

Enrique BACA BALDOMERO  
María Luisa CABANAS ARRATE  
(editores)

*Las víctimas de la violencia*  
*Estudios psicopatológicos*

  
**TRIA CASTELA**  
Madrid, 2003

## **El Proyecto Fénix: un estudio sobre las víctimas del terrorismo en España. Resultados preliminares**

Enrique BACA BALDOMERO, María Luisa CABANAS ARRATE y Enrique BACA GARCÍA

### INTRODUCCIÓN

En el año 1981 surge en España una asociación de apoyo y socorro mutuo promovida por algunas de las personas que habían sufrido, en sí mismos o en familiares muy directos, agresiones terroristas, ya fuesen específicamente dirigidas contra ellos o sus familias, o consecuencias de atentados indiscriminados. Esta asociación se autodenominó Asociación de Víctimas del Terrorismo y es conocida por sus siglas avt, siglas que se utilizarán en adelante.

La avt integra en la actualidad a unas 2.000 familias que suponen un total de 8.000 asociados, todos ellos considerados víctimas, es decir, supervivientes de la agresión o familiares de primer grado (padres, hermanos, esposos o hijos de víctimas).

Desde el inicio, la avt se planteó desarrollar toda una serie de actividades que sirviesen para cubrir necesidades de sus asociados desde el momento mismo del atentado. En este sentido ha desarrollado una asesoría legal (la asociación está personada como acusación particular en más de 260 sumarios y dispone de un equipo de 18 abogados), mecanismos de apoyo personal, material y de asesoramiento administrativo, acciones hacia y sobre los medios de comunicación de masas y —desde 1993 y a través de la creación de un Departamento de Psicología— una red asistencial privada que proporciona, gratuitamente, apoyo psicológico y diagnóstico y tratamiento psicológico/psiquiátrico a aquellos asociados que lo soliciten.

El Proyecto Fénix se denominó así como símbolo de la necesidad que tienen las víctimas de los atentados de resurgir de sus propias cenizas biográficas, físicas y emocionales, a las que las aboca el acto de agresión. Forma parte sustancial de los estudios promovidos desde el citado Departamento de Psicología, con el apoyo y colaboración de investigadores externos a la avt y al propio Departamento, constituyendo en los actuales momentos un proyecto científicamente independiente, bajo la dirección de los autores de este capítulo.

El Proyecto Fénix se centra —como veremos al presentar su estructura metodológica— en uno de los aspectos más interesantes pero menos tratados de la moderna victimología: el que se refiere a la investigación psicopatológica y sociosanitaria sobre las consecuencias de la agresión sufrida en los individuos concretos, al margen de cualquier otra consideración sobre el origen de la agresión, las características y motivaciones del agresor o el análisis de la relación agresor/agredido. En las circunstancias concretas del fenómeno terrorista en España, esta perspectiva puede quizá ser entendida como “reduccionista”, pero para adoptarla nos hemos basado fundamentalmente en un hecho: así como se dispone de una abundante literatura sobre las ópticas política y sociológica del fenómeno terrorista, son comparativamente muy escasos los trabajos acerca de las consecuencias de los atentados sobre los individuos concretos que los sufren, de tal manera que parece que esas consecuencias (a corto, medio y largo plazo) se colocan, probablemente de forma no buscada, bajo una especie de “velo del silencio” que las envuelve. En este contexto, la necesidad de investigaciones independientes y enfocadas desde un punto de vista sanitario y sociosanitario es una laguna a cubrir.

## VICTIMOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA

### *Los tipos de víctimas y el proceso de victimización*

La victimología es, como se sabe, una rama de la criminología que estudia las consecuencias de las agresiones que un ser humano sufre a manos de otro. En un sentido más lato se habla también de víctimas de catástrofes, de accidentes o de cualquier otro daño ejercido desde el exterior del sujeto que lo padece, pero en el contexto en que este trabajo se mueve, la acepción del término “víctima” es la anteriormente mencionada y, por tanto, nos vamos a referir específicamente a las víctimas de la agresión humana. A la victimología se la considera generalmente como una parte de la criminología que estudia las características de la víctima y sus relaciones con el agresor. Pero su desarrollo ha evolucionado en las últimas décadas hacia un mayor interés en las consecuencias persistentes de la agresión y, sobre todo, en la mayor importancia relativa de las repercusiones psíquicas sobre las secuelas puramente físicas.

Éste es un aspecto importante en la medida en que puede llevar a replantear muchas de las asunciones implícitas en el actual ordenamiento jurídico, en el que la calificación de la gravedad de una agresión (y, por tanto, la reparación y la pena que puede recaer sobre el agresor) está basada fundamentalmente en los daños físicos inmediatos y en las secuelas de los mismos, ignorándose generalmente la importancia (incluso invalidante) que pueden tener las consecuencias psicopatológicas de dicha agresión.

Dentro del concepto general de *víctima* es necesario distinguir las *víctimas directas* —llamándose con este nombre a aquellos sujetos afectados directamente por la agresión (y, por extensión, por todo evento traumático)— de las *víctimas indirectas* —que son aquellas personas que han sido testigos directos de la agresión sin haber sido, a pesar de ello, afectados personalmente—. Las víctimas indirectas pueden tener grados diferentes y variables de relación con la víctima directa; así, pueden ser familiares, amigos o vecinos, o pueden estar implicados profesionalmente en el acontecimiento (policías, bomberos, personal de emergencias, etc.). Es evidente que dicha implicación es menor (inicialmente, al menos) en aquellos casos en los que la agresión está muy individualizada y mayor en aquellos otros en los que la agresión es indiferenciada o afecta a un número importante de personas.

Aunque se pensaba que la repercusión de la agresión (acontecimiento traumático) es menor en las víctimas indirectas sin relación estrecha con la víctima directa (bien por parentesco, bien por amistad) y que los profesionales implicados en el acontecimiento deberían tener un factor de protección añadido y dependiente de su identidad profesional —para no sufrir consecuencias psicológicas derivadas de haber vivido o presenciado el acto agresivo—, la experiencia demuestra lo contrario, y en grandes atentados como el del 11 de septiembre en Nueva York este aserto ha sido puesto claramente en tela de juicio.

Como se ve, la consideración de víctima indirecta se ligaba clásicamente a la situación concreta de presenciar o estar cerca del acto agresivo en el momento de cometerse éste. Uno de los aspectos de nuestra investigación ha sido intentar establecer una nueva categoría de víctimas indirectas, constituida por los familiares directos de la víctima (padres, hermanos, cónyuges e hijos) que, hayan presenciado o no la agresión (incluso pueden haberse encontrado separados geográficamente de la víctima en el momento del hecho), resultan afectados de forma importante. A este grupo lo llamaremos *familiares de víctimas* y la razón de la inclusión en el estudio fue la hipótesis (que ha resultado fructífera, como se verá) de que dichas personas sufren no solo las consecuencias inmediatas de la situación traumática que supone la agresión a su familia, sino también las consecuencias a medio y largo plazo del atentado, sobreviva o no la víctima directa.

