



VÍCTIMAS DEL TERRORISMO Y DE SECUESTROS: DEL TRAUMA A LA SUPERACIÓN

Enrique Echeburúa
Catedrático de Psicología Clínica de la
Universidad del País Vasco

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
 2. ¿QUÉ SIGNIFICA SER VÍCTIMA?
 3. ¿QUÉ ES EL DAÑO PSICOLÓGICO?
 4. VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA
 5. ¿CUÁNDO SE REQUIERE TRATAMIENTO?
 6. ¿CÓMO DEBE SER EL TRATAMIENTO?
 7. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO
 8. INDICADORES POSITIVOS Y NEGATIVOS DE RECUPERACIÓN
 9. CONCLUSIONES
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INTRODUCCIÓN

Los delitos violentos son sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales.

En cuanto a la tipología específica, hay tres tipos de víctimas del terrorismo:

- a) Víctimas escogidas por sus verdugos por su responsabilidad profesional (policías, militares, jueces, etc.).
- b) Víctimas escogidas por sus verdugos por su responsabilidad moral y política.
- c) Víctimas escogidas por sus verdugos arbitrariamente para demostrar que nadie está a salvo del terror.



Cualquier acontecimiento traumático -y un atentado terrorista lo es- supone una quiebra en el sentimiento de seguridad de una persona y, de rebote, en el entorno familiar cercano. Más allá del sufrimiento de la *víctima directa*, queda alterada toda la estructura familiar.

Más allá de las reacciones inmediatas -malestar generalizado, aislamiento, pérdida de apetito, insomnio, etcétera-, que tienden a remitir a las pocas semanas, las víctimas pueden experimentar síntomas de ansiedad y de depresión, con una pérdida de autoestima y una cierta desconfianza en los recursos propios para encauzar la vida futura. Los sentimientos de culpa existentes derivan de la atribución sesgada de lo ocurrido a los errores cometidos por la víctima, de la omisión de las conductas adecuadas (por ejemplo, no haber ayudado lo suficiente a otras víctimas) e incluso del hecho de sobrevivir entre tanta desgracia (la *culpa del superviviente*). Esta autoinculpación puede dañar seriamente la autoestima de los pacientes y dificultar la readaptación emocional posterior (Echeburúa, 2004).

Más a medio y largo plazo pueden aparecer, si bien no en todos los casos, ciertos trastornos de conducta, como irritabilidad, dependencia emocional excesiva, actitudes victimistas o rentistas, pasividad, etcétera, e incluso una mayor tendencia a la introversión y al embotamiento afectivo, que pueden enturbiar las relaciones familiares. Incluso hay una cierta tendencia a la desconexión entre el relato del atentado y la vivencia emocional. La irritabilidad es resultado de una baja tolerancia a la frustración ante los contratiempos cotidianos (los ruidos, los problemas con los hijos, el apoyo insuficiente de las autoridades, la incomprensión de la sociedad, etcétera) y puede traducirse en reacciones agresivas, normalmente dirigidas a los familiares (a quienes tiene más próximos y cuentan con una mayor capacidad de aguante) o hacia sí mismos (en forma de ideas de suicidio, de abuso de alcohol o incluso de adopción de conductas de riesgo) (Baca y Cabanas, 2003).

El daño psicológico requiere ser evaluado también en las *víctimas indirectas*, que son las personas que, sin ser directamente concernidas por el atentado, sufren por las consecuencias del mismo. Es el caso, por ejemplo, de los hijos



que se ven obligados bruscamente a readaptarse a una nueva vida tras el asesinato de su padre en un atentado terrorista (Echeburúa, 2004; Finkelhor y Kendall-Tackett, 1997).

Un atentado terrorista puede compararse a una piedra arrojada en un estanque. Así, origina ondas que no sólo afectan a las víctimas propiamente dichas, sino también a aquellos que están cerca de ellas. Se trata de un efecto onda y de un efecto contagio (Trujillo, 2002).

