

EL SÍNDROME DEL NORTE: UN INTENTO ESPAÑOL DE ENTENDER LAS CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DEL TERRORISMO, LA VIOLENCIA DE PERSECUCIÓN TERRORISTA Y LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA DE LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO (I)

Jesús Sanz
Universidad Complutense de Madrid

María Paz García-Vera
Universidad Complutense de Madrid

Resumen

Este trabajo analiza el síndrome del norte, un constructo psicopatológico utilizado para describir y entender las alteraciones psicológicas que presentaban algunos guardias civiles y policías destinados en el País Vasco o Navarra durante los años de actividad terrorista de la organización terrorista ETA. Para entender las características y factores relacionados con el síndrome del norte, en este primer trabajo, tras describir su desarrollo e historia, se revisan sistemáticamente las sentencias judiciales españolas que, a partir de informes psicológicos, psiquiátricos o médicos forenses, han discutido o utilizado el constructo. Los resultados de la revisión permiten concluir que este constructo no se refiere a un trastorno psicológico concreto, sino a un conjunto de trastornos psicológicos, principalmente y por este orden, trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad. El constructo implica suponer que la situación gravemente estresante o incluso traumática que vivieron los guardias civiles y policías destinados en el País Vasco y Navarra es la causa necesaria y principal, aunque no única ni suficiente, de los trastornos psicológicos que padecieron algunos de ellos. Esta implicación ha sido reconocida por un tercio de las sentencias revisadas, pero no por la mayoría.

Palabras clave: terrorismo, trastorno de estrés postraumático, trastornos depresivos, violencia política, etiología, síndromes

Abstract

The Northern syndrome: a Spanish attempt to understand the psychopathological consequences of terrorism, terrorist persecution violence, and secondary victimization of victims of terrorism (I). This work analyzes the Northern syndrome, a psychopathological construct used to describe and understand the psychological alterations presented by some civil guards and police officers stationed in the Basque Country or Navarra during the years of terrorist activity of the terrorist organization ETA. In order to understand the characteristics and factors related to the Northern syndrome, in this first work, after describing its development and history, we systematically review the Spanish judicial sentences that, based on psychological, psychiatric or forensic medical reports, have discussed or used the construct. The results of the review allow us to conclude that this construct does not refer to a specific psychological disorder, but to a group of psychological disorders, mainly and in this order, depressive disorders, posttraumatic stress disorder, anxiety disorders, and personality disorders. The construct implies assuming that the severely stressful or even traumatic situation experienced by the civil guards and police stationed in the Basque Country and Navarra is the necessary and main cause, although not the only or sufficient cause, of the psychological disorders that some of them suffered. This implication has been recognized by a third of the sentences reviewed, but not by the majority.

Key words: terrorism, posttraumatic stress disorder, depressive disorders, political violence, etiology, syndromes.

El interés científico por estudiar las consecuencias psicopatológicas del terrorismo tiene un punto de inflexión tras los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington, DC,

Correspondencia: Jesús Sanz (Sanz, J.) Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Correo electrónico jsanz@psi.ucm.es

Fecha de recepción: 11 de enero de 2022

Fecha de aceptación: 21 de marzo de 2022

conocidos como los atentados del 11-S (García-Vera et al., 2021; Sanz y García-Vera, 2021). A partir de ese año, se produce un aumento espectacular en el número de publicaciones científicas al respecto, de manera que si en los doce años transcurridos entre 1990 y 2001 apenas se habían publicado una treintena de trabajos, con un rango de entre uno y cinco trabajos por año, en los doce años posteriores, entre 2002 y 2013, se publicaron más de 500 trabajos, con un rango de entre 26 y 71 trabajos por año (Sanz y García-Vera, 2021).

La investigación sobre terrorismo y salud mental

Durodié y Wainwright (2019) han sugerido que este aumento en el número de publicaciones sobre terrorismo y salud mental no se produjo por los atentados del 11-S, sino que había surgido antes, entre mediados y finales de los años 90, al hilo de la publicación, en 1994, de la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), que incluía nuevos e influyentes criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático (TEPT), y al hilo de la aparición y los efectos de un nuevo discurso o guion cultural que destacaba las supuestas vulnerabilidades de la persona. Para reafirmar esta propuesta, Durodié y Wainwright (2019) también han sugerido que, antes de ese período, había una falta de interés por los efectos del terrorismo sobre la salud mental en la literatura científica. Sin embargo, los datos y la argumentación que sustentan sus propuestas son endeble o equivocados. Por ejemplo, para sustentar su idea de que antes de finales de los 90 no había interés en los efectos del terrorismo sobre la salud mental en la literatura científica, Durodié y Wainwright (2019, p. 1) argumentan que «todavía en 1988, Schmid y Jongman [(1988)] describirían gran parte de esta literatura como “llamativa, superficial y, al mismo tiempo, a menudo también pretenciosa, aventurando generalizaciones de gran alcance sobre la base de evidencia ocasional”». Sin embargo, en esa cita, Schmid y Jongman (1988, p. 177) se referían específicamente a la literatura científica sobre las «áreas 2 y 3.1, 3.4» de su tipología de áreas de investigación sobre el terrorismo, es decir, sobre, respectivamente, los aspectos históricos y sociológicos/políticos del terrorismo, la prevención del terrorismo y las estrategias terroristas, no sobre el área de la salud mental de las víctimas del terrorismo.

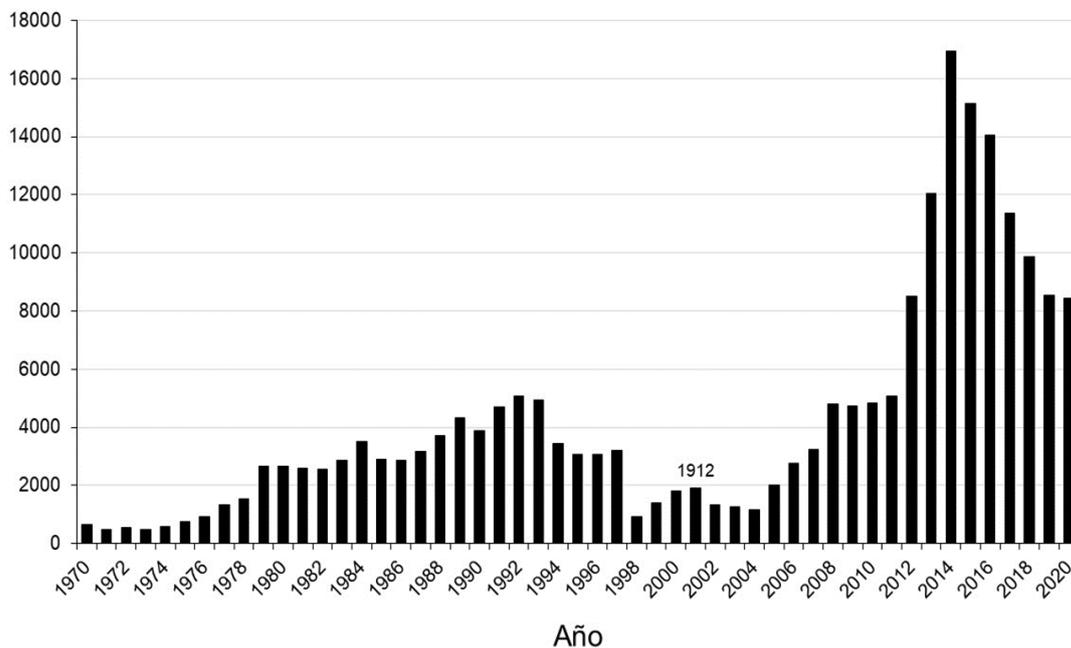
Durodié y Wainwright (2019) también argumentan que en los años 70 había un acuerdo en la literatura científica de que la mayoría de las personas expuestas al terrorismo no se verían afectados por este, que los síntomas psicológicos que pudieran aparecer desaparecían pronto y que, incluso, el número de suicidios se reducía. Es cierto que esta es la postura que defendían Lyons (1971, 1974) y, con algunas matizaciones, Fraser (1971; véase también Cairns y Wilson, 1985; Curran, 1988), pero no la que defendían, por ejemplo, O'Malley (1975), Fields (1976/1980), Ochberg (1977) o Roth (1977). En cualquier caso, estos trabajos como los trabajos revisados por Cairns y Wilson (1985) o Curran (1988), no parecen indicar que durante los años 70 hubiera un desinterés por los efectos del terrorismo sobre la salud mental de sus víctimas, sobre todo teniendo en cuenta el nivel de producción científica psicológica y psiquiátrica de la época. Ese interés continuó en los años 80, antes de la publicación del DSM-IV en

1994, como reflejarían los trabajos de Corrado y Tompkins (1989), Dreman y Cohen (1982), Flynn (1987), Van der Ploeg y Kleijn (1989) o Zafrir (1982), por citar algunos.

En cualquier caso, ese aumento en el número de publicaciones científicas sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo que se produjo tras los atentados del 11-S no quiere decir que antes de 2001 el terrorismo fuera un problema menos importante. Como se puede observar en las figuras 1 y 2, entre los años 1979 y 1997, el número de atentados terroristas ocurridos anualmente en el mundo fue mayor que los ocurridos en 2001 o en los cuatro años posteriores, y al menos en siete años de ese período de 1979-1997, el número de persona fallecidas en atentados terroristas fue mayor que las personas fallecidas en 2001 o en los cuatro años posteriores, a pesar de que, precisamente, los atentados del 11-S siguen siendo los atentados más mortíferos en la historia de la humanidad, con casi tres mil personas fallecidas.

Figura 1.

Número de atentados terroristas ocurridos anualmente en el mundo entre 1970 y 2020 (elaborado a partir de los datos de la Global Terrorism Database, National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism [START], 2022; la etiqueta de datos corresponde al número de atentados ocurridos en 2001)

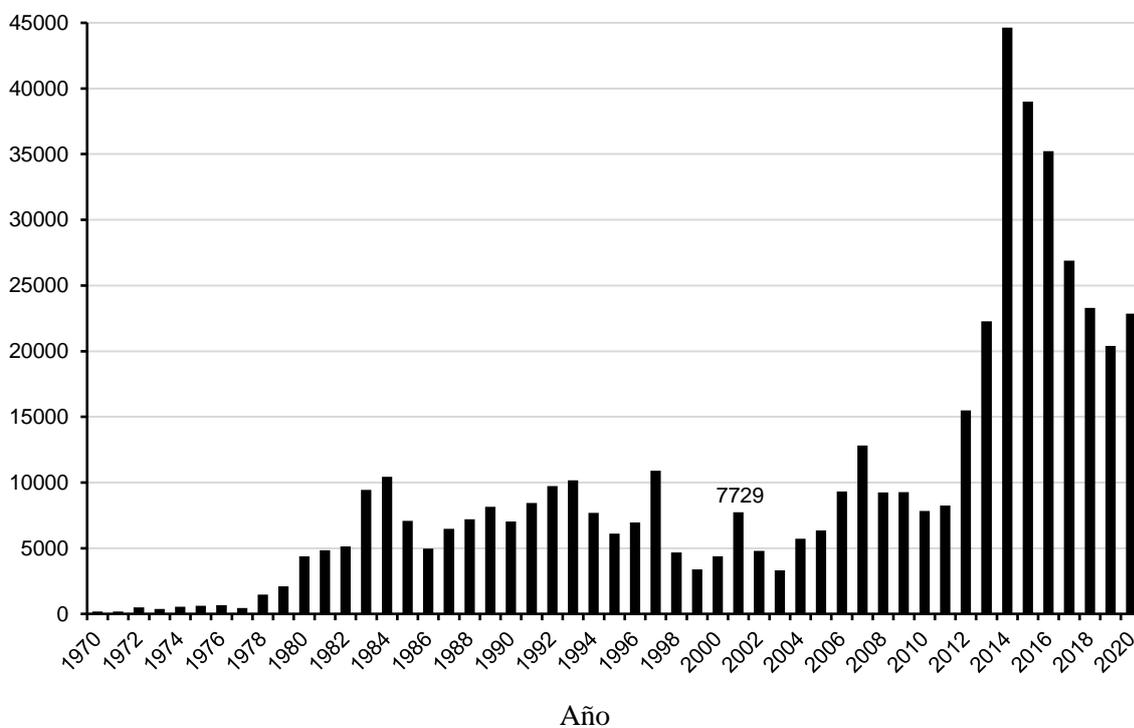


Tampoco el aumento en el número de publicaciones científicas sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo que ocurrió tras los atentados del 11-S quiere decir, tal y como se ha comentado líneas atrás, que antes de 2001 esas consecuencias no fueran objeto de interés de la psicología o de la psiquiatría. Es cierto, sin embargo, que este interés se empezó a centrar en el TEPT a partir de la publicación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980/1983), ya que en esta tercera edición

del DSM se definió por primera vez este constructo psicopatológico, y también parece cierto que esa tendencia, tal y como sugieren Durodié y Wainwright (2019), se acentuó a partir de la publicación del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). De hecho, en los últimos 25 años, la literatura científica sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo aborda mayoritariamente, y quizá excesivamente, el TEPT en detrimento de otros posibles trastornos psicológicos (García-Vera et al., 2015, 2016; Sanz et al., 2021; Rigutto et al., 2021).