Por último, es preciso tener en cuenta la llamada “victimización secundaria”, aspecto éste que —sin haber sido tratado específicamente en el Proyecto Fénix— posee sin duda una relevancia notable en la evolución del impacto de la agresión sobre la salud mental del agredido, como tendremos ocasión de ver en otro capítulo del presente libro.

La victimización secundaria es un término acuñado por Kühne (1986) que abarca todas las nuevas agresiones psíquicas (no intencionadas, pero evidentes) que la víctima recibe indefectiblemente tanto durante el periodo de investigación policial como a lo largo del procedimiento judicial (interrogatorio, reconstrucción de los hechos, lentitud y demora de los

procesos, asistencia a los juicios, etc.). La raíz de esta segunda victimización no sólo está en las condiciones “externas” a la víctima —consecuencia, por tanto, de su implicación inevitable en los procedimientos de investigación de la agresión y, en su caso, de enjuiciamiento de los agresores—, sino que también participan mecanismos propios de la situación psicológica de la citada víctima. Es evidente que, con frecuencia, la reacción derivada estrictamente de la agresión se une al fracaso de los mecanismos adaptativos necesarios para afrontar las consecuencias de la misma. Dicho fracaso, por otra parte, se produce con más intensidad en la medida en que medien factores previos de personalidad favorecedores de una mayor vulnerabilidad. Dado además que la mayoría de las reacciones psicopatológicas inmediatas a la agresión poseen un fuerte componente “asténico” (pasividad, desesperanza, ansiedad, fatalismo, etc.), cualquier exigencia a la víctima para que adopte una postura activa (o semiactiva) ante dicha agresión (incluso cuando es claro que se trata de defender sus propios intereses), se convierte en una dificultad más a superar y acrecienta, si cabe, el papel lesivo de los mecanismos sociales que están dispuestos para proteger, paradójicamente, los derechos del agredido. Todo lo anterior ha llevado a pensar que el estudio de las consecuencias de la victimización secundaria es un capítulo obligado para entender todos los componentes que pueden influir en la consolidación y cronificación de las consecuencias de las secuelas psicopatológicas de la agresión.

La segunda victimización puede aparecer en las víctimas de cualquier tipo de agresión y es especialmente importante en algunos casos particulares, como violaciones y agresiones sexuales en general. En el caso concreto de las víctimas de atentados terroristas se dan también algunos aspectos diferenciales que es necesario destacar. Así, en estas víctimas, a la importancia de las reacciones de indefensión, angustia e impotencia, se unen todas las consecuencias derivadas de la naturaleza misma del acto terrorista y de las circunstancias del contexto social que lo rodea, haciendo que los problemas derivados de la segunda victimización se agraven y compliquen necesariamente. En estos casos, la segunda victimización no se localiza tanto en los procesos de investigación policial (en los que generalmente, y salvo

momentos muy iniciales tras la agresión, la colaboración y/o participación de la víctima suele ser escasa o marginal) como en los procedimientos jurídicos contra los presuntos agresores, en los que a las circunstancias inherentes al propio proceso (acceso a la sala, actitud de los procesados, declaraciones y reconstrucción de los hechos, etc.) se une el hecho de que el agresor va a encontrar justificación y apoyo en sectores de la población —más o menos numerosos—, que dicho apoyo se va a manifestar —con más o menos virulencia— en el acto del juicio y que la víctima va a vivir la experiencia de que se le niegue su carácter de tal. Como más arriba señalábamos, para un análisis más pormenorizado de algunos aspectos de la segunda victimización que se produce en los casos de atentados terroristas, y centrándose específicamente en los procedimientos judiciales, remitimos al lector al siguiente capítulo de esta monografía.

### *La psicopatología de la víctima*

Los aspectos psicopatológicos de las víctimas de la violencia humana se han tendido a agrupar bajo la rúbrica del, relativamente reciente, constructo diagnóstico llamado *trastorno por estrés postraumático* (tept), de tal manera que un número muy importante de investigaciones sobre la psicopatología de la víctima está centrada, casi con exclusividad, en la investigación de este síndrome.

Aunque, como veremos, el Proyecto Fénix trata de investigar en su conjunto las alteraciones psicopatológicas (así como sus correlatos sociofamiliares y ambientales) de las víctimas de la violencia terrorista desbordando ampliamente, por tanto, los estrictos límites del tept, parece necesario que discutamos en primer lugar los hallazgos que la literatura especializada ha producido sobre este cuadro, centrándonos específicamente en aquellas investigaciones referidas a su aparición en víctimas de la violencia humana. Es bien sabido que el tept desde su origen histórico más remoto, y antes de que se conociese con ese nombre, es un cuadro observado clásicamente en las

situaciones bélicas, desde la antigüedad clásica hasta las descripciones de Pinel en las contiendas de la revolución francesa, y que va precisándose en su descripción clínica, en la segunda mitad del siglo xix, a través de las primeras referencias a las consecuencias postraumáticas de los accidentes de ferrocarril en la Inglaterra victoriana, seguidas pocos años después de las descripciones de Costa sobre los casos observados en la guerra de Secesión americana (Crocq y Crocq, 2001). El tept, en sus orígenes remotos y próximos, aparece no sólo ligado específicamente a las consecuencias de las agresiones humanas, sino también al trauma sufrido en acontecimientos accidentales que ponen en grave riesgo la vida humana. En la actualidad, las situaciones genéricas de riesgo de padecer tept se encuentran también en estos dos grandes grupos de acontecimientos traumáticos: las agresiones humanas individuales o colectivas (incluyendo las situaciones de guerra) y los accidentes, ya sean éstos accidentes individuales o grandes catástrofes.

Pero cualquier discusión sobre la naturaleza e incluso la validez y fiabilidad de este cuadro (el tept) —tal y como se formula en 1980 en la primera edición del *dsm-iii*— ha de tener en cuenta el componente “político” de su origen: la necesidad de la psiquiatría americana de disponer de una categoría diagnóstica que pudiese “acoger” a una parte sustancial de la patología que presentaban más de 700.000 soldados repatriados tras la contienda de Vietnam. De la extensión (¿abusiva?) que actualmente se tiende a dar a este diagnóstico no podemos ocuparnos aquí.

Lo que acabamos de decir explica, en parte, las razones por las que la mayoría de los estudios que se han realizado sobre tept tiene como sujetos a veteranos de guerra, y por las que sólo muy recientemente se han ampliado a muestras de personas civiles que han estado sometidas a situaciones traumáticas no producidas por circunstancias bélicas. Una de estas situaciones ha sido la aparición de tept en víctimas de acciones terroristas y se dispone de trabajos realizados en Irlanda del Norte (Bell *et al.*, 1988; Curran, 1988), en Gran Bretaña (Curran *et al.*, 1990; Brooks y Mc Kinlay, 1992) y en Francia (Abenhaim *et al.*, 1992), entre otros. En España comentaremos algunos trabajos de nuestro grupo al hablar de los antecedentes del Proyecto Fénix.