La onda expansiva de un suceso traumático actúa en círculos concéntricos. En el primer círculo se encuentran las víctimas directas. El segundo círculo está constituido por los familiares, que tienen que afrontar el dolor de sus seres queridos y readaptarse a la nueva situación. Y puede haber un tercer círculo, correspondiente a los compañeros de trabajo, a los vecinos o, en general, a los miembros de la comunidad, que pueden quedar afectados por el temor y la indefensión ante acontecimientos futuros.

El efecto *contagio* está relacionado con la convivencia con la víctima. Un contacto cercano y prolongado con una persona que ha sufrido un atentado grave puede actuar como un estresor crónico en el familiar, hasta el punto de que puede ser responsable de un deterioro físico y psíquico. La afectación de las personas que están en estrecho contacto con la víctima y que pueden experimentar trastornos emocionales y ser víctimas secundarias del trauma se denomina *traumatización secundaria*.

El daño psicológico se refiere, por un lado, a las *lesiones psíquicas* agudas producidas por un delito violento, que, en algunos casos, pueden remitir con el paso del tiempo, el apoyo social o un tratamiento psicológico adecuado; y, por otro, a las *secuelas emocionales* que persisten en algunas personas de forma crónica como consecuencia del suceso sufrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana (*tabla 1*).



TABLA 1

2. ¿QUÉ SIGNIFICA SER VÍCTIMA?

Víctima es todo ser humano que sufre un malestar emocional a causa del daño intencionado (en este caso, un atentado terrorista) provocado por otro ser humano (Echeburúa, 2004).

Ha habido un abuso del término de *víctima*. De hecho, una cosa es *ser* víctima y otra *sentirse* víctima. Algunos han propuesto sustituir el término *víctima* por el de *damnificado* porque el término *víctima* tiene tres acepciones distintas: a) damnificado; b) persona que busca compasión (*hacerse la víctima*); y c) persona destinada al sacrificio (*víctima propiciatoria*). No obstante, el término *damnificado*, en mi opinión, tiene una resonancia excesivamente economicista porque se utiliza fundamentalmente en el sentido de un resarcimiento económico. Es más adecuado, por ello, hablar de *víctima*, que recoge el núcleo de lo que supone experimentar un suceso traumático, es decir, el malestar emocional sufrido, sin confundir este término con el uso bastardo que se pueda hacer de él, como ocurre en el caso del victimismo.

En todas las víctimas hay dos componentes:

a) *Un componente objetivo*

Víctima de terrorismo es la persona que sufre o ha sufrido una pérdida humana, un daño físico, un daño psicológico, unas amenazas, un atentado a sus propiedades o que puede ver menoscabada su libertad como consecuencia de una conducta violenta o amenazante generada por unos supuestos móviles políticos.



b) *Un componente subjetivo*

Más allá de la conducta violenta del agresor, el componente subjetivo alude a las reacciones emocionales negativas (miedo intenso, rabia, sensación de inseguridad, etcétera) sufridas por las víctimas y que son muy variables de unas a otras. Todo ello puede llevar a una restricción en su calidad de vida: miedo a viajar, temor a pasear solo, cambio de domicilio o de residencia, necesidad de ir con escolta, de cambiar los horarios o de revisar el coche, etcétera.

Objetivamente una víctima va a serlo para siempre. Pero por lo que se refiere al componente subjetivo, que es el que resulta más significativo psicológicamente, las víctimas deben dejar de ser víctimas lo antes posible, como el depresivo o el cardiópata deben dejar de serlo. La identidad de víctima a perpetuidad es contraproducente porque prolonga el duelo de los afligidos y los lastra para comenzar un nuevo capítulo de su vida.