Figura 2.

Número de personas fallecidas anualmente en atentados terroristas en el mundo entre 1970 y 2020 (elaborado a partir de los datos de la Global Terrorism Database, National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism [START], 2022; la etiqueta de datos corresponde al número de personas fallecidas en 2001)



Por tanto, en los años 70 y 80, las consecuencias psicopatológicas del terrorismo se entendían utilizando otros constructos distintos al TEPT como, por ejemplo, los trastornos de «estado de ansiedad postraumático», «estado fóbico», «enfermedad depresiva» o «histeria» (Lyons, 1974, pp. 17-18), o una gran variedad de síntomas que, en términos de los constructos psicopatológicos actuales, parecen una mezcla de síntomas de TEPT, ansiedad y depresión: «Las víctimas informarán de insomnio, reacciones de sobresalto, pesadillas y sudores nocturnos, incapacidad para concentrarse, lapsus de memoria, problemas sexuales y dificultades interpersonales con sus cónyuges o con otras personas significativas. Las revisiones obsesivas del incidente terrorista conducen a mucha autorrecriminación, autoculpa y episodios circulares de ira, apatía, depresión, hostilidad, rabia, reclusión, resentimiento y resignación.

La motivación de estas respuestas alternantes se basa en los efectos absolutamente devastadores de la despersonalización, la indefensión, la impotencia y la humillación que las víctimas experimentan durante los incidentes. La depresión, un estado mental caracterizado por sentimientos de abatimiento, falta de esperanza y alienación, puede durar mucho después del evento traumático. Las reacciones menos frecuentes incluyen sentimientos de paranoia, con víctimas que exhiben una sensibilidad anormal, sospecha, melancolía, timidez excesiva e ideas fijas que pueden incluir delirios de persecución sistematizados» (Flynn, 1987, p. 351).

En este sentido, en los años 80, los psicólogos, médicos y psiquiatras españoles utilizaron un constructo denominado síndrome del norte para referirse a las consecuencias psicopatológicas provocadas por el terrorismo en el País Vasco y Navarra, pero también a las causadas por otros fenómenos relacionados con el terrorismo, en particular, la violencia de persecución terrorista, la victimización secundaria y el aislamiento social de las víctimas directas o indirectas del terrorismo.

El desarrollo en España del constructo de síndrome del norte tiene sentido dado que entre los países intensamente afectados por el terrorismo antes de 2001, y también después, se encuentra España. Desde finales de los años 60, el país ha sufrido más de 3.200 atentados terroristas a manos de diversas organizaciones terroristas (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism [START], 2022), más de 12.700 si se tienen también en cuenta los ataques de violencia callejera o terrorismo urbano (López Romo, 2015). Estos atentados han provocado el fallecimiento de 1.431 personas, incluidas las 193 personas que murieron en los atentados yihadistas del 11 de marzo de 2004 en Madrid, conocidos como los atentados del 11-M, el ataque terrorista más mortífero de la historia de España y el segundo de la historia de Europa por detrás del atentado de Lockerbie de 1988. La mayoría de esos fallecimientos, alrededor de 857, y la mayoría de los atentados cometidos en España en todos esos años fueron causados por la banda terrorista Euskadi Ta Askatasuna (ETA). La actividad de este grupo terrorista se extiende desde 1968 hasta 2011, año en que anunció el cese definitivo de su actividad terrorista, seis años y medio antes de su disolución como organización en 2018. Sin embargo, su actividad terrorista fue especialmente intensa entre finales de los 70 y principios de los 90, especialmente en el País Vasco y Navarra, pero también en el resto de España, y consistió tanto en el asesinato de personas concretas mediante un tiro en la nuca o la colocación de bombas en sus vehículos, como en la utilización de coches bomba con cargas explosivas muy potentes y que aparcaban cerca de viviendas, supermercados o en la calle y con los que pretendían también asesinar de manera indiscriminada al mayor número de personas (Marrodán Ciordia, 2013, 2014, 2015; Pérez Pérez, 2021, 2022, 2023). De hecho, aunque la mayoría de los objetivos de sus atentados fueron militares y miembros de las fuerzas y cuerpos de seguridad y sus familias, también lo fueron empresarios, políticos, jueces, fiscales, periodistas, funcionarios de prisiones o profesores de universidad. En el País Vasco y Navarra, estos atentados mortales se veían acompañados de ataques más frecuentes de violencia callejera o terrorismo urbano, comúnmente conocido como kale borroka, en los que se quemaban o destrozaban oficinas

bancarias, comercios, sedes de partidos políticos, vehículos o viviendas de particulares, autobuses públicos, trenes, etc., y que eran realizados por organizaciones juveniles afines a ETA (Lezamiz, 2019; Marrodán Ciordia, 2014; Pérez Pérez, 2023). Además, ETA también contaba en esas dos comunidades autónomas con el apoyo de algunos partidos políticos y sindicatos que, aunque minoritarios, eran muy visibles en sus acciones de apoyo al grupo terrorista (López Romo, 2015; Pérez Pérez, 2023).

Como se expondrá más adelante y también en la segunda parte de este trabajo (Sanz y García-Vera, 2022), el constructo de síndrome del norte, con todas sus limitaciones, se adelantó a ciertos avances que se han producido en los últimos años en el conocimiento de la psicopatología derivada del terrorismo, incluidos los avances producidos en la concepción del TEPT, algunos de ellos reflejados en las últimas ediciones de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales propuestas en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013/2014) y en la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018). Por esa razón, el objetivo del presente trabajo es precisamente señalar esos avances y la relevancia del síndrome del norte para la psicopatología y la psicología clínica legal y forense, para lo cual se hará un breve recorrido histórico del constructo y se analizará su definición y su relación con el terrorismo, la violencia de persecución, la victimización secundaria y el aislamiento social. Estos análisis se basarán, en primer lugar, en una revisión sistemática de las sentencias judiciales que lo han utilizado, revisión que será el objeto del presente trabajo. Los análisis también se basarán en una revisión sistemática de la literatura científica sobre el constructo y que se presentará en la segunda parte de este trabajo.

¿Qué es el síndrome del norte?

Aparentemente, las primeras referencias escritas sobre el síndrome del norte aparecen a mediados de los años 80 en la prensa escrita nacional y provincial en referencia a dos homicidios incomprensibles cometidos por guardias civiles (Europa Press, 1985; Redacción de Diario 16, 1985; Redacción de Flores y Abejas, 1985; Yárnoz, 1985a, 1985b).

En la madrugada del 30 de abril de 1985, tres jóvenes de Sacedón, Guadalajara, buscaban caracoles a la luz de sus linternas en las inmediaciones de unos chalets ubicados en el vecino municipio de Auñón. Una pareja de guardias civiles del puesto de Auñón que patrullaban en choche observaron las luces de las linternas, pararon y, de manera inexplicable, uno de ellos, un cabo, nada más bajar del coche, hizo varios disparos con su subfusil sobre el lugar de donde partían las luces. Una de las balas alcanzó a uno de los jóvenes, que resultó muerto (Redacción de Diario 16, 1985). Según recogía la prensa, el gobernador civil de Guadalajara informó que el cabo de la guardia civil había estado destinado en San Sebastián seis meses atrás, y declaró lo siguiente: «Es una suposición, pero tal vez ocurrió lo que algunos llaman síndrome del norte. El guardia civil, al ver la luz, puede que reviviera alguna situación de tensión anterior, y disparó. La verdad es que no tiene una explicación lógica» (Redacción de Flores y Abejas, 1985, p. 1).

Sin embargo, el primer reconocimiento médico oficial de la existencia del síndrome del norte fue en el informe oficial de unos médicos forenses con ocasión de otra muerte en circunstancias inexplicables a manos de un guardia civil. En la medianoche del 14 de abril de 1985, un guardia civil, de 25 años, contactó con un travesti en una zona de prostitución de Barcelona. El travesti subió al coche del guardia civil y, poco después, este le disparó a quemarropa en la cabeza causándole la muerte. Horas más tarde, el cuerpo sin vida del travesti, envuelto en una manta y atado de pies y manos, fue encontrado en otra zona de Barcelona. En el informe solicitado por el juez a los médicos forenses y que se dio a conocer en julio de 1985, se señalaba que el guardia civil, que había estado destinado unos meses en el País Vasco, padecía el «síndrome del norte» como consecuencia de la «tensión psicológica que viven las fuerzas de Seguridad del Estado» en el País Vasco, y se añadía que en el momento de los hechos «la situación psicológica y emocional del encausado no era normal» (Europa Press, 1985; Yárnoz, 1985a). La sentencia posterior, no obstante, no recogió la atenuante de que el guardia civil padecía el síndrome del norte y fue condenado a 11 años de prisión por un delito de homicidio doloso (Sales, 1986).

Otro fenómeno preocupante en los años 80 eran los suicidios entre los policías y guardias civiles destinados en el País Vasco o Navarra. Por ejemplo, el 1 de septiembre de 1982, un sargento de la Policía Nacional, casado y con tres hijos, almorzaba con varios compañeros en la Comisaría de Policía de San Sebastián, cuando, inexplicablemente, dejó el bocadillo que estaba comiendo, cogió la pistola reglamentaria de uno de sus compañeros y se disparó un tiro en la cabeza (Barbería, 1982). El sargento pertenecía a la misma unidad que cuatro policías que el día anterior, cuando iban de patrulla, habían sido asesinados por ETA en una emboscada a tiros, era amigo personal de varios de los miembros de esa unidad y había sido designado para acompañar el cuerpo de uno de los policías asesinados a su lugar de origen para ser enterrado. Precisamente, cuando se suicidó, estaba esperando el momento de cumplir ese servicio. El general inspector de la Policía Nacional, en unas declaraciones al periódico *El País*, afirmó: «Ignoramos las razones que explican este accidente, pero a la hora de especular no podemos olvidar la tensión a la que está sometida aquí la Policía Nacional. Solo él podría explicar los móviles de su gesto» (Barbería, 1982).