Pero pronto se vio que las víctimas de la violencia (y de las otras situaciones traumáticas también) no sólo presentan como cuadro típico tept y que, muy al contrario, las manifestaciones psicopatológicas encontradas son muy amplias, estén o no presentes síntomas compatibles con el diagnóstico de tept.

La consecuencia inmediata de esta constatación ha sido pensar que es necesario ampliar el espectro de la psicopatología de la víctima, ya que en modo alguno puede afirmarse que el diagnóstico de tept “captura”, no ya toda, sino ni tan siquiera la mayor parte de dicha patología psiquiátrica.

Esta afirmación se ha visto apoyada por un hecho incontrovertible: las cifras de comorbilidad encontradas en los casos de tept son excepcionalmente altas y, al margen de lo que dicho hallazgo pueda significar en cuanto a la consistencia diagnóstica del tept, refuerza la idea de que es necesario tener en cuenta otras muchas cosas, además del tan citado tept, a la hora de investigar la morbilidad psiquiátrica en las víctimas de agresiones humanas en general y de agresiones terroristas en particular.

Para ejemplificar este hecho —y sin ánimos de exhaustividad—, basta recordar que los trabajos más solventes ofrecen las siguientes cifras de comorbilidad en el tept:

— Comorbilidad general (cualquier otro trastorno psiquiátrico asociado): entre el 50% y el 85% de los casos (Davidson *et al.*, 1985; McFarlane, 1986; Sierles *et al.*, 1983; 1986).

— Comorbilidad con abuso de sustancias: alcohol entre el 41% y el 76% (Breslau *et al.*, 1991; Davidson *et al.*, 1985; Sierles *et al.*, 1986; Escobar *et al.*, 1983). Otras sustancias entre el 21% y el 40% (Breslau *et al.*, 1991; Escobar *et al.*, 1983).

— Trastornos depresivos (incluyendo depresión mayor): entre el 50% y el 84% (Sierles *et al.*, 1986; Breslau *et al.*, 1991; Pittman *et al.*, 1989).

— Trastornos de ansiedad (incluyendo trastorno de angustia): entre el 19% y el 73% (Davidson *et al.*, 1985; Pittman *et al.*, 1989).

A esto hay que añadir la frecuente presencia de síntomas de somatización, que han sido interpretados a veces como posibles síntomas conversivos y en otras ocasiones como manifestaciones psicofisiológicas del propio tept.

En general, la alta comorbilidad observada se ha tendido a interpretar como una prueba de la escasa consistencia del diagnóstico del tept, como antes señalábamos. No obstante, otros autores han postulado que la presencia de comorbilidad con alteraciones depresivas ha de ser vista no como un problema de validez diagnóstica, sino considerando a los síndromes depresivos como un grupo sintomático más del propio tept (Engdhal *et al.*, 1991). Por su parte, la presencia frecuente de síntomas y cuadros ansiosos (configuren o no un diagnóstico categorial de ansiedad) podría ser entendida como un producto del solapamiento que presentan todas las categorías que se incluyen en este apartado de las clasificaciones internacionales y, en consecuencia, como un “defecto” no específico del tept sino de todos los llamados trastornos por ansiedad (Breslau *et al.*, 1991; Solomon *et al.*, 1987).

La comorbilidad con el abuso de sustancias y las altas cifras proporcionadas por la literatura están muy ligadas a estudios realizados sobre población militar norteamericana de ex combatientes de Vietnam. De hecho, y como después veremos, estas cifras no se corresponden con las encontradas en tept investigados en población policial española (Gilaberte y Baca, 2000).

En general, no existe unanimidad para juzgar el hecho de la elevada comorbilidad entre el tept y otros trastornos del eje I. Algunos autores (Green *et al.*, 1985) han aventurado que las diferentes combinaciones diagnósticas podrían ser debidas al tipo de experiencias estresantes particulares a las que ha sido expuesto cada individuo concreto siendo, en este sentido, la comorbilidad una consecuencia de las pautas de respuesta a las experiencias traumáticas. En apoyo relativo de esta hipótesis se aportaba el hecho de que, al parecer, los veteranos de combate que habían sido testigos de muertes o mutilaciones presentaban tept asociado a trastornos depresivos y/o abuso de alcohol, mientras que los que habían sufrido actividades continuas de alto riesgo tendían a presentar asociado un trastorno de ansiedad.

En cualquier caso, es éste un problema no resuelto en el que la duda de si el tept actúa como factor predisponente o precipitante de otras patologías se enfrenta a la duda de si todo ello no es sino un problema de ineficacia de la nosología actual a la hora de determinar estructuras categoriales válidas y fiables.

Desde el punto de vista de la psicopatología de la víctima, sea cual fuere la respuesta a esta cuestión abierta, lo que sí parece claramente definido es el hecho de que el tept no “captura” ni mucho menos dicha psicopatología y que, en consecuencia, los estudios sobre las víctimas han de dirigir su atención y estar dotados de instrumentos que detecten un amplio espectro de trastornos, y no deben focalizarse exclusivamente sobre el tept que, en una parte sustancial de ocasiones, no va a ser siquiera la patología más relevante que pueda presentar el sujeto afectado por la agresión.

### *Factores causales y de riesgo de la patología psiquiátrica en víctimas de la violencia*

Las clasificaciones internacionales —así como la totalidad de los autores que se han ocupado de este tema— coinciden al atribuir al hecho estresante (la agresión) la principal función etiológica en la aparición de cualquier trastorno relacionado con la victimización y, por supuesto, también en el caso concreto de la posible aparición de cuadros de tept.

Sin embargo, también está claro que el hecho estresante que constituye la agresión es una causa necesaria pero no suficiente, y para respaldar esta afirmación basta comprobar que una parte de los sujetos, sometidos a situaciones que presentan básicamente las características de comienzo súbito e inesperado, amenaza a la vida, sensación acompañante de indefensión y pérdidas materiales, no desarrollan necesariamente psicopatología alguna. Han de existir, por tanto, características personales y ambientales que deben actuar bien como factores de riesgo, bien como factores de protección, ante el

impacto patógeno que significa el acontecimiento estresante a que nos venimos refiriendo.

Las más estudiadas hasta el momento han sido las siguientes:

— *Naturaleza e intensidad del hecho traumático*

La naturaleza e intensidad del acontecimiento traumático es considerado, por muchos autores, la determinante más significativa de la patología posterior al estrés (Leopold y Dillon, 1963), y se insiste en la relación inversa que existiría entre la intensidad del acontecimiento estresante y el peso de las características individuales y sociales del sujeto en la probabilidad de la aparición de respuestas maladaptativas, de tal manera que, sólo cuando la magnitud del trauma sea menor, dichas características individuales y sociales se convertirían en decisivas para determinar la aparición de consecuencias psicopatológicas (Rabkiny y Struening, 1976).