En este sentido hay que combatir ciertos sentimientos irracionales en las víctimas, como la construcción del enemigo o la perpetuación como víctimas. El *estatus de víctima* no se debe convertir en algo por lo que vivir y en algo por lo que morir. El enquistamiento de una persona como víctima supone un pesado lastre que debilita y estanca a las personas en el ayer doloroso, manteniéndola esclava del miedo, del rencor y del ajuste de cuentas. De lo que se trata, en definitiva, es de que la víctima comience de nuevo a *vivir* y no meramente se resigne a *sobrevivir* (cfr. Baca y Cabanas, 2003).

3. ¿QUÉ ES EL DAÑO PSICOLÓGICO?

Más allá del daño físico (de las lesiones y secuelas producidas), muchas víctimas experimentan a raíz de un atentado terrorista un daño psicológico, que interfiere negativamente en su calidad de vida. A diferencia del daño físico, este daño psicológico (no meramente moral) apenas ha sido estudiado ni tomado en consideración, por ejemplo a efectos indemnizatorios (Echeburúa, Corral y Amor, 2002).



Los sucesos traumáticos desbordan, con frecuencia, la capacidad de respuesta de una persona, que se siente sobrepasada para hacer frente a las situaciones que se ve obligada a arrostrar. Las estrategias de afrontamiento pueden volverse malsanas o fallidas; y las expectativas, derrotistas. La frecuente aparición de emociones negativas, como el odio, el rencor o la sed de venganza (ante un suceso traumático causado por otros seres humanos), puede complicar aún más el panorama. Como consecuencia de ello, la persona, incapaz de adaptarse a la nueva situación, puede sentirse indefensa, perder la esperanza en el futuro y encontrarse paralizada para emprender nuevas iniciativas y, en definitiva, para gobernar con éxito su propia vida.

Lo que genera habitualmente daño psicológico suele ser la amenaza a la propia vida o a la integridad psicológica, una lesión física grave, la percepción del daño como intencionado y la pérdida violenta de un ser querido. El daño generado suele ser mayor si las consecuencias del hecho violento son múltiples, como ocurre, por ejemplo, en el caso de un atentado con secuelas físicas, en donde una persona se ve obligada a abandonar su trabajo anterior o sus aficiones habituales, o en el de un secuestro finalizado con el pago de un cuantioso rescate por parte de la familia de la víctima (Baca y Cabanas, 2003; Echeburúa, Corral y Amor, 2005).

4. VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA

La victimización *primaria* deriva directamente del hecho violento; la *secundaria*, de la relación posterior establecida entre la víctima y el sistema jurídico-penal (policía o sistema judicial) o un sistema de ayudas (indemnización económica, asistencia psicológica, apoyo psicoeducativo a los hijos, etcétera) defectuoso. Es decir, el maltrato institucional puede contribuir a agravar el daño psicológico de la víctima o a cronificar las secuelas psicopatológicas.

Un aspecto fundamental en la victimización secundaria es la dilación existente en el sistema de justicia actual, así como la falta de información concreta sobre la situación procesal, que no tiene por qué resultar incompatible con el secreto de sumario. La incertidumbre de un proceso penal que nunca parece concluir,



así como la reacción de la parte denunciada, que puede injuriar a la víctima o incluso amenazarla, contribuyen a agravar la situación emocional de la víctima. Además, un terrorista puede justificar su conducta por móviles políticos, culpar a las víctimas por su profesión o por su militancia política y sentirse jaleado por parte del público en el juicio oral.

Las noticias de nuevos atentados o el apoyo social a los terroristas (en forma de homenajes, por ejemplo) constituyen una fuente adicional de victimización.

5. ¿CUÁNDO SE REQUIERE TRATAMIENTO?

Hay personas que han sufrido un atentado y que, sin embargo, no necesitan un tratamiento psicológico o farmacológico. El equilibrio psicológico previo, el transcurso del tiempo, la atención prestada a los requerimientos de la vida cotidiana y el apoyo familiar y social contribuyen muchas veces a digerir el trauma. De este modo, estas personas, aun con sus altibajos emocionales y con sus recuerdos dolorosos, son capaces de trabajar, de relacionarse con otras personas, de disfrutar de la vida diaria y de implicarse en nuevos proyectos.