En resumen, en los años 80, ese tipo de homicidios y suicidios incomprensibles entre los policías y guardias civiles destinados o que habían sido destinados en el País Vasco o Navarra eran entendidos por algunos psicólogos, psiquiatras, médicos forenses y mandos o representantes de las fuerzas y cuerpos de seguridad como consecuencia del estrés extremo que sufrían en esas comunidades autónomas (Barbería, 1982; Europa Press, 1985; Yárnoz, 1985a, 1985b), ya que vivían sometidos «a constantes presiones y amenazas, prácticamente aislados de la sociedad, asistiendo periódicamente a funerales por compañeros suyos asesinados, ocultando su profesión a vecinos o esporádicos amigos y amigas, y comprobando, si están casados y con hijos, cómo su familia también sufre el aislamiento o el insulto en su entorno» (Yárnoz, 1985b). Entrevistado en 1985 en relación con los dos homicidios anteriormente comentados, José Antonio Carrobes, catedrático emérito de psicología clínica de la Universidad

Autónoma de Madrid, por entonces profesor titular de dicha universidad, comentaba lo siguiente según recogía el periódico El País: «Para Carrobles, también se trata de un problema de estrés. “Ante cualquier situación de estrés”, comenta, “se reacciona con mayor contundencia y rapidez, porque se dispara el sistema de alerta”. Según Carrobles, una persona que durante muchos meses está preparada para reaccionar con rapidez y contundencia ante una posible amenaza, continuará reaccionando de la misma manera aunque la amenaza sea mucho menor. Es decir, que pueden producirse reacciones más que desproporcionadas por parte de guardias civiles, aun cuando éstos hayan abandonado ya el País Vasco» (Yárnoz, 1985b).

En los años siguientes de la década de los 80, las referencias al síndrome del norte siguen apareciendo con cierta asiduidad en la prensa escrita o en otros medios de comunicación (p. ej., Echevarria, 1987; Esteve, 1986; Franco, 1991; Hernández-Rodicio, 1998; Redacción de ABC, 1994; Tirado Melo, 1986), pero no hay prácticamente ninguna referencia en la literatura científica, profesional o académica psicológica o psiquiátrica.

Una excepción a esta laguna fue el pequeño capítulo que en su libro *La soledad del hombre* le dedicó el médico forense y psiquiatra José Antonio García-Andrade (1989). En este capítulo, reproducido posteriormente en otros dos libros (García-Andrade, 1993/2002, pp. 250-251, 2012, pp. 107-110), se definía el síndrome del norte como «aquella conducta desviada de algunos miembros de las Fuerzas de Seguridad que actúan en el País Vasco, si bien esta localización no es preceptiva pues puede darse en cualquier región de España». Esta última precisión tiene sentido en el contexto de la causa principal que García-Andrade proponía para explicar el síndrome del norte, el aislamiento: «La psicogénesis es similar al Síndrome de Estocolmo, ya que surge [...] de una situación de aislamiento [...] El aislamiento de nuestros policías viene del entorno, que por supuesto, como decía, pueden vivenciarse como tal en cualquier autonomía de España, al sentirse maginados y rodeados por una sociedad hostil y desafectiva». Aunque García-Andrade reconoce el papel causal de «otros elementos estresantes» y, de hecho, entiende el síndrome del norte «como trastorno de estrés postraumático», su concepción sobrestima el papel etiológico del aislamiento y subestima de manera importante el papel etiológico de otros factores relacionados con el terrorismo tal y como se vivió en el País Vasco o Navarra.

Como se detallará en la segunda parte de este trabajo (Sanz y García-Vera, 2022), aunque parece razonable suponer que el aislamiento social tiene un papel etiológico en el síndrome del norte o, mejor dicho, en los constructos psicopatológicos que se pueden englobar bajo esta etiqueta, otros factores parecen desempeñar un papel más importante, en particular y por este orden, los atentados terroristas vividos directa o indirectamente, la amenaza terrorista continua, la violencia de persecución terrorista y la victimización secundaria. Estos factores se produjeron con mucha mayor intensidad en el País Vasco y Navarra y justifican tanto el complemento «de norte» del nombre del constructo como su caracterización como un constructo aplicable únicamente a las vivencias psicopatológicas de las personas que en el País Vasco y Navarra sufrieron el terrorismo, la violencia de persecución terrorista y

la victimización secundaria relacionada con el terrorismo, y que no debería circunscribirse únicamente a los guardias civiles, militares y policías nacionales, municipales y autonómicos (ertzainas) que fueron sus víctimas preferentes, sino que también debería extenderse a un número importante de personas amenazadas, extorsionadas o coaccionadas por ETA, por otras organizaciones terroristas de su entorno y por los colectivos sociales que apoyaban al terrorismo. Entre estas personas amenazadas, extorsionadas o coaccionadas había cargos políticos, periodistas, empresarios, comerciantes, jueces, fiscales, funcionarios de prisiones o profesores de universidad, pero también los familiares convivientes de estas personas y, especialmente, los familiares convivientes de los miembros de las fuerzas y cuerpos de seguridad y de los militares destinados en el País Vasco y Navarra.

No obstante, el síndrome del norte, de existir, es lógico que fuera más frecuente en las fuerzas y cuerpos de seguridad y en los militares destinados en el País Vasco y Navarra, ya que, por un lado, ETA asesinó a 209 guardias civiles, 149 policías nacionales, 97 militares, 25 policías municipales y 16 policías autonómicos, la mayoría (más del 80 %) en atentados ocurridos en el País Vasco y Navarra, y, por otro lado, los atentados de ETA causaron heridas a 466 guardias civiles, 236 policías nacionales, 76 policías autonómicos, 49 militares y 15 policías municipales, la mayoría también en atentados ocurridos en esas dos comunidades autónomas, siendo, por tanto, el colectivo de las fuerzas y cuerpos de seguridad y de los militares el más afectado por el terrorismo de ETA (Alonso et al., 2010; Intxaurbe Vitorica et al., 2022; Jiménez Ramos y Fernández Soldevilla, 2022; Jiménez Ramos y Marrodán Ciordia, 2019). Además, como señala Hidalgo (2021) en relación con la definición del síndrome del norte, «hay que recordar que la Policía Nacional, la Guardia Civil y el Ejército han sido considerados por el nacionalismo vasco radical y por ETA como fuerzas ocupadoras del Estado español y por ello ha habido una gran presión sobre este colectivo. Asimismo, se ha producido un proceso de deshumanización sobre estas personas llegando a denominarlas txakurra que significa “perro” en euskera. Así, en este contexto, las noticias de que un compañero había sido asesinado durante el desempeño de sus labores o en un momento de su vida cotidiana, generaban un gran estrés y una gran ansiedad en estas personas».

Otra cuestión importante que se debe dilucidar en relación con la definición de síndrome del norte tiene que ver con su consideración como un trastorno psicológico único, aunque de amplio espectro sintomatológico o con consecuencias disfuncionales muy diversas, frente a su consideración como un conjunto de trastornos psicológicos diferentes, aunque más o menos relacionados. Las definiciones anteriormente mencionadas de García-Andrade (1989, 1993/2002, 2012) e Hidalgo (2021) parecen abogar por la primera postura, ya que, en el caso de García-Andrade, iguala el síndrome del norte con el TEPT, y, en el caso de Hidalgo, considera que el síndrome del norte es «una enfermedad mental», que quedaría definida por «actitudes de desconfianza, estrés, fuerte estrés tanto en su vida familiar como en sus quehaceres sociales como en su desempeño de la labor pública», «drogadicción», «alcoholismo» y «suicidio».

Respecto a esta última definición, cabría cuestionar la utilización del término de enfermedad mental en lugar del de trastorno mental, ya que el concepto de enfermedad implica la existencia de una alteración estructural o funcional del organismo que es la causa de ese determinado problema de salud, pero estas causas biológicas todavía no se han encontrado para el síndrome del norte tanto si es entendido como un TEPT o como el conjunto de síntomas mencionado por Hidalgo. Por esta razón, el DSM-5 y la CIE-11 se refieren, por ejemplo, al TEPT con el término de «trastorno», no con el de «enfermedad», ya que el concepto de trastorno mental está abierto a la posibilidad de que los comportamientos problemáticos de una persona sean debidos fundamentalmente a una alteración biológica, pero también a que sean debidos fundamentalmente a causas psicológicas, ambientales o socioculturales (Sanz y García-Vera, 2017; García-Vera y Sanz, 2016). De hecho, puesto que el constructo de síndrome del norte, como el de TEPT, implica la existencia necesaria, aunque no suficiente, de ciertos acontecimientos traumáticos (p. ej., atentado terrorista, amenaza terrorista, violencia de persecución terrorista), la utilización del concepto y del término de trastorno psicológico o mental en lugar del de enfermedad mental parece lo más adecuado.

¿Existe el síndrome del norte?

En cualquier caso, el constructo de síndrome del norte, salvo por la excepción de García-Andrade (1989, 1993/2002, 2012) y quizá alguna otra que no ha sido posible localizar, no ha sido mencionado prácticamente en la literatura científica, profesional o académica de las áreas de la psicopatología, psiquiatría o psicología clínica o, en todo caso, se ha mencionado para negar su existencia (Baca, 2004; Fuertes Rocañín et al., 1997, 1999).

Como se describirá y argumentará con mayor profundidad en la segunda parte de este trabajo (Sanz et al., 2022), solo se han encontrado dos trabajos empíricos dirigidos específicamente a examinar la existencia del síndrome del norte (Fuertes Rocañín et al., 1997, 1999), y los dos negaban su existencia concluyendo que: «No hay un mayor nivel de psicopatología en los guardias civiles destinados en el País Vasco con respecto a los que están destinados en otras provincias. No parece ser, por tanto, el ambiente social y la problemática sociopolítica de esta comunidad autónoma un factor destacado a la hora de generar alteraciones psicopatológicas» (Fuertes Rocañín et al., 1999, p. 34). A pesar de que, tal y como se comentará con más detalle en la segunda parte de este trabajo (Sanz y García-Vera, 2022), los datos de esos dos estudios son cuestionables y pocos sólidos, parece que esa negación o escepticismo sobre su existencia eran compartidas por otros miembros de la comunidad científica, profesional y académica de la psiquiatría, incluso apelando a posibles ganancias secundarias para explicar el malestar así denominado, tal y como se afirmaba en un libro colectivo sobre la situación de la psiquiatría española a principios de este siglo: «No debemos olvidar que las primeras manifestaciones en España de lo que en los años ochenta se denominó “síndrome del norte” —que parecía afectar a aquellos miembros de las fuerzas policiales que habían sido destinados a aquellas zonas del país en las que el terrorismo y también la hostilidad por parte de un amplio segmento de la población eran evidentes— solían ser vistas no como

una enfermedad ligada a una actividad profesional sino más bien como una consecuencia, cuando no una expresión, del malestar experimentado como resultado del destino geográfico y del deseo profundo de que se le conceda un nuevo destino» (Baca, 2004, p. 390).

El escepticismo y la negación del síndrome del norte también eran habituales entre los responsables políticos de las fuerzas y cuerpos de seguridad de los años 80 (Efe, 1987; Yárnoz, 1987), aunque probablemente por razones alejadas de su fundamento científico y, en cambio, más relacionadas con la lucha antiterrorista o con cuestiones políticas, ya que su reconocimiento hubiera significado admitir que existía una especial desprotección para los guardias civiles y policías destinados en el País Vasco y Navarra o que la estrategia de terror de ETA estaba teniendo éxito (de Otálora, 2016). No obstante, hay que señalar que esos responsables políticos como, por ejemplo, el director de la Guardia Civil o los de la Dirección de la Policía Nacional, afirmaban que habían encargado estudios sobre el síndrome del norte y que sus conclusiones indicaban que no existía dicho síndrome (Europa Press, 1987; Yárnoz, 1987), que «el porcentaje de suicidios y dolencias psíquicas en los policías destinados en el País Vasco y Navarra es similar al que se da en otras regiones, como Andalucía o Castilla» (Efe, 1987), aunque, lamentablemente, esos estudios nunca se publicaron y no han podido ser consultados.