Clásicamente, y como antes decíamos, aquellos acontecimientos estresantes que poseen características de suponer una amenaza inmediata para la vida del sujeto –tener un comienzo súbito e inesperado, tomar al individuo por sorpresa y sin preparación para afrontarlos, presentarse en forma de violencia ejercida sobre el sujeto y conllevar pérdidas de algún tipo (incluidas las pérdidas materiales)– son los que poseen en sí mismos mayor potencial patógeno (Sowder, 1985). A estas características se han ido sumando otras, como la gravedad objetiva del suceso (de la agresión en nuestro caso), la posibilidad de recurrencia del mismo, la exposición del individuo a la destrucción, la duración del acontecimiento y el papel jugado por el sujeto durante la experiencia (Solkoff *et al.*, 1986).

Como puede verse, la importancia del suceso traumático es clave para entender cualquier tipo de patología que se supone ligada etiológicamente a dicho suceso. No podía en buena lógica ser de otra manera, y así lo han reconocido las clasificaciones internacionales (dsm y cie). Pero dichas clasificaciones están, en general, más atentas al cuadro concreto del tept que al

resto de la patología postraumática y por ello la importancia del trauma se destaca sólo en el caso de los criterios diagnósticos de este último cuadro. En las clasificaciones americanas, a partir de la *dsm-iii*, esta materialización se hace a través de las sucesivas definiciones y precisiones sobre el criterio clave para el diagnóstico del tept (el llamado “criterio A”). Por su parte, la clasificación de la oms (*cie*) no ha recogido las características patógenas de los traumas psicológicos hasta su décima edición, donde aparece por vez primera el diagnóstico de tept y, prácticamente, repite los criterios de la *dsm-iii* (Baca, 2002).

Queda en pie, no obstante, la discusión de si pueden considerarse traumáticos los acontecimientos que se suceden a lo largo del tiempo, de manera crónica, en lugar de presentarse como una agresión súbita, violenta e inesperada, y también si estos acontecimientos “crónicos” pueden tener un efecto acumulativo que, a despecho de su posible intensidad puntual menor, ejerzan una acción sumatoria a la hora de producir efectos patógenos graves. Ninguna de estas opciones es desconocida para la psiquiatría (y mucho menos para el psicoanálisis) y se encuadrarían dentro del campo genérico de las reacciones en las que, sin duda alguna, la importancia de la situación traumática está matizada por la estructura personal del sujeto y sus capacidades y estrategias adaptativas.

— *Factores de personalidad del sujeto afectado*

Como sucede en otras patologías, la principal discusión al valorar los posibles efectos moduladores (tanto como factor de riesgo como de protección) de los rasgos de personalidad en la producción de cuadros postraumáticos es la cuestión de si dichos rasgos son preexistentes al trauma o consecuencia de modificaciones surgidas precisamente de la experiencia traumática. Cuando, por ejemplo, se discutió el hallazgo de una alta prevalencia de trastorno asocial de la personalidad entre los ex combatientes americanos en Vietnam, algunos autores pensaron que la situación traumática grave y mantenida podría

inducir una ruptura y/o desorganización de la personalidad previa del sujeto que conduciría a la formación de una estructura límite, en la que las conductas antisociales serían preeminentes. Incluso se ha llegado a sostener que la similitud entre algunos síntomas del *tept* y el trastorno límite de la personalidad soportarían tal hipótesis (Arnold, 1985). Cuando la *cie-10* incluye la transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral entre sus categorías diagnósticas, y menciona expresamente la transformación persistente de la personalidad tras la experiencia catastrófica, está apoyando, siquiera sea parcialmente, este punto de vista.

Sin embargo, otros autores, también fundamentalmente de orientación dinámica, insisten en que la organización previa de la personalidad es absolutamente relevante para la respuesta adaptativa o no a la situación traumática. Es ésta una postura que tiene a su favor la coherencia lógica de sostener que son los diferentes aspectos de la estructura personal del individuo los que intervienen en la forma en que éste percibe y considera los acontecimientos externos que le suceden. En este sentido, Horowitz (1980; 1987) ha estudiado los efectos que el llamado “*locus* de control” tiene en la determinación de las estrategias adaptativas de los sujetos sometidos a situaciones traumáticas, concluyendo que el *locus* de control externo supone una mayor vulnerabilidad a la posibilidad de desarrollar respuestas patológicas ante sucesos estresantes externos. También Horowitz sostiene que determinadas estructuras personales influyen en la respuesta al estrés traumático, encontrando un cierto factor de protección en los rasgos narcisistas (mediante el mecanismo de eliminación de los aspectos directamente amenazantes de la situación), una tendencia de las personalidades anancásticas de “aislar” el significado de la situación sufrida del contexto general en que sucede, y un mecanismo “polar” de generalización del hecho y de la reacción en las personalidades histéricas.

Estos trabajos se han replicado desde un punto de vista más clínico-psicométrico, y así algunos autores han encontrado, efectivamente, una

relación entre un alto nivel de neuroticismo, riesgo de desarrollar tept (McFarlane, 1986), *locus* de control externo y tept (Solomon *et al.*, 1988).

— *Psicopatología previa y antecedentes familiares*

La importancia que puede tener la psicopatología previa del sujeto en el tipo de respuesta a la situación traumática también es una cuestión evidente. Lo que parece más discutible es el mecanismo por el que dicha patología actuaría como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la patología postraumática. En este sentido se ha hablado de vulnerabilidad genética (es una hipótesis que subyace a muchas de las teorías fisiógenas del tept) o bien de vulnerabilidad también genética pero a otro tipo de trastornos no específicamente postraumáticos, que podrían desarrollarse a raíz del acontecimiento estresante (en este caso el acontecimiento estresante actuaría como un factor desencadenante). En este sentido se ha hablado de que la presencia de cuadros depresivos o ansiosos tras el trauma obedecería a este tipo de mecanismo de vulnerabilidad, puesta en marcha por dicho trauma (McFarlane, 1986).

En cualquier caso, lo que sí parece demostrado es que la presencia de antecedentes psiquiátricos personales es un factor de riesgo para el desarrollo de cualquier tipo de patología postraumática, sea cual fuere el mecanismo por el que actúan dichos antecedentes.

En el caso de los antecedentes familiares también hay datos consistentes para apoyar la hipótesis de que son igualmente un factor de riesgo, aunque las investigaciones sobre este punto concreto son aún escasas. Los datos disponibles proceden fundamentalmente de investigaciones realizadas en casos de tept y en todas ellas las cifras de antecedentes psiquiátricos familiares encontrados oscilan entre el 55% (McFarlane, 1986) y el 66% (Davidson *et al.*, 1985). Sin embargo, como veremos después, nuestros datos no son tan concluyentes al respecto.