Por el contrario, otras personas se encuentran atrapadas por el suceso sufrido, no recuperan sus constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito, viven atormentadas con un sufrimiento constante, tienen dificultades para controlar sus emociones y sus pensamientos, se aíslan socialmente y se muestran incapaces de hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, adoptando a veces conductas contraproducentes (beber en exceso, comer más o menos de la cuenta, automedicarse, etcétera). Son estas personas las que, al sentirse desbordadas por el trauma, requieren una ayuda específica psicológica y, en algunos casos, también farmacológica.

Entre estas personas necesitadas de ayuda se encuentran especialmente aquellas que cuentan con antecedentes psicopatológicos, que han sufrido secuelas graves tras un atentado terrorista, que se sienten solas, que tienen hijos pequeños a su cargo, que quedan en unas condiciones económicas



precarias o que son inmigrantes en una situación irregular o inestable (Echeburúa y Corral, 2005).

a) Intervención en crisis inmediata

En los días posteriores al suceso traumático las víctimas pueden beneficiarse de una intervención psicológica temprana -que puede ser proporcionada en las Oficinas de Atención a la Víctima- que preste atención a los siguientes aspectos: a) evaluación inicial del daño psicológico, de las variables facilitadoras del trauma (factores predisponentes, precipitantes y mantenedores), del grado de resistencia al estrés, de las estrategias de afrontamiento, y en definitiva, del grado de vulnerabilidad ante el suceso traumático; b) intervención en crisis que permita hacer frente a los síntomas más inmediatos y establecer unas medidas de higiene psicológica, basadas en la regularización de la comida y del sueño, en la recuperación de las rutinas de la vida cotidiana y en la expresión compartida de los sentimientos experimentados con amigos y familiares; y c) derivación a aquellas víctimas que muestren una mayor vulnerabilidad a padecer una cronificación de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, o de otros cuadros clínicos, a programas terapéuticos más especializados, como los ofrecidos por los Centros de Salud Mental. De este modo, se puede prevenir, al menos en muchos casos, la aparición o cronificación de trastornos psicológicos (Robles y Medina, 2002).

b) Tratamiento psicológico posterior

Más allá de la asistencia inmediata, una víctima de un suceso traumático sólo debe buscar ayuda terapéutica cuando las reacciones psicológicas perturbadoras duran más de 4 a 6 semanas, cuando hay una interferencia negativa grave en el funcionamiento cotidiano (familia, trabajo o escuela) o cuando la persona se siente desbordada por sus pensamientos, sentimientos o conductas (Pérez, García y Sainz, 2002).

Otra indicación de la conveniencia de la terapia es la negativa de la víctima a hablar con nadie del trauma y la carencia de un apoyo social, bien porque sea ella misma la que se aísla (para evitar el sufrimiento que le produce hablar del



suceso traumático, para no molestar a las demás personas con sus problemas, porque su estado anímico se encuentra bajo mínimos, etcétera), o bien porque las personas de su entorno la eviten. En estos casos se corre el riesgo de un aislamiento emocional (relaciones íntimas) y social (red social de apoyo).

Sin embargo, muchas personas necesitadas de terapia pueden mostrarse reacias a buscar ayuda profesional. En cierto modo, recurrir a un tratamiento puede suponer para la persona afectada reconocer una cierta *debilidad* personal. El cambio brusco de una situación de normalidad habitual a ser víctima de un suceso traumático puede dificultar, paradójicamente, la búsqueda de ayuda terapéutica, que, en cierto modo, supone el reconocimiento de la incapacidad por sí misma para superar unas circunstancias difíciles (Baca y Cabanas, 2003).

6. ¿CÓMO DEBER SER EL TRATAMIENTO?