En contraste a estas posturas de negación y escepticismo, la prensa escrita ha reflejado que distintas sentencias judiciales en los años 90 y a principios de este siglo, basándose en informes de psicólogos, médicos, psiquiatras o médicos forenses, daban crédito a la existencia del síndrome del norte (Hernández-Rodicio, 1998) y, por ejemplo, lo hacían responsable del suicidio de un policía nacional (Redacción de El País, 2001). En el mismo sentido, la psiquiatra Martha González Ceinos, que fue la responsable del gabinete psicológico de Guipúzcoa que creó el Cuerpo Nacional de Policía en 1991, incluyó el diagnóstico de síndrome del norte en muchos de los informes sobre los policías nacionales que acudían a dicho gabinete: «Se constituyeron gabinetes en las tres provincias vascas ante el crecimiento de los trastornos mentales entre los policías (...) De 20 visitas diarias, dos eran claramente síndrome del Norte. Mis informes se mandaban a Madrid, a los servicios médicos centrales, y en los casos más sangrantes, lo único que se hacía era sacar de Euskadi al afectado, pero a ninguno se le reconoció la enfermedad laboral» (Asociación para la Defensa de la Dignidad Humana, 2018, p. 19).

Objetivos del presente estudio

Dado que el síndrome del norte ha sido diagnosticado o discutido en los informes periciales médicos, psiquiátricos o psicológicos que aparecen en las sentencias judiciales en las que se ha mencionado o utilizado dicho constructo o en los informes de los profesionales que han atendido a los policías o guardias civiles destinados en el País Vasco o Navarra que también suelen aparecer en dichas sentencias, una revisión de las mismas y, por tanto, de los extractos de esos informes que aparecen en ellas, quizá podría ayudar a entender mejor qué se entendía y qué se entiende por síndrome del norte, cuáles son sus características y qué factores están relacionados con su aparición, y, precisamente, este

fue el objetivo del presente trabajo, para lo cual se realizó una revisión sistemática de las sentencias judiciales en España que hacían referencia al síndrome del norte.

MÉTODO

Búsqueda y cribado de sentencias judiciales

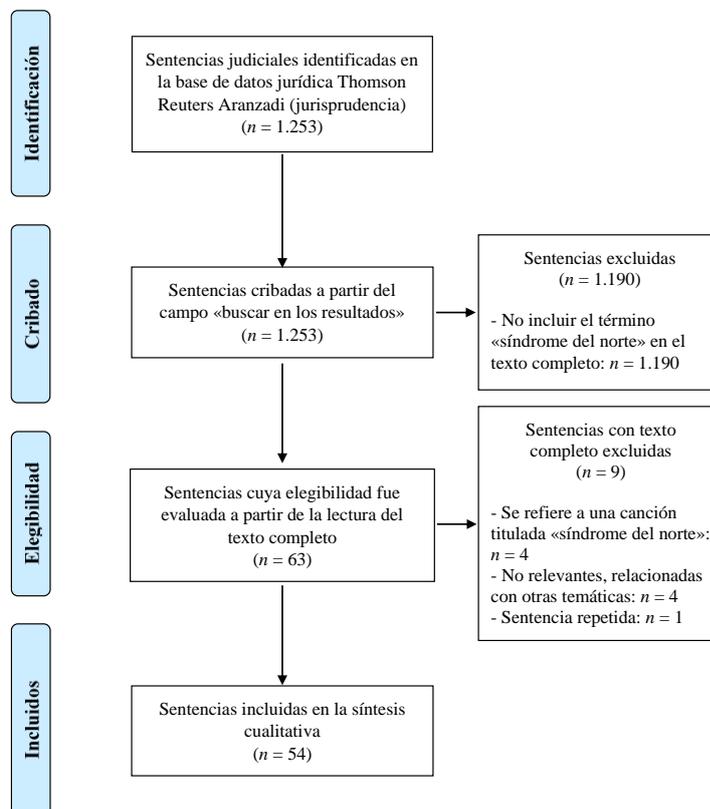
Una búsqueda en la base de datos de jurisprudencia de la base de datos jurídica Thomson Reuters Aranzadi realizada el 6 de abril de 2023 con las palabras «síndrome» y «norte» en el campo «texto» resultó en 1.253 sentencias judiciales, las cuales, tras ser filtradas con el término «síndrome del norte» en el campo «buscar en los resultados», quedaron reducidas a 63 sentencias.

Selección de sentencias judiciales

Tras su lectura completa de las 63 sentencias, 54 tenían que ver con el síndrome del norte como trastorno mental, mientras que las nueve restantes se descartaron por alguna de las siguientes razones: (a) el término no se refería a un trastorno mental, sino al título de una canción (cuatro sentencias); (b) el término se mencionaba de pasada y sin ninguna relevancia para entender el constructo de síndrome del norte o su utilización en la cuestión legal de la sentencia (cuatro sentencias), y (c) era una sentencia repetida (una sentencia).

Figura 3.

Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de las sentencias judiciales de España



En la figura 3 se presenta, de manera resumida y utilizando el diagrama de flujo propuesto por el grupo PRISMA para la publicación de las revisiones sistemáticas de la literatura científica (Moher et al., 2009), el proceso seguido de búsqueda, cribado y selección de las sentencias judiciales para la presente revisión, y en la tabla 1 se presentan, agrupadas en función de la justificación o utilización del síndrome del norte en dichas sentencias y de la persona afectada por el síndrome, las 54 sentencias finalmente seleccionadas.

Tabla 1.

Sentencias judiciales en España relacionadas con el síndrome del norte (SN) en función de la justificación o utilización del SN en dichas sentencias y de la persona afectada por el SN

Justificación/utilización del SN en la sentencia	Sentencia	Persona afectada
SN como motivo para considerar que el retiro/jubilación/situación de segunda actividad por incapacidad temporal/permanente es en acto de servicio, accidente laboral o enfermedad profesional.	TSJ País Vasco (Sala de lo Social, Sección 1ª), sentencia de 2 mayo 2006.	Escolta
	TSJ Cantabria (Sala de lo Social, Sección 1ª), sentencia núm. 740/2010 de 17 septiembre.	Escolta
	TSJ País Vasco (Sala de lo Social, Sección 1ª), sentencia núm. 2654/2011 de 28 octubre.	Escolta
	TSJ Andalucía, Granada (Sala de lo Social, Sección 2ª), sentencia núm. 2069/2013 de 14 noviembre.	Escolta
	TSJ Cantabria (Sala de lo Social, Sección 1ª), sentencia núm. 830/2014 de 24 noviembre.	Escolta
	TSJ Andalucía, Granada (Sala de lo Social, Sección 1ª), sentencia núm. 949/2016 de 21 abril.	Escolta
	TSJ Andalucía, Sevilla (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª), sentencia de 1 junio 2001.	Guardia civil
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5ª), sentencia de 25 mayo 2011.	Guardia civil
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5ª), sentencia de 8 junio 2011.	Guardia civil
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5ª), sentencia de 15 junio 2011.	Guardia civil
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5ª), sentencia de 19 enero 2011.	Guardia civil
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5ª), sentencia de 20 junio 2012.	Guardia civil
	TSJ Andalucía, Málaga (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Única), sentencia de 17 junio 2002.	Policía nacional
	TSJ Castilla y León, Burgos (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2ª), sentencia núm. 126/2004 de 12 marzo.	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 29 julio 2004	Policía nacional
	TSJ Cantabria (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª), sentencia núm. 243/2005 de 30 mayo	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 23 mayo 2005.	Policía nacional

Justificación/utilización del SN en la sentencia	Sentencia	Persona afectada
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 26 junio 2006.	Policía nacional
	TSJ Andalucía, Sevilla (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª), sentencia núm. 947/2005 de 9 septiembre.	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 25 junio 2007.	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 16 julio 2007.	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 14 abril 2008.	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 2 febrero 2009.	Policía nacional
	TSJ Andalucía, Sevilla (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª), sentencia núm. 1275/2008 de 29 diciembre.	Policía nacional
	TSJ Andalucía, Sevilla (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª), sentencia núm. 883/2008 de 19 septiembre.	Policía nacional
	TSJ Andalucía, Sevilla (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª), sentencia núm. 437/2010 de 29 marzo.	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 30 enero 2012.	Policía nacional
	TSJ Andalucía, Sevilla (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª), sentencia núm. 188/2012 de 16 febrero.	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 26 noviembre 2012.	Policía nacional
	TSJ Andalucía, Sevilla (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª), sentencia núm. 1261/2012 de 14 septiembre.	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 4 noviembre 2013.	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 2 diciembre 2013.	Policía nacional
	TSJ Madrid (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª), sentencia núm. 311/2020 de 22 junio.	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 30 junio 2004. [SN como causa de suicido]	Policía nacional
SN como atenuante o eximente del delito o sanción disciplinaria imputada a la persona afectada por el SN.	AP Cádiz (Sección 2ª), sentencia de 12 mayo 2000.	Ex guardia civil
	AP Teruel (Sección Única), sentencia núm. 11/2001 de 4 julio.	Ex policía nacional
	TS (Sala de lo Penal), sentencia núm. 126/2004 de 6 febrero.	Ex policía nacional
	TS (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 28 enero 2008.	Funcionario de prisiones

Justificación/utilización del SN en la sentencia	Sentencia	Persona afectada
	AP Navarra (Sección 3ª), sentencia núm. 205/1999 de 14 octubre.	Guardia civil
	TS (Sala de lo Militar), sentencia núm. 1/1997 de 10 enero.	Guardia civil
	TS (Sala de lo Militar), sentencia de 1 junio 2001.	Guardia civil
	TS (Sala de lo Penal), sentencia núm. 641/2001 de 25 junio.	Guardia civil
	TS (Sala de lo Militar), sentencia de 5 abril 2001.	Guardia civil
	TS (Sala de lo Penal), sentencia núm. 2563/1993 de 15 noviembre.	Policía nacional
SN como motivo para reconocer a la persona como víctima del terrorismo.	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5ª), sentencia de 25 marzo 2004.	Ertzaina
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 8ª), sentencia de 28 mayo 2002	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3ª), sentencia de 3 junio 2004	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5ª), sentencia de 8 abril 2005	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª), sentencia de 13 noviembre 2017.	Policía nacional
	AN (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 8ª), sentencia de 16 mayo 2002. [SN como causa de suicidio]	Policía nacional
SN como causa de agravamiento de un trastorno psicológico.	AN (Sala de lo Penal, Sección 1ª), sentencia núm. 63/2012 de 31 julio.	Ertzaina
	AP A Coruña (Sección 5ª), sentencia núm. 217/2018 de 6 julio.	Guardia civil
SN como antecedente de trastorno psicológico.	AP Cádiz (Sección 7ª), sentencia núm. 176/2002 de 29 abril.	No se indica
SN como motivo para jubilación por incapacidad.	TSJ Andalucía, Sevilla (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª), sentencia de 21 abril 2006.	Policía nacional

Nota. AN: Audiencia Nacional. AP: Audiencia Provincial. TS: Tribunal Supremo. TSJ: Tribunal Superior de Justicia

RESULTADOS

Como puede observarse en la tabla 1, en la mayoría de las sentencias (34 de 54; 63 %), el síndrome del norte se propuso como motivo para considerar que el retiro, la jubilación o la situación de segunda actividad son debidas a una incapacidad temporal o permanente en acto de servicio, por accidente laboral o por enfermedad profesional, de las cuales 22 sentencias tenían que ver con recursos presentados por policías nacionales, seis por guardias civiles y seis por escoltas. En diez sentencias (18,5 %), el síndrome del norte se propuso como atenuante o eximente de un delito o una sanción disciplinaria imputada a la persona afectada por el síndrome; en seis sentencias, el síndrome del norte se propuso como motivo para reconocer a la persona afectada como víctima del terrorismo, y, en las restantes cuatro sentencias, la justificación de apelar al síndrome del norte responde a otros motivos (p. ej., el síndrome del norte como

causa de agravamiento de un trastorno psicológico que es un elemento relevante en la demanda o recurso objeto de la sentencia; el síndrome del norte como motivo para la jubilación por incapacidad).