— *Acontecimientos vitales y respuesta al trauma*

La importancia de los acontecimientos vitales (Holmes y Rahe, 1967) en la investigación de la patología postrauma estriba en la hipótesis de que el impacto de los sucesos sobre el individuo es aditivo, y de que la presencia de acontecimientos vitales (positivos o negativos), que ponen a prueba la capacidad adaptativa del sujeto, puede ser un factor de riesgo que se añade al hecho traumático cuando éste ocurre, modulando negativamente la respuesta del sujeto.

Sin embargo, esta hipótesis aún no tiene en la literatura trabajos concluyentes en el campo de las respuestas al estrés traumático. También, más adelante, podremos discutir algunos datos al respecto en las muestras estudiadas por nosotros.

— *Relevancia del soporte social como factor de protección*

La importancia del soporte social como factor de protección —no sólo frente al trastorno mental, sino también frente a los problemas de la vida diaria— y como factor que induce niveles de calidad de vida individual más satisfactorios está ampliamente reflejada en la literatura especializada.

También es bien conocida la necesidad en este campo de distinguir entre soporte social percibido y red social, cuyos efectos e importancia —tanto como factores de riesgo como de protección en relación a los trastornos mentales— son igualmente diferentes. También se conoce la distinción que hace Wilcox (1981) entre el —llamado por este autor— “efecto principal” (efecto directo al margen de los acontecimientos y avatares que sufra el individuo) y el “efecto amortiguador” (efecto que se pone en marcha en presencia de estresores significativos).

Los datos disponibles en la literatura apuntan consistentemente que el soporte social percibido (y en particular el soporte que proporciona la familia) es un

factor de protección ante las consecuencias del estrés traumático, actuando como un eficaz efecto amortiguador.

## LOS ANTECEDENTES DEL PROYECTO FÉNIX

El Proyecto Fénix forma parte de un programa de investigación en el campo del estrés traumático, que comienza en el año 1986 y se extiende hasta la actualidad. Parece, pues, conveniente hacer una mención resumida de los resultados obtenidos en las investigaciones previas. Dicha mención permitirá al lector situar en el contexto adecuado no sólo el diseño, sino también los resultados preliminares del Proyecto Fénix, que son el objeto del presente capítulo.

### *Estudio del TEPT en la policía española*

El primer estudio, antecedente del Proyecto Fénix, lo constituye el trabajo que, sobre incidencia del tept en una población presumiblemente de riesgo como es un cuerpo de seguridad del Estado, se llevó a cabo durante el año 1991, tras un periodo de diseño y preparación que comenzó en 1986, y cuyos resultados han sido parcialmente publicados (Gilaberte *et al.*, 1996; Gilaberte y Baca, 2000). Este trabajo supuso un estudio de campo que incluía a *todos* los agentes del Cuerpo Nacional de Policía que, durante el año citado (1991), habían sufrido un acontecimiento potencialmente traumático. Se recogieron todas estas situaciones en una gama que comprendía las agresiones físicas, agresiones con arma blanca, participación en operativos con uso de armas de fuego, accidentes de tráfico en el curso de actos de servicio, secuestros y atentados (bien con arma de fuego bien con explosivos).

La investigación fue diseñada como un estudio transversal, observacional y descriptivo, sobre una muestra de 178 sujetos que habían sufrido un acontecimiento que potencialmente tenía características de suceso traumático,

según la lista confeccionada y que acabamos de mencionar. Estos 178 sujetos suponían el 0,38% de la totalidad de la población en riesgo (49.000 agentes) y representaban, como antes decíamos, el 100% de los afectados por el tipo de sucesos referidos más arriba.

Todos ellos fueron entrevistados individualmente por el mismo investigador, mediante un protocolo que incluía una entrevista estructurada (scid), pruebas de personalidad (16PF de Cattell) y la Escala de Acontecimientos Vitales de Holmes y Rahe, además de información sociodemográfica, sobre el acontecimiento potencialmente traumático y sobre el apoyo social percibido. Del grupo de 178 sujetos, 94 casos cumplieron con el criterio A del *dsm-iii-r* (0,2% de la muestra total), y de éstos 31 casos cumplían a su vez criterios diagnósticos del *dsm-iii-r* de tept (0,066% de la muestra total y 32,98% de aquellos que cumplían con el criterio A). Se estimó, por tanto, que la incidencia en el año del estudio de tept, en relación a la totalidad de la población en riesgo, era muy bajo (menos de 7 por mil), mientras que la incidencia en el subgrupo poblacional que había sufrido un acontecimiento traumático que cumplía con las características definidas para el criterio A del *dsm-iii-r* era, por el contrario, alta (33% aproximadamente).

El análisis pormenorizado de los resultados aportó algunos hallazgos interesantes. Así, la naturaleza de la situación traumática se ligaba de forma consistente ( $p < 0,05$ ) a la posibilidad de desarrollar tept, siendo las víctimas de atentados con explosivos los que presentaban mayor riesgo (el 80,9% de los afectados por este tipo de hecho desarrollaba tept). De entre las características del atentado, las que aparecían con una relación estadísticamente significativa con el posterior padecimiento de tept eran fundamentalmente la percepción por la víctima de una amenaza cierta e inminente a su vida, la pérdida de propiedades materiales en el atentado y la existencia de heridas que conllevaron secuelas físicas permanentes. Por el contrario, el hecho de que el acontecimiento traumático sucediera de forma brusca e inopinada, el ser víctima directa o indirecta, la posibilidad de reaccionar inmediatamente ante la situación o el ser testigo de las heridas o muerte de otros, no se relacionaron de forma significativa con la aparición del tept.

A pesar de que la evaluación de los rasgos de personalidad, mediante el 16PF de Cattell, se realizó tras el acontecimiento traumático, el hecho de no encontrar diferencias significativas entre las puntuaciones de los distintos factores —a excepción del factor C (fuerza del Yo), cuya puntuación se encontraba por debajo de la media en el grupo de sujetos que desarrollaron tept — no permitió aventurar ninguna conclusión acerca de la importancia de la estructura de personalidad en la capacidad de integrar el hecho traumático, salvo la relativamente obvia de que los sujetos que presentan tept muestran (ya sea causa o consecuencia) una capacidad relativamente baja de afrontamiento de las dificultades. Tampoco parecía tener importancia discriminativa, en la muestra estudiada, el hecho de la existencia o no de antecedentes psiquiátricos personales y/o familiares, en contra de lo que afirma la mayor parte de la literatura, y sólo se encontró un mayor porcentaje de acontecimientos vitales negativos *tras el suceso traumático* (especialmente conflictos familiares, cambios en las condiciones de trabajo, cambios de residencia y dificultades económicas) en el grupo de sujetos que habían desarrollado tept.