Los tratamientos psicológicos en el ámbito de las víctimas del terrorismo deben responder a una serie de características (Echeburúa, Corral y Amor, 2004, 2005):

a) *Ser inmediatos*

El tratamiento debe comenzar de forma lo más inmediata posible en los casos necesitados de terapia. Un tratamiento temprano impide la cronificación de los síntomas y permite a la víctima el restablecimiento de la vida cotidiana.

b) *Tener una continuidad en el tiempo y estar ligado a una misma persona*

Un tratamiento estructurado tiene que ser llevado a cabo por el mismo terapeuta y estar sujeto a una periodicidad determinada, por ejemplo con un régimen de visitas semanal. Asimismo el paciente necesita establecer una empatía emocional con el terapeuta, lo que requiere una continuidad en la relación.



Si hay un tratamiento combinado (psicológico y farmacológico), debe haber una coordinación entre los profesionales (Sánchez, 2000).

c) Contar con una limitación temporal

Los tratamientos deben tener un punto de comienzo y un punto final, con arreglo a unos objetivos terapéuticos y tras la aplicación de unas técnicas terapéuticas derivadas de la psicología clínica basada en la evidencia (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

Al margen de contar con la necesaria flexibilidad y de prestar atención a la variabilidad entre las personas, un tratamiento puede durar entre 3 y 6 meses, e incluso prolongarse a 1 año. Mantenerlo durante un tiempo superior puede resultar, excepto en casos especiales, contraproducente para el paciente porque se tiende a perpetuarle como víctima y a crearle una dependencia emocional con el terapeuta (efectos iatrogénicos), lo que está en contradicción con los objetivos terapéuticos.

7. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Los enfoques clínicos utilizados han oscilado entre un modelo más psiquiátrico, orientado genéricamente al tratamiento de los síntomas (depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, etcétera) (Sánchez, 2000), y un acercamiento más psicoterapéutico, orientado específicamente al tratamiento del trauma, como la terapia sistémica (Dreman y Cohen, 1982) y, más recientemente, la terapia cognitivo-conductual (Echeburúa, 2004; Ofman, Mastria y Steinberg, 1995; Pérez *et al.*, 2002).

Un enfoque novedoso en el tratamiento del trauma es la terapia de exposición a los estímulos traumáticos. Tratar de eludir y enterrar en el olvido una realidad intolerable para mantener el equilibrio emocional y la cohesión social es una reacción protectora natural. Por ello, el silencio y la distracción, junto con el paso del tiempo y la reanudación de la vida cotidiana, constituyen, a veces, una estrategia útil. La víctima prefiere no pensar en la experiencia vivida y no hablar



con otras personas de lo ocurrido para no revivir el sufrimiento ni cargar a los demás con su drama.

Sin embargo, no siempre ocurre así. Por ello, si las víctimas presentan síntomas de reexperimentación (pesadillas reiteradas o pensamientos o imágenes recurrentes de las experiencias vividas) o conductas de ira más allá de los primeros meses después del suceso, la evitación constituye una estrategia contraindicada. En estos casos, el tiempo no lo ha curado todo por sí solo y el intento por olvidar los malos recuerdos ha resultado infructuoso. Si hay reexperimentación o irritabilidad manifiesta, se trata, en cierto modo, de un *asunto no cerrado* (Foa, Keane y Friedman, 2003).

En estos casos exponerse a las imágenes del atentado bajo el control del terapeuta (es decir, pensar y hablar sobre el suceso) ayuda a digerir emocionalmente el empacho emocional que una persona ha sufrido. Así, recordar y verbalizar lo ocurrido en un ambiente de apoyo facilita la transformación de las imágenes caóticas y fragmentadas del trauma, mantenidas en la *memoria emocional*, en sucesos ordenados espacial y temporalmente bajo el control de la *memoria verbal*. En cierto modo, se trata de poner nombre a lo que la víctima ha vivido y de guardar los recuerdos en el archivador correspondiente para que la persona pueda ejercer un cierto control sobre ellos. Es en este proceso de transformación de las vivencias en recuerdos y en la reintegración de éstos, ya digeridos, en la biografía de la persona cuando la víctima puede experimentar un alivio de los síntomas y una recuperación de la capacidad de control (Echeburúa, 2004; Rojas Marcos, 2002).