Factores externos o inherentes a la persona en el síndrome del norte

Las 34 sentencias que tienen que ver con la cuestión de si el síndrome del norte puede justificar que la incapacidad temporal o permanente de un policía nacional, guardia civil o escolta sea considerada en acto de servicio, por accidente laboral o por enfermedad profesional son especialmente relevantes para analizar una de las características fundamentales del constructo de síndrome del norte, a saber, si la causa necesaria y principal de las alteraciones psicológicas que se engloban bajo el constructo síndrome del norte es la experiencia de acontecimientos traumáticos y estresores graves continuados relacionados fundamentalmente con el trabajo en el País Vasco y Navarra de los policías nacionales, guardias civiles y escoltas, es decir, relacionados con su actividad profesional en esas dos comunidades autónomas. De estas sentencias, en 11 (32,4 %) se estimó que la incapacidad se había producido en acto de servicio o por accidente o enfermedad laboral, mientras que, en las 23 restantes (67,6 %), se desestimó este extremo o bien se desestimó el recurso o la demanda al respecto.

En la tabla 2 se presentan las motivaciones de ambos tipos de sentencias, estimatorias y desestimatorias. Para los objetivos del presente estudio, es importante señalar que en 10 de las 11 sentencias estimatorias, se consideró que los policías nacionales o escoltas implicados sufrían del síndrome del norte sin necesidad de que hubieran sido víctimas directas de un atentado terrorista. Es más, dos tribunales planteaban explícitamente este razonamiento en sus sentencias. Así, por ejemplo, en el caso de un escolta que prestó servicios en el País Vasco y sufría un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, en la sentencia n.º 740/2010 de 17 de septiembre del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, Sala de lo Social, Sección 1.ª, se argumentaba que «basta con la efectiva influencia de la referida actividad laboral en la aparición de la enfermedad, en el presente caso motivada por la situación de estrés o tensión permanente, vivida en contexto de temor y realidad hostil. Ha sido el caso del llamado "síndrome del norte", el caso de las reclamaciones de los miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, resueltas en el ámbito del orden contencioso-administrativo. No es necesario, por lo tanto, afortunadamente, como se le exige la justificación de un atentado, en la persona del trabajador o de algún compañero, ni puede vincularse a la prueba de tal extrema realidad, porque lo refiera un informe, el éxito de la demanda». Por tanto, en esas 10 sentencias se consideró que las alteraciones psicológicas que mostraban los policías nacionales o los escoltas estaban causadas principalmente por la situación de estrés permanente en un contexto de temor y de entorno hostil que vivían tales policías nacionales y escoltas en el País Vasco o Navarra, mientras que en la sentencia restante se argumentaba que el policía nacional implicado «vivió de cerca como consecuencia del ejercicio de sus funciones varios atentados terroristas, algunos con resultado trágico, así como el suicidio de un compañero; habiendo recibido numerosas amenazas de muerte a través del teléfono e incluso a través de pintadas en el ascensor de su domicilio, entre otros hechos del mismo carácter» (sentencia de 23 de mayo de 2005

de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7.^a). Curiosamente, ninguna de las sentencias en las que estaban implicados guardias civiles fue estimatorias.

Tabla 2.

Resultados y motivaciones de las sentencias relacionadas con la cuestión de si el síndrome del norte justifica que la incapacidad temporal o permanente de un policía nacional, guardia civil o escolta se considere en acto de servicio o por accidente o enfermedad laboral

Resultado de la sentencia	Motivación del resultado	N.º de sentencias*
La incapacidad se considera en acto de servicio o por accidente o enfermedad laboral	Por situación de estrés permanente en contexto de temor y realidad hostil en el País Vasco o Navarra	7
	Por situación de estrés permanente en contexto de temor y realidad hostil en el País Vasco o Navarra, aunque no se sufriera directamente un atentado	3
	Por sufrir un atentado terrorista directamente	1
La incapacidad no se considera en acto de servicio o por accidente o enfermedad laboral o se desestima el recurso o la demanda	Porque la causa de las alteraciones psicológicas es una personalidad vulnerable u otra psicovulnerabilidad o porque las alteraciones son un trastorno psicológico endógeno	13
	Por no haber sufrido directamente un atentado terrorista u otro hecho traumático	8
	Porque los estresores u otras causas de las alteraciones psicológicas fueron posteriores al destino en el País Vasco o Navarra	4
	Por padecer trastornos psicológicos previos a las alteraciones psicológicas sufridas durante el destino en el País Vasco o Navarra	4
	Porque los acontecimientos relacionados con el trastorno psicológico padecido no se consideran propios del síndrome del norte	1
	Porque el trastorno psicológico es posterior al destino en el País Vasco o Navarra	1
	Porque no es el órgano adecuado para la reclamación	1

Nota. *El número total de sentencias es mayor que 34 porque en algunas sentencias se alegaban varios motivos.

El argumento utilizado por un mayor número de sentencias desestimatorias (13 sentencias) consideraba que la incapacidad no era debida a la actividad profesional de los guardias civiles, policías nacionales o escoltas en el País Vasco o Navarra, sino a una causa inherente a la propia persona. Es decir, la causa de sus alteraciones psicológicas no era dicha actividad profesional y, por tanto, no se podía hablar de síndrome del norte, sino que la causa era tener una personalidad vulnerable u otro tipo de factor psicológico de vulnerabilidad o tener un factor biológico de vulnerabilidad como el que se supone en los trastornos psicológicos denominados endógenos. Así, por ejemplo, una sentencia argumentaba que «este padecimiento devenga por las especiales condiciones intrínsecas de la persona que sufre esa actuación estresante, que, dada su propia personalidad, determina la generación de una patología invalidante, pues, en estos supuestos, la generación de la enfermedad invalidante no resulta de

esa concreta situación en el servicio, sino de la propia naturaleza endógena de la persona que lo sufre, poseyendo una etiología básicamente disposicional, esto es, dependiente de rasgos constitucionales del sujeto y cuya descompensación clínica frente a las exigencias del entorno es imprevisible, tratándose de descompensaciones que no están en relación directa con las exigencias del entorno, sino con el grado de tensión emocional que ante ellas genere el sujeto por sus propias características psíquicas, de modo y forma que es la propia naturaleza intrínseca del paciente la que determina el origen de la enfermedad, pues a otras personas, ante similares situaciones estresantes, no les causa dicha enfermedad» (sentencia de 25 mayo de 2011 de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª).

En algunos casos en que el trastorno psicológico que sufría el guardia civil o policía nacional era un trastorno bipolar, un trastorno delirante, un trastorno depresivo recurrente con síntomas psicóticos o un trastorno del humor persistente, las sentencias apelaban a la naturaleza endógena que desde muchos modelos teóricos psiquiátricos se supone para dichos trastornos. Así, por ejemplo, en la sentencia de 19 enero de 2011 de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª, respecto a un guardia civil que sufría un trastorno bipolar o un trastorno depresivo recurrente con episodios graves o con síntomas psicóticos, se argumentaba que «nos hallamos ante una patología de naturaleza endógena, que formando parte de la personalidad del individuo no tiene la relación directa y total con el servicio que se exige, al menos para las consecuencias jurídicas que el actor demanda», mientras que en la sentencia de 4 de noviembre de 2013 de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7.ª, respecto a un policía nacional que sufría un trastorno delirante de tipo persecutorio, se argumentaba que «el trastorno delirante se trata de un trastorno común, no profesional, que aunque se haya manifestado con posterioridad a la incorporación del interesado al Cuerpo Nacional de Policía, su etiología es básicamente endógena, es decir fundamentada en radicales biológicos que, actualmente, son indetectables con antelación y también impredecibles respecto al desarrollo de la patología diagnosticada y cuya incidencia epidemiológica demuestra su independencia de las circunstancias del entorno del sujeto».

Relacionadas con el argumento de la personalidad vulnerable, la psicovulnerabilidad o la endogeneidad del trastorno padecido también están las cuatro sentencias en las que se argumenta que el policía nacional, guardia civil o escolta habían padecido trastornos psicológicos previos a su destino en el País Vasco o Navarra, lo cual es interpretado por los tribunales como un indicio de una vulnerabilidad que existía previamente a ser destinado a esas dos comunidades autónomas, de manera que el servicio profesional en el País Vasco o Navarra se entiende, por ejemplo, como un factor precipitante o coadyuvante de un trastorno psicológico previo y no como la causa principal o exclusiva de dicho trastorno. Así, por ejemplo, en la sentencia n.º 830/2014, de 24 noviembre, del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, Sala de lo Social, Sección 1.ª, el Tribunal, en relación con un escolta que sufría un trastorno depresivo, argumentaba que «en contra de las pretensiones del actor, el ejercicio ininterrumpido de sus funciones como escolta en el ámbito geográfico del País Vasco, o la problemática laboral que haya surgido en su desarrollo, no es lo que ha dado lugar a su estado psíquico, sino que

resaltando que la enfermedad depresiva ha tenido manifestación antes de su alta [como escolta], como tal, en los años 1995 y 1996, problemas personales o familiares (ludopatía en 2002, muerte de familiar), reagudización en 2007. Incluye factores personales por lo que el cuadro valorado, se concluye que el trabajo no es causa exclusiva, sino a lo sumo coadyuvante del mismo. (...) sino que es fruto de su propia patología previa a la afiliación como escolta, y otros estresantes personales o familiares, que coadyuvan a ello, como los laborales».

El segundo argumento utilizado por un mayor número de sentencias desestimatorias, en concreto, por ocho sentencias, era que el guardia civil, policía nacional o escolta no habían sufrido directamente un atentado terrorista u otro hecho traumático durante su destino en el País Vasco o Navarra, por lo que las alteraciones psicológicas que padecían no se podían atribuir a su actividad profesional en esos destinos, es decir, no se podía hablar de síndrome del norte. En siete de esas ocho sentencias, esa argumentación aparecía unida a otros argumentos, especialmente a que la persona implicada presentaba una personalidad vulnerable u otra vulnerabilidad psicológica. Por ejemplo, en la sentencia de 14 abril de 2008 de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7.^a, se argumentaba, en relación con un policía nacional que sufría síntomas depresivos y delirantes, lo siguiente: «El único informe que avala parcialmente la pretensión del recurrente es el de la Doctora Psiquiatra D.^a Guadalupe, la cual, si bien manifiesta que puede afirmarse que el desencadenante o causa inmediata de las actuales alteraciones emocionales del interesado tiene que ver con la situación conflictiva de tipo laboral, admite sin embargo la existencia de una personalidad vulnerable, que obviamente ha influido en el proceso patológico padecido, sin que mencione en ningún momento la existencia de algún episodio, suceso o incidente traumático acaecido durante la prestación de servicios en el País Vasco, que haya podido afectar directa o indirectamente al funcionario, como podría ser el haber sufrido un atentado, o el haber estado sometido personalmente a vigilancia o acoso por terroristas; con lo que no consta ninguna causa efecto concreta que determine o indique que las enfermedades diagnosticadas son consecuencia exclusivamente de las tensiones por el servicio. Constatándose en las actuaciones que el actor no describe ni refiere suceso o acontecimiento alguno en el que se hubiese visto implicado, con riesgo para su vida o al menos en la creencia de ello, que le afectase psíquicamente de forma que pudiese ser origen o causa de la incapacidad permanente para el servicio declarada».

Finalmente, para los objetivos del presente estudio, es también relevante la sentencia que aparece en la tabla 2 en la que se argumenta que la incapacidad no se considera en acto de servicio o por accidente o enfermedad laboral producida en el País Vasco o Navarra porque los acontecimientos relacionados con el trastorno psicológico padecido no se consideran propios del síndrome del norte. En concreto, en la sentencia de 25 junio de 2007 de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7.^a, en referencia a un policía nacional que sufre de trastorno delirante de tipo persecutorio, se afirma «que en su destino en el País Vasco sufrió percances que no guardan relación con el conocido

como "Síndrome del Norte", sino más bien con esas ideas delirantes persecutorias como que le persiguieron durante varios días, o que le drogaron en un bar y estuvo tres días durmiendo».