Al estudiar la función de los apoyos recibidos tras el acontecimiento como factor de protección frente al tept, los hallazgos señalaban consistentemente que la integración en la comunidad en la que vivía la víctima y el apoyo de los superiores tras el trauma predecían una menor posibilidad de desarrollar el cuadro. Las relaciones familiares y las relaciones con los compañeros, así como el apoyo de éstos, no actuaban como factor de protección.

Por último, el grupo tept presentaba, como era de esperar, una muy alta comorbilidad con otros cuadros psiquiátricos (72,2%), predominando los trastornos de ansiedad (35,5%) y los trastornos depresivos (25,0%). Lo sorprendente es que los trastornos por abuso de sustancias (incluyendo alcoholismo) sólo se presentaron en un 9,7% de los casos, en contra de lo esperable si tenemos en cuenta los estudios (especialmente americanos) sobre este aspecto concreto de la comorbilidad.

En general, podemos decir que el estudio realizado sobre agentes de policía españoles confirmaba algunos aspectos ya señalados en la literatura y presentaba algunas discrepancias que reforzaban la idea de que la modulación

cultural del tept era un factor a tener en cuenta además de plantear, como otros trabajos, las dudas que la elevada comorbilidad suscita acerca de la validez y especificidad del cuadro mismo. Las objeciones que pueden hacerse derivadas de la especificidad de la población estudiada, especialmente en la posible influencia en la respuesta al trauma de sus características profesionales (agentes de policía), aconsejaban estudiar muestras más amplias que incluyesen población civil. En cualquier caso, este estudio sí hizo patente la especial relevancia de la naturaleza del trauma sobre la posible génesis del tept.

### *Niveles de salud mental y calidad de vida en víctimas de terrorismo*

Precisamente esta necesidad de estudiar no sólo víctimas de un cuerpo policial, sino población general afectada, llevó a plantear el segundo trabajo preliminar al Proyecto Fénix, que ya no se centró exclusivamente sobre el desarrollo de tept en las víctimas, sino sobre los niveles de salud mental que éstas y sus familiares de primer grado presentaban en un corte transversal. Este estudio fue diseñado y ejecutado en el año 1994, y la población escogida fue la que constituía la totalidad de los socios (en aquel momento) de la Asociación de Víctimas del Terrorismo (avt), creada, como ya se refirió, unos años antes.

En el momento de la investigación la avt contaba con un total de 750 socios, tanto víctimas directas (lógicamente, supervivientes de atentados) como familiares en primer grado de dichas víctimas. En este caso, y a diferencia del otro estudio preliminar referido, la población estudiada estaba compuesta tanto por personas pertenecientes a cuerpos policiales como por militares, y también por un número muy apreciable (incipiente, no obstante, en aquel momento) de civiles que comenzaban a ser víctimas de atentados indiscriminados. Por otra parte, los familiares de dichas víctimas incluían un número también creciente de niños y menores de edad.

La metodología empleada se basó en una encuesta por correo mediante un cuestionario normalizado —sobre los datos sociodemográficos y circunstancias y consecuencias del atentado sufrido— y dos instrumentos que permitían ser empleados en la forma autoaplicada: el ghq de Goldberg (1979) y el ccv (Cuestionario de Calidad de Vida) de Ruiz y Baca (1993).

El número de respuestas recibidas fue de 451 (60,13% de la muestra total) y el número de respuestas válidas, sobre las que se realizó el análisis de los datos, de 434 (57,86%).

Los resultados de este estudio se pueden sintetizar así (Baca y Cabanas, 1997):

1. Existe una significativa y consistente asociación entre el pertenecer al colectivo de víctimas de atentados terroristas, así como ser familiar en primer grado de dichas víctimas (supervivientes o no), y el riesgo de presentar alteraciones psicopatológicas medidas por el ghq (probabilidad de ser un caso psiquiátrico). Este riesgo es 2,55 veces mayor que el estimado en estudios realizados en población general española.
2. El ser víctima directa del atentado no supone un mayor riesgo de ser un caso psiquiátrico que el ser familiar de dicha víctima. Es decir, los familiares de las víctimas se encuentran tan afectados psicopatológicamente como las víctimas directas. No obstante, en estas últimas se detecta una mayor presencia de síntomas específicos (ansiedad y depresión) evaluados por las distintas subescalas del ghq.
3. La calidad de vida de los socios de la avt, medida por el ccv, es significativamente inferior a la que presentan tanto las muestras de población general española como las específicas de estudiantes universitarios.
4. Los individuos que presentan mayor riesgo de padecer trastornos emocionales presentan, asimismo, peor calidad de vida.
5. El ser padre o hermano de víctima se asocia significativamente a un mayor riesgo de presentar alteraciones psicopatológicas, frente a ser víctima directa o familiar de otro tipo.

6. Cuando el apoyo familiar a la víctima es percibido por ésta como escaso, insuficiente o nulo, aumenta significativamente el riesgo de presentar alteraciones psicopatológicas.

En síntesis, se puede decir que el conjunto de las personas afectadas directamente (bien por haber sido objeto de la agresión, bien por tener un familiar de primer grado implicado en la misma) se muestra como un colectivo con una muy alta probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos (más del doble de la probabilidad que se encuentra en la población general española), y, asimismo, con unos niveles de calidad de vida sensiblemente inferiores a los de dicha población general. Dos son los factores que aparecían como agravantes del riesgo: el parentesco con la víctima (padres y hermanos, pero no los cónyuges) y la falta de apoyo familiar, tal y como éste es percibido por los afectados. Sin embargo, no aparecían diferencias en el riesgo medido en relación con la profesión, estado civil, edad, u otro factor sociodemográfico.

## EL PROYECTO FÉNIX

El llamado *Proyecto Fénix* —que toma su nombre de la ave mitológica que resurgía de sus cenizas— se concibió como un programa de investigación sobre las consecuencias psicológicas, psicosociales y psicopatológicas que los atentados terroristas tenían sobre las víctimas y sus familiares directos. En este sentido es un programa que prosigue la línea marcada en los trabajos preliminares que le sirven de antecedentes.

Sin embargo, presenta una serie de características diferenciales en relación con dichos trabajos antecedentes que es importante señalar.

Así, el primer trabajo es el resultado de un proyecto realizado sobre una población específica delimitada en función de su pertenencia a un cuerpo policial y centrado sobre la investigación de la incidencia del tept y de sus factores de riesgo y protección. A la ventaja que supone la posibilidad de investigación exhaustiva de toda la población en relación a las situaciones

potencialmente traumáticas sufridas en un periodo de tiempo concreto (en nuestro caso un año) y de determinación, por tanto, de cifras de incidencia del trastorno investigado, se contraponen los inconvenientes que se derivan de la especificidad de dicha población, no sólo en cuanto a la respuesta ante la situación traumática, sino también en cuanto a la peculiaridad de sus factores de riesgo y protección. Es cierto que la mayoría de los trabajos internacionales sobre el tept se ha llevado a cabo sobre muestras de militares ex combatientes (lo cual introduce sesgos semejantes), pero desde el principio nuestro interés se centraba en poder investigar muestras de población general en las que la profesión del sujeto sólo fuese una variable más en lugar de la variable definitoria del grupo. Por otra parte, los resultados de la investigación (más arriba referidos) orientaban hacia la hipótesis de que el tept es sólo la “punta del iceberg” de una patología mucho más rica que no puede investigarse exclusivamente a través de los estudios de comorbilidad.