En resumen, hablar del trauma es bueno para las personas que necesitan hacerlo, siempre que no se haga de forma reiterada para que no distraiga de la atención necesaria a los hechos presentes y futuros y no produzca rechazo en los demás. Pero para las que no lo necesitan, la disposición activa al olvido y la implicación en actividades gratificantes pueden ser suficiente: las nuevas vivencias tienden a debilitar a las antiguas.



La modalidad grupal puede ser también adecuada en el tratamiento de las víctimas de terrorismo (Sánchez, González y Méndez, 2002). El apoyo individual es necesario, pero puede resultar insuficiente para hacer frente a los problemas interpersonales planteados. Los beneficios obtenidos con un enfoque grupal pueden ser los siguientes: a) superar la resistencia de las víctimas a hablar del atentado o la tendencia a hacerlo con una desconexión emocional entre lo ocurrido y lo sentido; b) explicar y comentar las consecuencias psicológicas de un hecho traumático, así como señalar la *normalidad* de las reacciones experimentadas ante un hecho *anormal*; c) romper el aislamiento a nivel familiar y social, que es consecuencia, a su vez, de la incapacidad para hablar emocionalmente del acontecimiento traumático; y d) ayudar a los demás miembros del grupo, lo cual contribuye a la recuperación de la autoestima. Por otra parte, la pertenencia al grupo puede contribuir a reducir el victimismo o la rabia por el sentimiento de abandono que aparecen con frecuencia en este tipo de víctimas.

8. INDICADORES POSITIVOS Y NEGATIVOS DE RECUPERACIÓN

a) *Indicadores positivos*

En el caso de que la víctima haya recibido un tratamiento psicológico, la recuperación es más probable cuando hay una asistencia constante de la víctima a las sesiones de tratamiento y cuando se llevan a cabo de forma regular las prescripciones terapéuticas.

Una primera señal de recuperación básica es que la persona recobre las constantes biológicas en relación con el sueño y el apetito. Asimismo un indicador positivo del proceso de mejoría de la víctima es cuando se recupera la expresión verbal de los sentimientos y se pone orden en el caos de las imágenes y recuerdos del suceso traumático. A veces, y más allá de las palabras, la reaparición de expresiones de afecto gestuales, como sonrisas, o físicas, como abrazos o besos, es una señal de recuperación.



Más allá de cambios espectaculares, la recuperación está presente cuando la víctima aumenta la cantidad y calidad de las actividades y se implica en una dieta regular de placeres y deleites simples: una compañía agradable, una comida sabrosa, una lectura interesante, un paseo por el parque o al borde del mar, un espectáculo entretenido, una música grata, una charla amena o una risa a pierna suelta. Todo ello contribuye a imprimir un significado a la vida de una persona (Rojas Marcos, 2002).

De este modo, la víctima comienza a recuperar la capacidad de sorprenderse y a mirar lo de siempre con ojos nuevos, a poner interés en las actividades que se hacen cada día y a fijarse unas metas concretas que es posible conseguir. Ver el lado positivo de la realidad ayuda a una persona a desembarazarse de las espinas de la vida cotidiana. El objetivo fundamental es aprender a *corregir* la mirada para centrarse en los recuerdos agradables y en la parte positiva de la realidad.

Otra muestra de recuperación es que la persona se implique en conductas altruistas y de ayuda a los demás. Este tipo de comportamientos, además de ser un medio para mantener relaciones afectuosas, comunicarse y convivir con otras personas, ayuda a aumentar la autoestima y distrae a uno de su propio dolor, con una mejoría en otros síntomas (dormir mejor, sufrir menos de ansiedad, etcétera).