¿A qué trastorno o trastornos se refiere el síndrome del norte?

En la tabla 3 se recogen los trastornos o síndromes psicológicos a los que parecía referirse el síndrome del norte en las sentencias judiciales finalmente identificadas en el presente estudio y teniendo en cuenta que, en el caso de que en la sentencia se mencionen múltiples diagnósticos en los informes clínicos de los guardias civiles, policías nacionales o escoltas implicados, solo se tuvieron en cuenta aquellos trastornos o síndromes que fueron diagnosticados durante el destino en el País Vasco o Navarra.

Tabla 3.

Trastornos o síndromes psicológicos a los que se refiere el constructo síndrome del norte en las sentencias judiciales en las que se utiliza dicho constructo

Trastornos o síndromes psicológicos	N.º de sentencias
Trastorno depresivo, síndrome depresivo o trastorno de humor persistente	23
Trastorno de estrés postraumático	14
Trastorno mixto ansioso-depresivo	8
Transformación o cambio de la personalidad, trastorno mixto de la personalidad, trastorno de la personalidad paranoide, trastorno de la personalidad esquizoide-paranoide	7
Trastorno de ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, síndrome de ansiedad, crisis de ansiedad o neurosis de ansiedad	5
Trastorno delirante o síntomas delirantes	4
Trastorno adaptativo	3
Suicidio	2
Consumo perjudicial de alcohol o alcoholismo	2
Trastorno psicótico esquizofreniforme	1
Consumo de drogas	1
Trastorno bipolar	1

Nota. De las 54 sentencias judiciales identificadas, en 11 no se indicaba qué trastornos, síndromes o síntomas psicológicos se englobaban bajo la denominación de síndrome del norte; a pesar de ello, el número total de sentencias en la tabla es superior a 43 dado que en algunas sentencias el síndrome del norte hacía referencia a dos o más trastornos o síndromes psicológicos.

El trastorno psicológico que aparece más asociado al síndrome del norte es, con diferencia, la depresión (32,4 % sobre un total de 71; véase la tabla 3), seguido del TEPT (19,7 %), del trastorno mixto ansioso-depresivo (11,3 %), de los trastornos o cambios de la personalidad (9,9 %) y de los trastornos de ansiedad (7 %). Si se considera el trastorno mixto ansioso-depresivo como parte del espectro de los trastornos depresivos y de ansiedad, estos dos últimos trastornos suponen la mitad de los trastornos o síndromes asociados al síndrome del norte (50,7 %), y, si a estos dos trastornos emocionales se les unen el TEPT y el trastorno adaptativo que, por la preeminencia de sus síntomas emocionales, a veces también se engloban bajo la etiqueta general de trastornos emocionales, este último conjunto de trastornos suponen el 67,6 % de los trastornos o síndromes asociados al síndrome del norte.

Por último, cabe señalar que en cuatro sentencias, el trastorno delirante o los síntomas delirantes de tipo persecutorio se discutieron o se identificaron como parte del síndrome del norte, lo cual es relevante dada la baja prevalencia de este trastorno de tipo psicótico en la población general y la posibilidad de que el mismo, tal y como se discutirá más adelante, pueda tener una estrecha relación con la amenaza terrorista y las conductas de autoprotección que adoptaban los guardias civiles, policías nacionales y escoltas destinados en el País Vasco y Navarra y con los síntomas de hipervigilancia típicos del TEPT.

DISCUSIÓN

Tras presentar el constructo de síndrome del norte y realizar un breve recorrido histórico de su desarrollo y utilización en España, el objetivo principal del presente trabajo fue realizar una revisión sistemática de las sentencias judiciales españolas que hacen referencia a dicho constructo para así entender mejor qué se entendía y qué se entiende por síndrome del norte, cuáles son sus características y qué factores están relacionados con su aparición. Los resultados de la revisión sistemática de las sentencias judiciales sugieren, en primer lugar, que el constructo de síndrome debe considerarse un conjunto de trastornos psicológicos, más que un trastorno psicológico único, ya que no hay consenso en los informes psicológicos, psiquiátricos y médicos forenses que aparecen en las sentencias en considerarlo un TEPT o en considerarlo un conjunto concreto de síntomas, sino que en ellos se identifica el síndrome del norte con un conjunto muy amplio de trastornos y síndromes psicológicos, desde el trastorno delirante o los problemas perjudiciales de consumo de alcohol o drogas hasta trastornos de la personalidad, de ansiedad, de estrés postraumático o depresivos. No obstante, estos cuatro tipos de trastornos son los que más se identifican con el síndrome del norte, especialmente, y por este orden, los trastornos depresivos y el TEPT.

En este sentido, el constructo de síndrome del norte reflejaba una idea, que tras una época de excesivo énfasis en el TEPT, parece que se ha vuelto a recuperar, a saber, que tras experimentar un acontecimiento traumático, las personas pueden sufrir una gran variedad de síntomas y trastornos psicológicos. Debido a la popularidad que alcanzó el constructo de TEPT a partir de la publicación del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), la literatura científica sobre las consecuencias psicopatológicas de los acontecimientos traumáticos se centró excesivamente en el TEPT y no se apreció adecuadamente que otros muchos síntomas y trastornos se producen en las personas expuestas a acontecimientos traumáticos. Por ejemplo, una búsqueda en PsycInfo de trabajos publicados entre 1995 y abril de 2023 con la expresión war and (PTSD or “posttraumatic stress disorder” or “post-traumatic stress disorder”) en los campos resumen y título del trabajo resultó en 3.436 trabajos, casi el doble que los encontrados con la expresión war and (depression or “depressive disorder” or dysthymic or dysthymia), que resultó en 1.873 trabajos. De forma similar, la búsqueda con la expresión (terrorist or terrorism) and (PTSD or “posttraumatic stress disorder” or “post-traumatic stress disorder”) resultó en

681 trabajos, casi el doble que los encontrados con la expresión (terrorist or terrorism) and (depression or “depressive disorder” or dysthymic or dysthymia), que resultó en 343 trabajos.

Ante la variedad de alteraciones psicológicas que puede producir la exposición a una situación traumática, la respuesta en el DSM-5 ha sido ampliar el número de síntomas que agrupa el TEPT en comparación a los que agrupaba el TEPT en el DSM-IV, de 17 síntomas en este último a 20 síntomas en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 1994, 2013/2014; Friedman et al., 2011). Curiosamente, la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018) parece que ha adoptado la estrategia contraria, ya que ha reducido drásticamente el número de síntomas que agrupa el TEPT, a tan solo seis síntomas, lo que implica asumir que con frecuencia otros trastornos psicológicos distintos al TEPT pueden aparecer de forma aislada o conjunta con el TEPT tras un acontecimiento traumático. Esta asunción es la que también parecían compartir los profesionales sanitarios españoles que utilizaban el síndrome del norte en las sentencias judiciales españolas revisadas en el presente trabajo al agrupar bajo dicho constructo una amplia variedad de trastornos psicológicos, principalmente trastornos depresivos, TEPT, trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad.

Es más, la CIE-11, pero no el DSM-5, ha incluido un nuevo diagnóstico relacionado con la exposición a acontecimientos traumáticos para entender las alteraciones psicológicas que presentan las personas que han vivido acontecimientos traumáticos de naturaleza prolongada o repetitiva de los que resulta difícil o imposible escapar. Este nuevo diagnóstico se denomina TEPT complejo y, entre los ejemplos de acontecimientos traumáticos que cita la CIE-11, están la tortura, la esclavitud, la violencia doméstica, el abuso sexual o física repetido en la infancia, pero también las «campañas de genocidio y otras formas de violencia organizada» (World Health Organization, 2023). Precisamente, una forma de violencia organizada prolongada o repetitiva fue sin duda la actividad terrorista de ETA y la violencia de persecución terrorista planificada y desarrollada por las organizaciones y colectivos afines a ETA y que tuvo lugar durante tantos años en el País Vasco y Navarra (véase también Sanz y García-Vera, 2022). Para la CIE-11, el TEPT complejo se caracteriza, además de por los seis síntomas que definen el TEPT, por la gravedad y la persistencia de problemas en la regulación del afecto, de creencias sobre uno mismo en las que la persona se siente disminuido, derrotado o sin valor, de sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el acontecimiento traumático y de dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas pueden suponer cambios importantes en la personalidad de la persona afectada y, de hecho, en su edición anterior, la CIE consideraba el diagnóstico de transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica como consecuencia de experiencias traumáticas prolongadas como, por ejemplo, experiencias en campos de concentración, desastres, torturas o situaciones prolongadas de cautiverio con peligro inminente de ser ejecutado, pero también de la «exposición a situaciones amenazantes para la vida como ser víctima de un acto terrorista» (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000, p. 168), y que incluye cambios duraderos en la forma en que la persona percibe, se relaciona o piensa sobre sí mismo y el entorno (p. ej., sentimientos de vacío o desesperanza, vivencia de extrañeza de sí mismo, actitud de desconfianza y hostilidad hacia el mundo,

aislamiento social, sensación permanente de estar al límite). El hecho de que, según las sentencias revisadas en el presente estudio, los cambios y los trastornos de la personalidad fueran también incluidos dentro del constructo del síndrome del norte refleja que este constructo estaba en sintonía o incluso se adelantó a las propuestas de la CIE-10 y la CIE-11 en relación con los cambios psicológicos permanentes o de personalidad que pueden producir la violencia organizada continuada, de la cual, sin duda, un ejemplo fue la que llevó a cabo de forma prolongada ETA en el País Vasco y Navarra.

Por otro lado, la mayoría de las sentencias judiciales identificadas en esta revisión tenían que ver con la cuestión de si el síndrome del norte podría justificar que la incapacidad temporal o permanente de un policía nacional, guardia civil o escolta se considere en acto de servicio, por accidente laboral o por enfermedad profesional. Estas sentencias, por tanto, son especialmente relevantes para analizar la existencia del síndrome del norte, ya que este implica que la causa necesaria y principal de los trastornos psicológicos que presentan los policías, guardias civiles y escoltas destinados en el País Vasco o Navarra es la experiencia de acontecimientos traumáticos y estresores graves continuados relacionados con su actividad profesional en esas dos comunidades autónomas, lo cual supondría que dichos trastornos psicológicos pueden considerarse un accidente o enfermedad profesional o adquiridos en acto de servicio. Teniendo en cuenta estas sentencias judiciales, los resultados de la presente revisión sugieren que, en general, en un tercio de ellas se daba credibilidad a la existencia del síndrome del norte, es decir, se asumía que los trastornos psicológicos que mostraban los policías, guardias civiles o escoltas en el País Vasco o Navarra estaban causados principalmente por la situación de estrés permanente en un contexto de temor y de entorno hostil que sufrían en esas dos comunidades autónomas, incluso aunque no hubieran sufrido un atentado terrorista directamente, y, por tanto, estimaban que la incapacidad se había producido en acto de servicio o por accidente o enfermedad laboral.

Sin embargo, en casi los otros dos tercios de las sentencias no se daba credibilidad a la existencia del síndrome del norte, ya que se asumía que los trastornos psicológicos que mostraban los guardias civiles, policías o escoltas destinados en el País Vasco o Navarra no eran debidos a la situación de estrés, temor y hostilidad que vivían en esas dos comunidades autónomas, y esto por dos razones fundamentales. La primera razón porque no habían sufrido directamente un atentado terrorista u otro hecho traumático, y la segunda razón, y más frecuente, porque se consideraba que la causa principal de esos trastornos psicológicos era algún factor de vulnerabilidad inherente a la propia persona como, por ejemplo, una alteración biológica, un trastorno psicológico previo, una personalidad vulnerable u otra psicovulnerabilidad. Esta razón parecía más frecuente cuando los trastornos psicológicos que sufrían las personas eran trastornos de los que muchos modelos psiquiátricos suponen que tienen una etiología biológica o endógena, tales como el trastorno bipolar, el trastorno delirante o el trastorno depresivo con síntomas psicótico. Sin embargo, esta conclusión está basada en una pequeña tendencia en los datos y, por tanto, debería tomarse con precauciones, ya que, además, la apelación a la naturaleza endógena de los trastornos psicológicos padecidos por los policías, guardias civiles o escoltas también se utilizaba en

relación con otros trastornos en los que se suele postular que el papel de los acontecimientos estresantes o traumáticos es mayor como, por ejemplo, el trastorno mixto ansioso-depresivo o el TEPT.