El segundo trabajo referenciado trató de comprobar si efectivamente una población pluriprofesional, que sólo tenía en común entre sí su condición de víctimas de atentados terroristas, presentaba una morbilidad psiquiátrica general mayor o menor que la población general de referencia (la población española), y si su calidad de vida se podía considerar afectada por la situación traumática vivida. También se intentó comprobar si la condición de familiar de primer grado de la víctima (se hubiese estado o no presente o cercano al atentado) era causa de afectación psicopatológica. La respuesta afirmativa a ambos extremos, así como la constatación de algunos resultados que no suelen encontrarse en la literatura (por ejemplo, el hecho de que los familiares de las víctimas supervivientes tuviesen mayor riesgo para su salud mental que los de las víctimas fallecidas), planteó la necesidad de una investigación más exhaustiva, centrada en la totalidad del colectivo de víctimas y familiares (o al menos en una parte mayoritaria de estas personas) y tendente a explorar todas aquellas condiciones que pudiesen afectar a su salud mental (intentando abarcar todo el espectro de la posible patología), así como a investigar todas aquellas variables que pudiesen resultar importantes a la hora de determinar factores de riesgo y protección frente al trauma. Así nació el Proyecto Fénix.

Este proyecto se comunicó a los órganos directivos de la Asociación de Víctimas del Terrorismo (avt), que dio su autorización y puso los medios adscritos al Departamento de Psicología de dicha asociación a disposición de los investigadores. No obstante, hay que aclarar que la avt como tal no ha participado ni en el diseño del estudio, ni en el procesamiento de los datos, ni en la elaboración y discusión de los mismos, de tal manera que el Proyecto Fénix es un programa de investigación autónomo e incondicionado, de cuyos resultados sólo son responsables los investigadores que lo firman.

Es claro que la participación de todas las víctimas y los familiares que han colaborado con nosotros es lo que ha hecho posible este trabajo. En el apartado de metodología se especificarán las cautelas tomadas para salvaguardar su intimidad y para que el manejo —anónimo y agregado— de los datos tenga la garantía de confidencialidad y fiabilidad necesarias. Los autores estamos convencidos de que la colaboración prestada estaba en todos los casos animada por el propósito de ayudar a conocer mejor las terribles consecuencias de los atentados, con el objetivo fundamental de buscar medios y formas para paliar, en la medida de lo posible, dichas consecuencias. Éste es también el objetivo del equipo investigador.

### *Diseño general y metodología*

El Proyecto Fénix está formado por dos subproyectos que se complementan. En el primero, la base documental la constituye un censo transversal de todos los asociados de la avt, es decir, víctimas directas supervivientes, familiares de víctimas y víctimas que, a su vez, son también familiares de otra víctima. Este último aspecto es importante y supone un grupo en el que la afectación por el atentado terrorista lo ha sufrido más de un miembro de la misma familia. Sobre este primer subproyecto —que denominaremos a partir de ahora “serie transversal de casos”— se han realizado los análisis cuyos resultados iniciales se expondrán a continuación. Dentro del mismo se encuentra la posibilidad de realizar análisis específicos de submuestras, mediante instrumentos *ad hoc* en relación con los aspectos a investigar.

El segundo subproyecto lo constituye un registro acumulativo de casos tratados en la red asistencial que ha desarrollado la avt para sus asociados. Este registro está constituido, por tanto, por una muestra clínica y participa de las características que para este tipo de registros han descrito Mezzich *et al.* (1994). En el mismo se encuentran todos los pacientes que toman contacto con dicha red asistencial, conteniendo además todos los datos básicos y clínicos acerca de los diagnósticos realizados, de los tratamientos utilizados y de su evolución hasta que se produce el alta definitiva.

— *Primer subproyecto: serie transversal de casos*

El primer subproyecto se diseñó como un estudio observacional analítico de una serie de casos de direccionalidad retrospectiva y temporalidad recurrente. Dado que en el segundo estudio preliminar (la encuesta por correo a asociados de la avt) quedó patente que el grado de colaboración de las víctimas era muy estimable, se decidió que dicha participación se vería notablemente incrementada si se diseñaba un modelo de encuesta personal, concertando entrevistas con la familia y desplazándose el entrevistador hasta el domicilio del encuestado. Se pretendía de esta manera obtener información de la población total de víctimas afiliadas a la avt y de sus familiares, sin tener que recurrir a ningún procedimiento de muestreo que disminuiría, en todo caso, la fiabilidad de los datos. Asimismo, se pensó que el trabajo de campo debería tener alguna repercusión útil inmediata para los entrevistados (por ejemplo, darles ocasión de relatar su experiencia y conocer que colaboraban en un estudio que estaba dirigido a que se conocieran las consecuencias de la misma). En cualquier caso la entrevista no debía resultar una intromisión en la intimidad de la familia, ni hacerles revivir unos momentos desagradables y dolorosos de forma gratuita.

Para estudiar estos aspectos se realizó una reunión con un grupo de asociados de Madrid y se les explicó la idea de la investigación, buscando localizar los puntos problemáticos que pudiesen aparecer después en el trabajo de campo.

El resultado fue satisfactorio y la impresión positiva obtenida se confirmó después cuando se realizó la investigación propiamente dicha.

La dificultad más llamativa, inicialmente, para el desarrollo del trabajo de campo lo constituía la dispersión geográfica (prácticamente por toda España) de personas y familias a entrevistar. Esto obligó a disponer de varios equipos de entrevistadores que se desplazasen por todo el territorio. Se consideró necesaria la presencia de un psicólogo en las entrevistas, no sólo para conducir las adecuadamente sino también para valorar la carga emocional que podían suponer para los entrevistados y para manejar estas situaciones de forma adecuada. Este procedimiento aumentó considerablemente los costes del estudio, pero garantizó en contrapartida una validez y fiabilidad de los datos, más difícil de asegurar si se hubiese empleado personal no profesional en dichas entrevistas.

Los equipos que realizaron el trabajo de campo estuvieron compuestos al menos por un psicólogo y, generalmente, por un psicólogo y un trabajador social. En total participaron cinco licenciados en psicología y dos trabajadores sociales.