En definitiva, un trauma se supera cuando la persona, aun con dolor, es capaz de integrar el suceso traumático como algo pasado que forma parte de su historia personal, sin la presencia excesiva de emociones negativas (como odio, rabia o impotencia), es capaz de vivir con normalidad el día a día y utiliza unas estrategias de afrontamiento positivas (Trujillo, 2002).

b) Indicadores negativos

En general, el factor más problemático para la recuperación de la víctima es la inestabilidad emocional anterior al suceso. Además, cuando ocurre un atentado, el riesgo más alto de sufrir una cronificación de los síntomas es cuando las víctimas muestran respuestas de embotamiento afectivo (*anestesia*



emocional). Aunque las conductas de sobresalto y de hiperactivación pueden ser las más espectaculares en los primeros momentos, lo peor que le puede suceder a una persona afectada por un suceso de este tipo es que se cierre en sí misma y se vuelva como un *zombi*, es decir, que pierda su capacidad de atender y responder emocionalmente a su entorno habitual (Navarrete, 1998).

Son asimismo indicadores negativos de recuperación del trauma el haber sido hospitalizado por heridas relacionadas con el suceso traumático y el haber padecido un trastorno ansioso-depresivo grave, así como haber sido victimizado anteriormente y haber mostrado una mala capacidad de adaptación a diferentes situaciones en la vida anterior.

Pero, en general, la evolución de la recuperación depende de las estrategias de afrontamiento utilizadas para superar el trauma. En concreto, el pronóstico es más sombrío cuando la víctima, en lugar de encarar el problema adecuadamente, adopta estrategias de afrontamiento negativas (como beber alcohol en exceso, automedicarse con tranquilizantes o volcarse en el trabajo de una forma compulsiva), mantiene una baja laboral indefinida, se implica en una serie de reclamaciones judiciales sin fin, se refugia en el pasado o alienta sentimientos de venganza. Otras veces la evolución negativa depende de la presencia de sentimientos intensos de odio o de venganza, de la aparición de circunstancias vitales adversas (divorcio, pérdida de empleo, etcétera) o de la persistencia de secuelas físicas que impiden retomar la vida anterior.

9. CONCLUSIONES

Un reto de futuro es detectar a las personas realmente necesitadas de tratamiento, establecer programas eficaces protocolizados de intervención para víctimas de terrorismo e integrar los recursos terapéuticos existentes (Centros de Salud Mental, Asociaciones de Víctimas, asistencia privada, etcétera).

Un tratamiento psicológico requiere el establecimiento de una relación de empatía, de confianza básica, entre el paciente y el terapeuta. Por ello, hay que ser especialmente respetuoso con el sistema de creencias de la víctima, lo que



supone una actitud de neutralidad por parte del terapeuta y una renuncia a utilizar a la víctima para otro tipo de objetivos.

Hay que distinguir entre las *víctimas* (que son seres humanos sufrientes por haber sufrido un atentado o por tener una vinculación emocional estrecha con la persona afectada) y los *beneficiarios de ayudas* (que es un concepto más restrictivo, regulado legalmente y limitado a ciertos tipos de víctimas vinculadas directamente con el fallecido). El tratamiento psicológico debe ser, a veces, más extensivo, por afectar a más personas, que el ámbito estricto de los beneficiarios de ayudas económicas.

Por último, hay que evitar la victimización secundaria de las víctimas. Ello supone, entre otras cosas, no utilizar a las víctimas políticamente, pero, sin embargo, contar con ellas en un proceso de pacificación. Las víctimas pueden estar equivocadas en sus apreciaciones políticas, como cualquier otro ciudadano. En realidad, el dolor e indignación generan una reacción emocional que puede llevar a la deformación de la realidad. Sin embargo, las víctimas tienen un papel fundamental en un proceso de paz para evitar una victimización secundaria.

