott, R. y Adcock, S. (1980). Social relationships, adversity and neurosis: A study of associations in a general population sample. *British Journal of Psychiatry*, 136, 574-583.

Herrero, J. y Musitu, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: Un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13, 195-203.

Hoffman, B. (1990). *A mano armada. Historia del terrorismo*. Madrid: Espasa Calpe.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., & González, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10, 195-206.

Joseph, S.; Williams, R. y Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*, 6: 271-279.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. y Breslau, N. (1999). Epidemiological risk factors for trauma and PTSD. En R. Yehuda (Ed.), *Risk factors for posttraumatic stress disorder* (pp. 23-59). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Labouvie, V. (2003). Differentiation and integration of Emotions. *Emotion researcher: Official Newsletter of International Society for research on emotion*, 18 (2) 10 - 11.

Lakey, B. y Heller, K. (1988). Social support from a friend, perceived support, and social problem solving. *American Journal of Community Psychology*, 16, 811-824.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. M. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.

Lin, N., Woelfel, M. W. y Light, S. C. (1985). The buffering effect of social support

subsequent to an important life event. *Journal of Health and Social Behaviour*, 26, 247-263.

Loscocco, K. y Spitze, G. (1990). Working conditions, social support and the well-being of female and male factory workers. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 313-327.

Lu, L. y Hsieh, Y. (1997). Demographic variables, control, stress, support and health among the elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 2, 97-106.

Luthar, S.S. y Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. En M.D. Glantz y J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive Ufe adaptations* (pp. 129-160). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.

Masten, A.S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. En M.D. Glantz y J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive Ufe adaptations* (pp. 281-296). Nueva Yoik: Kluwer Academic/Plenum Press.

Messeri, P.; Silverstein, M. y Litwak, E. (1993). Choosing optimal groups: A review and reformulation. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 122-137.

Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H., Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 163-179.

Miguel-Tobal, J.J. y Martínez-Sánchez, F. (2004). La reacción humana ante el trauma: consecuencias del 11 de marzo de 2004. *Ansiedad y Estrés*, 10 (3), 141-145.

Miller, AM y Heldring, M. (2004). Mental health and primary care in a time of terrorism: psychological impact of terrorism attacks. *Families Systems & Health*, 22, 7-30.

Moghaddam, F. & Marsella, A. (2004). *Understanding terrorism. Psychosocial roots, consequences and interventions*. Washington: American Psychological Association.

Muñoz, M., Vázquez, J.J., Crespo, M., Pérez-Santos, E., Panadero, S., Guillén, A.I., De Vicente, A., Ausín, B. y Santos-Olmo, A.B. (2004). Estudio de los efectos psicológicos a corto plazo de los atentados del 11M en población general de la

zona afectada. *Papeles del Psicólogo*, 87.

North, C. S., Nixon, S. J., & Shariat, S. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *Journal of the American Medical Association*, 282 (8), 803-804.

North, C.S. y Pfefferbaum, B. (2002). Research on the mental health effects of terrorism. *Journal of the American Medical Association*, 288, 633-636.

O'Leary, V. E., & Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1, 121-142.

Páez Rovira, D., Rimé, B. y Basabe, N. (2003). Un modelo socio-cultural de los rituales: efectos y procesos psico-sociales de la participación en manifestaciones después del atentado del 11 de Marzo. *Revista de Psicología Social*, 20 (3), 369-385.

Park, C.L. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54(2):267-277.

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.

Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.

Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S. y Pastor, M.A. (1990). Estrategias de afrontamiento de la enfermedad. En S. Barriga, J.M. León, M.F. Martínez y I.F. Jiménez, (eds.) *Psicología de la Salud: Apuntes desde la Psicología Social* (pp. 159 - 196). Sevilla: Sedal.

Rodríguez-Marín, J., Sitges, E., Tirado, S., Martín-Aragón, M., Pastor, M.A. y Navarro, F. (2005). ¿Es posible tener emociones positivas tras un acontecimiento estresante?. En E. Barberá (Eds.) *Motivos, emociones y procesos representacionales: de la teoría a la práctica*, (pp. 215-225). Murcia: Fundación Universidad Empresa Región de Murcia.

Rojas-Marcos, L. (2002). *Más allá del 11 de septiembre. La superación del trauma*. Madrid: Espasa Calpe.

Sandín, F. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores

sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

Schaefer, C.; Coyne, J.C. y Lazarus, R. (1981 ). The health-related functions of social support . *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381 - 405.

Schlenger, W., Cadell, J., Ebert, L., Jordan, B., Rourke, K., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J., Fair-bank, J. y Kulka, R. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: Findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 581-588.

Silver, R. L., & Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life events. In J. Garber & M. E. P. Seligman (Eds.), *Human helplessness: Theory and applications* (pp. 279-340). New York: Academic Press.

Sitges, E., Tirado S., Quiles M.J., Martín-Aragón M., Navarro F., Jarabo C. y Rodríguez-Marín J. (2004). *Influencia de la ansiedad en el crecimiento personal en la enfermedad crónica*. Comunicación en el V Congreso Internacional de la SEAS. Benidorm.

Stout, C.E. (2002). *The psychology of terrorism: Theoretical understandings and perspectives*. Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group, Inc.

Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.

Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G.(2004). Post-traumatic growth: a new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times*, 21(4). 143-162.

Thoits, P.A. (1982). Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*, 10, 341-362.

Tucker, J.B. (2003). Strategies for countering terrorism: Lessons from the Israeli experience. *Journal of Homeland Security* [online]. Disponible en: <http://www.homelanddefense.org/journal/Articles/tucker-israel.html>

Tyler, T. R. (1984). Assessing the risk of crime victimization: The integration of

personal victimization experience and socially transmitted information. *Journal of Social Issues*, 40, 27-38.

Verger, P., Dab, W., Lamping, D.L., Loze, J.Y., Deschaseaux, V. (2004). The psychological impact of terrorism: an epidemiological study of Posttraumatic Stress Disorder and associated factors in victims of 1995-1996 bombings in France. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1384-1389.

Vlahov, D., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Boscarino, J.A., Gold, J., Bucuvalas, M. y Kilpa-trick, D. (2004). Consumption of cigarettes, alcohol and marijuana among New York residents six months after the September 11 terrorist attacks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 1-23.

Warr, M. (1990). Dangerous situations: Social context and fear of victimization. *Social Forces*, 68, 891-907.

White, J. R. (2001). Political eschatology. *The American Behavioral Scientist*, 44, 937-956.