La discrepancia encontrada en las sentencias judiciales españolas que aluden al síndrome del norte entre las que dan credibilidad a este constructo y las que no, remiten a una de las dimensiones conceptuales clave del constructo y que, como ha ocurrido a lo largo de la historia con constructos psicopatológicos similares, es objeto de un intenso debate en la comunidad científica y profesional, a saber, el papel de los factores externos e internos a la persona en la etiología de los trastornos psicológicos. Cuando en los años 80 se propuso el constructo del síndrome del norte, es probable que uno de sus objetivos fuera otorgar mayor importancia a los factores externos sobre los internos en el origen y desarrollo de ciertos trastornos mentales, en particular, es probable que uno de sus objetivos fuera señalar que el ambiente traumático, amenazante, estresante y hostil que vivían los guardias civiles y policías en el norte de España, en concreto en el País Vasco y Navarra, era la causa necesaria y fundamental de los trastornos psicológicos que algunos de ellos padecían. Muchos años antes, entre los años 40 y los años 70, ya se habían hecho propuestas para entender las consecuencias psicopatológicas de la exposición a otros tipos de situaciones traumáticas y que ponían el acento en que dicha exposición era la causa principal de los trastornos psicológicos que desarrollaban algunas personas tras vivir esas situaciones traumáticas concretas. Este era el caso, por ejemplo, del síndrome del campo de concentración, el síndrome de la superviviente de una violación, la neurosis de guerra o el síndrome pos-Vietnam (Andreasen, 2010; Shalev y Marmar, 2018). Sin embargo, ninguno de estos constructos, como tampoco el del síndrome del norte, tuvieron éxito a nivel científico, y, en cambio, el constructo que finalmente triunfó científicamente fue el propuesto por el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980/1983) y que agrupaba un conjunto específico de alteraciones psicológicas a las se podía llegar tras la exposición a una variedad de acontecimientos traumáticos que podían producirlas y al que se dio el nombre general de TEPT.

En su propuesta inicial, el diagnóstico del TEPT según los criterios del DSM-III implicaba «la existencia de un estresor reconocible que evocaría síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo» (American Psychiatric Association, 1980/1983, p. 238). Sin embargo, en el DSM-III también se reconocía que «algunos estresores producen frecuentemente el trastorno (p. ej., la tortura) y otros lo producen solo ocasionalmente (p. ej., los accidentes de coche)» (American Psychiatric Association, 1980/1983, p. 236). Estas diferencias entre distintos tipos de situaciones traumáticas en cuanto a la probabilidad de producir alteraciones psicológicas reflejan las dificultades en estimar cuando las causas principales de un trastorno psicológico son externas a la persona o cuando son internas o inherentes a la propia persona, asumiendo que ambas pueden tener un cierto papel causal e interactuar en el desarrollo del trastorno.

En este sentido, es curioso que, para desestimar que el trastorno de humor persistente que padecía un guardia civil fuera adquirido en acto de servicio durante sus años de actividad profesional en el País Vasco, lo que implicaría negar la existencia del síndrome del norte, en una sentencia judicial, a pesar de

reconocer que el guardia civil había presenciado diversos atentados terroristas, se argumentaba que «el padecimiento psíquico del interesado goza de un alto componente endógeno de su propia personalidad, como es predicable de la práctica totalidad de las enfermedades y padecimientos mentales, al concurrir una psicovulnerabilidad subjetiva del paciente, sin que los hechos externos en los que la parte apelante pretende residenciar la causa o razón de ser de la manifestación de la enfermedad psíquica, como acontecimiento exógeno, pueda ser elevado a causa determinante de la existencia de la relación de causalidad directa y necesaria que es exigible para valorar la incapacidad permanente como adquirida en acto de servicio» (sentencia de 15 junio de 2011 de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.^a). Es cierto que, tal y como asume el tribunal, en prácticamente todos los trastornos psicológicos se presume la existencia de ciertos factores causales inherentes a la propia persona como, por ejemplo, su personalidad, pero, también es cierto, que estos factores no tienen el mismo peso en el origen y desarrollo de todos los trastornos psicológicos, y esto tendría que haberlo tenido en cuenta el tribunal, ya que, en caso contrario, sería imposible considerar a ningún trastorno mental como un accidente o enfermedad laboral, incluso aunque dicho trastorno hubiese aparecido en una persona tras haber sufrido directamente un atentado terrorista en el que hubiese sido herido, ya que, incluso en estas circunstancias tan trágicas, no todas las personas desarrollan, por ejemplo, un TEPT. En concreto, los resultados de la revisión sistemática de García-Vera et al. (2016) indican que solo el 39% de los supervivientes de un atentado terrorista desarrollan un TEPT entre un mes y seis meses tras el atentado.

En definitiva, la cuestión clave es, si en un determinado trastorno psicológico, los factores externos y, en particular, las situaciones estresantes, son o no son la causa principal de ese trastorno, y, para poder estimar esto, la probabilidad de padecer dicho trastorno entre las personas que han experimentado dichas situaciones estresantes puede ser un indicador útil, aunque no único e infalible. En este sentido, hay un amplio consenso científico actual, al menos según refleja el DSM-5, en considerar que las situaciones estresantes que suponen muerte o una amenaza de muerte o daño físico grave para la propia persona —situaciones que son consideradas traumáticas por ello— son la causa principal del TEPT y, entre ellas, se incluyen los accidentes de tráfico o las agresiones sexuales a pesar de que, en España, la probabilidad de sufrir TEPT tras un accidente de tráfico o tras una agresión sexual es de tan solo 1,7 % y 16,5 %, respectivamente (Olaya et al., 2015).

En resumen, respecto al síndrome del norte, una cuestión clave a dilucidar que se deriva de la presente revisión sistemática de sentencias judiciales es si la situación gravemente estresante o incluso traumática que vivieron los guardias civiles, los policías y otras personas amenazadas, coaccionadas o extorsionadas en el País Vasco y Navarra durante el tiempo que se produjo la actividad terrorista de ETA se puede considerar la causa principal, aunque no única, de los trastornos psicológicos que padecieron algunas de esas personas en esa época. Para responder a esta cuestión, se pueden realizar, al menos, dos tipos de análisis complementarios, uno empírico y otro teórico. En primer lugar, se pueden

analizar la probabilidad de sufrir un trastorno psicológico entre esas personas en comparación a las personas que han vivido otros acontecimientos que son considerados de forma consensuada traumáticos y factores causales principales de trastornos psicológicos como el TEPT o, en el caso de que esta información no esté disponible, se puede analizar si esas personas, por ejemplo, los guardias civiles y policías destinados en el País Vasco o Navarra, sufrían más trastornos psicológicos que los guardias civiles o policías destinados en otras comunidades autónomas españolas. De forma complementaria, se puede analizar lógicamente si la situación que vivieron los guardias civiles, los policías y otras personas amenazadas, coaccionadas o extorsionadas en el País Vasco y Navarra reúne, según los conocimientos actuales, las características de los acontecimientos que son considerados de forma consensuada traumáticos y factores causales principales de trastornos psicológicos como, por ejemplo, el TEPT. Ambos tipos de análisis se abordarán en la segunda parte de este trabajo (Sanz y García-Vera, 2022).

En conclusión, la revisión de las sentencias judiciales españolas que han utilizado el síndrome del norte permite concluir que este constructo no se refiere a un trastorno psicológico concreto, sino a un conjunto de trastornos psicológicos, principalmente y por este orden, trastornos depresivos, TEPT, trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad. Este constructo implica suponer que la situación gravemente estresante o incluso traumática que vivieron los guardias civiles, los policías, los escoltas y otras personas amenazadas, coaccionadas o extorsionadas en el País Vasco y Navarra durante el tiempo que se produjo la actividad terrorista de ETA se puede considerar la causa necesaria y principal, aunque no única ni suficiente, de los trastornos psicológicos que padecieron algunas de esas personas en esa época. Esta implicación ha sido reconocida explícita o implícitamente por un tercio de las sentencias revisadas, pero no por la mayoría, siendo las razones principales esgrimidas por esta mayoría el hecho de que el guardia civil, policía o escolta no había sufrido directamente un atentado terrorista y, más frecuentemente, el que se consideraba que la causa principal de los trastornos psicológicos era algún factor de vulnerabilidad inherente a la propia persona (p. ej., una alteración biológica, un trastorno psicológico previo, una personalidad vulnerable u otra vulnerabilidad psicológica). No obstante, la negación o el reconocimiento judicial del síndrome del norte es hasta cierto punto independiente de su negación o reconocimiento científico, cuestión esta última que se aborda con mayor profundidad en la segunda parte de este trabajo (Sanz y García-Vera, 2022).

Nota del autor

Este trabajo ha sido posible gracias a una ayuda de investigación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PGC2018-098387-B-I00) y a contratos de investigación con la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT).

Referencias

Alonso, R., Domínguez, F., y García Rey, M. (2010). *Vidas rotas. Historia de los hombres, mujeres y niños víctimas de ETA*. Espasa.

- American Psychiatric Association. (1983). *DSM-III. Manual diagnóstico y estados de los trastornos mentales* (3.ª ed.). Masson. (Orig. 1980).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana. (Orig. 2013).
- Andreasen, N. C. (2010). Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1208, 67-71. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05699.x>
- Asociación para la Defensa de la Dignidad Humana. (2018). Víctimas del “síndrome del norte”, las grandes olvidadas. Las “otras” víctimas del terrorismo. *Testimonio de Silencio*, 60, 18-22. http://addhasociacion.org.es/60_Testimonio_Septiembre_2018.pdf
- Barbería, J. L. (1982, 16 de septiembre). Un sargento de la policía se suicida disparándose un tiro en la cabeza. *El País*. https://elpais.com/diario/1982/09/16/espana/400975218_850215.html
- Cairns, E., y Wilson, R. (1985). Psychiatric aspects of violence in Northern Ireland. *Stress Medicine*, 1(3), 193-201. <https://doi.org/10.1002/smi.2460010309>
- Corrado, R. R., y Tompkins, E. (1989). A comparative model of the psychological effects on the victims of state and anti-state terrorism. *International Journal of Law and Psychiatry*, 12(4), 281-293. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(89\)90020-4](https://doi.org/10.1016/0160-2527(89)90020-4)
- Curran, P. S. (1988). Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969-1987. *The British Journal of Psychiatry*, 153, 470-475. <https://doi.org/10.1192/bjp.153.4.470>
- De Otálora, Ó. B. (2016, 9 de enero). El Gobierno vasco financiará un estudio sobre el polémico 'síndrome del Norte' en la Ertzaintza. *El Correo*. <https://www.elcorreo.com/bizkaia/politica/201601/09/gobierno-vasco-financiara-estudio-20160108193747.html>
- Dreman, S. B., y Cohen, E. C. (1982). Children of victims of terrorist activities: A family approach to dealing with tragedy. *American Journal of Family Therapy*, 10(2), 39-47. <https://doi.org/10.1080/01926188208250446>
- Durodié, B., y Wainwright, D. (2019). Terrorism and post-traumatic stress disorder: A historical review. *The Lancet Psychiatry*, 6(1), 61-71. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30335-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30335-3)
- Echevarria, J. J. (1987, 10 de agosto). El “síndrome del Norte”, contado por un policía. *El País*. https://elpais.com/diario/1987/08/10/espana/555544801_850215.html
- Efe. (1987, 15 de enero). El Ministerio del Interior niega la neurosis colectiva de los policías en el País Vasco. *Diario de Burgos*, 29.394, 17. <https://prensahistorica.mcu.es/>
- Esteve, J. (1986, 8 de septiembre). Un ex guardia civil que cometió cuatro atracos alega el 'síndrome del Norte' para que se le indulte. *El País*. https://elpais.com/diario/1986/09/08/sociedad/526514406_850215.html