Más allá de las medidas políticas, que competen a los políticos, las víctimas tienen que pedir justicia, que no se relegue al olvido lo ocurrido, y ser garantes de un proceso de paz. En este sentido, las víctimas son las portadoras de la memoria del terrorismo, y no habrá paz que pueda construirse sin ellas o a pesar de ellas. Las víctimas tienen una obligación moral de dar testimonio de memoria de lo que ocurrió para que no vuelva a suceder y de contribuir a saldar el pasado de una forma digna. No hay mañana sin ayer. Por eso, hay que avanzar en curar las heridas del pasado a través de más justicia, más verdad y más reparación.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baca, E. y Cabanas, M.L. (Eds.) (2003). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid. Triacastela.
- Dreman, S. y Cohen, E. (1982). Children of victims of terrorist activities: A family approach to dealing with tragedy. *American Journal of Family Therapy*, 10, 39-47.
- Echeburúa, E., Corral, P.J. y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14 (supl.), 139-146.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. Tratamiento de las víctimas de delitos violentos*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en las víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 15, 273-292.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2005). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en una víctima de terrorismo. En J.P. Espada, J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.). *Terapia psicológica: casos prácticos (pp. 159-178)*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2005). Terrorismo y trastorno de estrés postraumático: psicopatología y tratamiento. En A. Blanco, R. del Águila y J.M. Sabucedo (Eds.). *Madrid 11-M. Un análisis del mal y sus consecuencias (pp. 257-279)*. Madrid. Trotta.
- Esbec, E. (2000). Evaluación psicológica de la víctima. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo. *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid. Edisófer.
- Finkelhor, D. y Kendall-Tackett, K. (1997). A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse and violent victimization. En D. Cicchetti y S. Toth (Eds.). *Developmental perspectives on trauma: Theory, research and intervention*. New York. Plenum Publishing.



- Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M.J. (Eds.) (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona. Ariel.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid. Dykinson.
- Navarrete, M. (1998). Trastorno de estrés postraumático en las víctimas de terrorismo en España. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 5, 29-34.
- Ofman, P.S., Mastria, M.A. y Steinberg, J. (1995). Mental health response to terrorism: The World Trade Center bombing. *Journal of Mental Health Counseling*, 17, 312-320.
- Pérez, K., García, L. y Sainz, A. (2002). *Guía de atención psicológica a las víctimas del terrorismo. Manual de autoayuda psicológica*. Bilbao. Asociación para la Defensa de la Dignidad Humana.
- Robles, J.I. y Medina, J.L. (2003). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid. Síntesis.
- Rojas Marcos, L. (2002). *Más allá del 11 de septiembre. La superación del trauma*. Madrid. Espasa Calpe.
- Sánchez, A. (2000). Tratamientos psiquiátricos de las víctimas del terrorismo. *Archivos de Psiquiatría*, 63, 297-309.
- 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, 40-45.
- Trujillo, M. (2002). *Psicología para después de una crisis*. Madrid. Aguilar.



TABLA 1
DAÑO PSÍQUICO EN VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS
(Esbec, 2000, modificado)

- Sentimientos negativos: humillación, vergüenza, culpa o ira.
- Ansiedad.
- Preocupación constante por el trauma, con tendencia a revivir el suceso.
- Depresión.
- Pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de los sentimientos de indefensión y de desesperanza experimentados.
- Disminución de la autoestima.
- Pérdida del interés y de la concentración en actividades anteriormente gratificantes.
- Cambios en el sistema de valores, especialmente la confianza en los demás y la creencia en un mundo justo.
- Hostilidad, agresividad, abuso de alcohol y de drogas.
- Modificación de las relaciones (dependencia emocional, aislamiento).
- Aumento de la vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo peligroso, y pérdida de control sobre la propia vida.
- Cambio drástico en el estilo de vida, con miedo a acudir a los lugares de costumbre; necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.
- Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño.
- Disfunción sexual.