- Europa Press. (1985, 25 de julio). Los forenses observan el “síndrome del norte” en el guardia civil que mató a un travestido. *El País*.
https://elpais.com/diario/1985/07/25/sociedad/491090405_850215.html
- Europa Press. (1987, 24 de agosto). El año próximo, las mujeres podrán ingresar en la Guardia Civil. *Diario de Burgos*, 29.612, 21. <https://prensahistorica.mcu.es/>
- Fields, R. M. (1980). *Northern Ireland: society under siege*. Transaction Books. (Orig. 1976).
- Flynn, E. E. (1987). Victims of terrorism: dimensions of the victim experience. En P. Wilkinson y A. M. Stewart (Eds.), *Contemporary research on terrorism* (pp. 337-356). Aberdeen University Press.
- Franco, M. L. G. (1991, 30 de mayo). Interior niega el traslado fuera del País Vasco a policías «fichados» por ETA. *ABC*, 27.610, 31.
- Fraser, R. M. (1971). The cost of commotion: An analysis of the psychiatric sequelae of the 1969 Belfast riots. *The British Journal of Psychiatry*, 118(544), 257-264.
<https://doi.org/10.1192/bjp.118.544.257>
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., y Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 750-769. <https://doi.org/10.1002/da.20767>
- Fuertes Rocañín, J. C., Martínez Sánchez, O., Gándara Martín, J. J. de la, Cruz Gómez Soto, M. de la, e Iglesias Garrido, M. (1997). El síndrome del Norte: ¿Mito o realidad? *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 1, 6-13.
- Fuertes Rocañín, J. C., Martínez Sánchez, O., Gómez Soto, M. C., y Gándara Martín, J. J. de la. (1999). El síndrome del Norte: ¿mito o realidad? (segunda parte). *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 8, 19-34.
- García-Andrade, J. A. (1989). *La soledad del hombre*. EDERSA.
- García-Andrade, J. A. (2002). *Psiquiatría criminal y forense* (2.ª ed.). Editorial Centro de Estudios Ramón Areces. (1.ª ed., 1993).
- García-Andrade, J. A. (2012). *Miedo y crimen*. Dykinson.
- García-Vera, M. P., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A., y Marotta-Walters, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(2), 215-244. <https://www.behavioralpsycho.com/numeros/volumen-23-numero-2-2015/>
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta*. Pirámide.
- García-Vera, M. P., Sanz, J., y Gutiérrez, S. (2016). A systematic review of the literature on posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. *Psychological Reports*, 119(1), 328-359. <https://doi.org/10.1177/0033294116658243>

- García-Vera, M. P., Sanz, J., y Sanz-García, A. (2021). Ten things every psychologist should know about treating psychological disorders in victims of terrorism. *Psicothema*, 33(2), 177-187. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.33>
- Hernández-Rodicio, A. (1998, 8 de noviembre). El TSJA duplica la pensión de un policía porque padece el “síndrome del norte”. *El País*. https://elpais.com/diario/1998/11/08/andalucia/910480941_850215.html
- Hidalgo, S. (2021). Síndrome del norte. En *Glosario audiovisual de las víctimas del terrorismo*. <https://glosariovt.com/glosario-vt/sindrome-del-norte>
- Intxaurbe Vitorica, J. R., Urrutia Asua, G., y Vicente Torrado, T. L. (2022). *Informe sobre la injusticia padecida por integrantes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como sus familiares, a consecuencia del terrorismo de ETA (1960-2011)*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Jiménez Ramos, M., y Fernández Soldevilla, G. (2022). Supervivientes del terrorismo: los heridos y los secuestrados por ETA. *Historia y Política*, 47, 355-389. <https://doi.org/10.18042/hp.47.12>
- Jiménez Ramos, M., y Marrodán Ciordia, J. (2019). *Heridos y olvidados. Los supervivientes del terrorismo en España*. La Esfera de los Libros.
- Lezamiz, J. (2019). La *kale borroka*, estrategia terrorista etarra. En J. Avilés, J. M. Azonaa y M. Re (Eds.), *Después del 68: la deriva terrorista en Occidente* (pp. 333-350). Silex Ediciones.
- López Romo, R. (2015). *Informe Foronda. Los contextos históricos del terrorismo en el País Vasco y la consideración social de sus víctimas 1968-2010*. Instituto de Historia Social Valentín de Foronda, Universidad del País Vasco, España. <http://www.pensamientocritico.org/raulop0415.pdf>
- Lyons, H. A. (1971). Psychiatric sequelae of the Belfast riots. *The British Journal of Psychiatry*, 118(544), 265-273. <https://doi.org/10.1192/bjp.118.544.265>
- Lyons H. A. (1974). Terrorists' bombing and the psychological sequelae. *Journal of the Irish Medical Association*, 67(1), 15-19.
- Marrodán Ciordia, J. (Dir.). (2013). *Relatos de plomo. Historia del terrorismo en Navarra. 1960-1986*. Gobierno de Navarra.
- Marrodán Ciordia, J. (Dir.). (2014). *Relatos de plomo. Historia del terrorismo en Navarra. 1987-2011*. Gobierno de Navarra.
- Marrodán Ciordia, J. (Dir.). (2015). *Relatos de plomo. Historia del terrorismo en Navarra. La sociedad contra ETA*. Gobierno de Navarra.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., y PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>

- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism [START]. (2022). *Global Terrorism Database 1970-2020* [archivo de datos]. <https://www.start.umd.edu/gtd>
- Ochberg, F. (1977). The victim of terrorist – psychiatric considerations. En R. D. Crelinsten (Ed.), *Final report on dimensions of victimization in the context of terrorist acts* (pp. 13-35). International Centre for Comparative Criminology, Université de Montréal, & Institute of Criminal Justice and Criminology, University of Maryland.
<https://www.ojp.gov/pdffiles1/Digitization/60018NCJRS.pdf>
- Olaya, B., Alonso, J., Atwoli, L., Kessler, R. C., Vilagut, G., y Haro, J. M. (2015). Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: Results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(2), 172–183.
<https://doi.org/10.1017/S2045796014000092>
- O'Malley, P. P. (1975). Attempted suicide, suicide and communal violence. *Irish Medical Journal*, 68(5), 103-109.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación*. Editorial Médica Panamericana. (Orig. 1994).
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *CIE-11. Clasificación internacional de enfermedades, 11.ª revisión*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Pérez Pérez, J. A. (Coord.). (2021). *Historia y memoria del terrorismo en el País Vasco 1968-1981. Volumen I*. Confluencias Editorial.
- Pérez Pérez, J. A. (Coord.). (2022). *Historia y memoria del terrorismo en el País Vasco 1982-1994. Volumen II*. Confluencias Editorial.
- Pérez Pérez, J. A. (Coord.). (2023). *Historia y memoria del terrorismo en el País Vasco 1995-2011. Volumen III*. Confluencias Editorial.
- Redacción de ABC. (1994, 5 de marzo). El SUP pide que el síndrome del Norte sea una enfermedad. *ABC*, 28.611, 25.
- Redacción de Diario 16. (1985, 1 de mayo). Posiblemente bajo el «síndrome del norte». Un guardia civil mata a un joven que recogía caracoles en la noche. *Diario 16*, 2.885, 1, 18.
- Redacción de El País. (2001, 16 de diciembre). Un tribunal culpa a ETA del suicidio de un policía a causa del ‘síndrome del norte’. *El País*.
https://elpais.com/elpais/2001/12/16/actualidad/1008494219_850215.html
- Redacción de Flores y Abejas. (1985, 1 de mayo). Joven de Sacedón, muerto por un guardia civil, cuando buscaba caracoles. *Flores y Abejas*, 3579, 1, 16. <https://prensahistorica.mcu.es/>
- Rigutto, C., Sapara, A. O., y Agyapong, V. I. O. (2021). Anxiety, depression and posttraumatic stress disorder after terrorist attacks: a general review of the literature. *Behavioral Sciences*, 11(10), 140. <https://doi.org/10.3390/bs11100140>

- Roth, W. T. (1977). Psychomatic implications of confinement by terrorists. En R. D. Crelinsten (Ed.), *Final report on dimensions of victimization in the context of terrorist acts* (pp. 41-60). International Centre for Comparative Criminology, Université de Montréal, & Institute of Criminal Justice and Criminology, University of Maryland.
<https://www.ojp.gov/pdffiles1/Digitization/60018NCJRS.pdf>
- Sales, F. (1986, 21 de enero). El guardia que mató a un travestido, condenado a 11 años de prisión. *El País*. https://elpais.com/diario/1986/01/21/sociedad/506646005_850215.html
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2017). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (I). *Papeles del Psicólogo*, 38(3), 169-176. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2833>
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2021). Mental health consequences of terrorist attacks in adults. En P. Graf y D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook on the state of the art in applied psychology* (pp. 207-237). Wiley.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2022). El síndrome del norte: un intento español de entender las consecuencias psicopatológicas del terrorismo, la violencia de persecución terrorista y la victimización secundaria de las víctimas del terrorismo (II). *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 22. <https://www.masterforense.com/revista/descarga-de-articulo-revista>
- Sanz, J., Cobos, B., Fausor, R., Liébana, S., Sánchez-Marqueses, J. M., Jiménez, A., Sanz-García, A., y García-Vera, M. P. (2020). Una revisión sistemática sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas adultas del terrorismo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 20, 137-173. <https://www.masterforense.com/pdf/2020/2020art7.pdf>
- Schmid, A. P., y Jongman, A. J. (1988). *Political terrorism: A new guide to actors, authors, concepts, data bases, theories, & literature*. Taylor & Francis.
- Shalev, A. Y., y Marmar, C. R. (2018). Conceptual history of post-traumatic stress disorder. En C. B. Nemeroff y C. R. Marmar (Eds.), *Post-traumatic stress disorder* (pp. 3-30). Oxford Academic.
<https://doi.org/10.1093/med/9780190259440.003.0001>
- Tirado Melo, J. (1986, 4 de agosto). ¿Hasta dónde llega el síndrome del norte? *ABC*, 25.866, 52.
- Van der Ploeg, H. M., y Kleijn, W. C. (1989). Being held hostage in The Netherlands: A study of long-term aftereffects. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 153-169.
<https://doi.org/10.1002/jts.2490020204>
- World Health Organization. (2023). 6B41 Complex post traumatic stress disorder. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (version: 01/2023)*. <http://id.who.int/icd/entity/585833559>
- Yárnoz, C. (1985a, 11 de agosto). La muerte de un travestido primer caso 'oficial'. *El País*.
https://elpais.com/diario/1985/08/11/espana/492559205_850215.html
- Yárnoz, C. (1985b, 11 de agosto). El 'síndrome del Norte'. *El País*.
https://elpais.com/diario/1985/08/11/espana/492559208_850215.html

Yárnoz, C. (1987, 23 de agosto). La impotencia ante la muerte inútil. *El País*.

https://elpais.com/diario/1987/08/23/espana/556668002_850215.html

Zafirir, A. (1982). Community therapeutic intervention in treatment of civilian victims after a major terrorist attack. En C. D. Spielberger y I. G. Sarason (Eds.), y N. A. Milgram (Guest ed.), *Stress and anxiety* (vol. 8, pp. 303-315). Hemisphere Publishing.