Los instrumentos empleados en la entrevista fueron los siguientes:

1. Protocolo de recogida de datos, confeccionado *ad hoc* para la investigación, y que comprendía datos referidos al momento del atentado y al momento actual (en el que se realizaba la entrevista) sobre: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos, red social, historial médico-quirúrgico y datos sobre salud general, características y circunstancias del atentado, consecuencias del mismo, soporte social, familiar, profesional e institucional tras el atentado (percibido subjetivamente y medido mediante una escala tipo Likert de cinco puntos), problemas psicosociales y ambientales previos y posteriores y, en su caso, tratamientos recibidos tras el atentado, incluyendo los tratamientos psiquiátricos.

2. Escalas clínicas. Se emplearon el Primary Care Evaluation of Mental Disorders (prime-md) de Spitzer *et al.* (1994), en su versión española validada por Baca *et al.* (1999); General Health Questionnaire-28 (ghq-28) de

Goldberg, en su versión española validada por Lobo *et al.* (1986); State-Trait Anxiety Inventory (stai) de Spielberg *et al.* (1970), en su versión española realizada por tea (1988); Eysenck Personality Inventory (epi) de Eysenck y Eysenck (1952), y, para los menores de 18 años afectados, el Child Behaviour Checklist de Achenbach (1991), en su doble versión para niños entre 2 y 3 años y entre 4 y 18 años, validadas por Sardinero *et al.* (1997).

3. Documentos adicionales. Incluyeron el consentimiento informado para participar en el estudio, las instrucciones escritas para los investigadores de campo y los manuales de corrección de los instrumentos y escalas empleadas.

Los mecanismos empleados en fortalecer la validez y fiabilidad de las medidas consistieron en un periodo de entrenamiento en la entrevista y de formación en la aplicación de los instrumentos y escalas, empleados por parte de la totalidad de los componentes de los equipos que realizaron el trabajo de campo, y realización de entrevistas supervisadas con discusión posterior de las discrepancias y dificultades encontradas, asimismo por parte de todos los componentes de dichos equipos. Durante la realización del estudio (es necesario destacar que el trabajo de campo persiste en la actualidad), se llevan a cabo reuniones periódicas entre los distintos miembros de los equipos, en las que se revisa sistemáticamente el trabajo realizado y se analizan las posibles dudas o discrepancias. De esta manera se puede afirmar que se realiza un continuo control de calidad de los datos obtenidos.

Por último, la recepción de los protocolos la realiza una sola persona, que se encarga de comprobar la cumplimentación correcta de los mismos y subsanar los errores u omisiones encontrados mediante contacto personal con el equipo de que se trate. Esta misma persona introduce los datos en la base informatizada correspondiente, desarrollada en Visual Basic y Access 97.

Los aspectos éticos del proyecto se salvaguardan no sólo mediante la obtención sistemática del consentimiento informado de todos los entrevistados (utilizando el correspondiente impreso al que se menciona más arriba), sino también garantizando la confidencialidad mediante dos procedimientos concurrentes: 1) manejo de la base de datos en forma de datos agregados y

anónimos, como es habitual en los estudios epidemiológicos, exclusivamente por personal facultativo investigador participante en el estudio (psiquiatras y psicólogos), y 2) encriptación de la base de datos que impide la extracción nominal de los mismos, disponiendo asimismo de un código de acceso de seguridad por niveles.

— *Segundo subproyecto: registro de casos*

Como antes se dijo, el segundo subproyecto consiste en un registro acumulativo de muestras clínicas, constituido por todos los casos tratados en toda España por la red asistencial de la avt. La utilidad de este tipo de registros estriba en poder conocer no sólo la tipología de los casos que solicitan asistencia, sino también la evolución y la respuesta a las intervenciones terapéuticas de grupos de patologías concretas. También es posible evaluar la efectividad de la atención prestada.

Sus mayores limitaciones estriban en la imposibilidad de realizar inferencias epidemiológicas válidas sobre población general.

Los datos son proporcionados al Departamento de Psicología de la avt por todos los profesionales que reciben casos de la propia asociación. Estos profesionales (que prestan asistencia a los asociados que así lo solicitan y cuyo coste corre a cargo de la avt y resulta gratuita para los socios) han de remitir al citado departamento los siguientes documentos: protocolo de admisión a tratamiento en el que constan las exploraciones efectuadas y el diagnóstico realizado, entre otros datos (antecedentes, etc.); protocolo de indicación de tratamiento psicoterápico, actualizado a medida que avanzan las sesiones mediante un protocolo de evolución del tratamiento; protocolo de alta de psicoterapia y protocolo de alta general.

En el proceso diagnóstico que realiza el profesional de que se trate se pide la utilización de una entrevista estructurada que permita el diagnóstico *dsm-iv* y su posible conversión a la *cie-10*. El instrumento empleado es la mini Screen de Sheeham, Lecubrier *et al.*, traducida y validada por Ferrando *et al.* (1999).

La confidencialidad en el proceso de archivo, recuperación y manejo de los datos contenidos en el registro está garantizada por los mecanismos descritos para el primer subproyecto. Además, la inclusión de los datos iniciales y siguientes es anónima mediante una clave.

### *Análisis de los datos*

Los datos aquí presentados corresponden a un análisis inicial del primer subproyecto. No han de ser considerados, por tanto, como datos definitivos, en la medida en que se han elaborado, como veremos, sobre una parte del total de la población estudiada y además su análisis se ha centrado sólo en las variables más significativas. Quiere decir esto que si bien el tamaño de la muestra investigada es suficiente, como veremos inmediatamente, para poder inferir conclusiones válidas sobre el total de la población a investigar (recuérdese que el total de población lo constituirían la totalidad de los asociados a la avt) no se ha explotado hasta sus últimas posibilidades el banco de datos generado ya en la actualidad.

Por otra parte, en este trabajo no se presentarán datos sobre el segundo subproyecto, ni tampoco los análisis *ad hoc* que se piensan realizar sobre muestras seleccionadas del banco de datos total obtenido (por ejemplo, el análisis de los datos de aquellas personas que eran menores de 18 años en el momento del atentado y que fueron víctimas o familiares de víctimas).

### *— Descripción de la muestra estudiada y datos sociodemográficos*

El trabajo de campo, siguiendo la metodología antes descrita, comenzó en enero de 1997 y prosigue en la actualidad, hasta completar el censo de 8.000 asociados que tiene la avt en junio de 2002. Los datos que se presentan corresponden al corte realizado para un análisis preliminar en enero de 2001.

En este periodo de tiempo se entrevistaron, previa aceptación y consentimiento informado de los interesados, a 2.998 personas pertenecientes a 544 unidades familiares, que suponen aproximadamente el 37,4% del total de la población-diana.

De esta muestra, el 17,6% eran víctimas directas supervivientes a los atentados (533 personas), el 73,1% familiares de víctimas (2.188 personas) y un 5,4% reunían las dos condiciones, es decir, eran víctimas directas supervivientes y al mismo tiempo tenían un familiar de primer grado también víctima directa (161 personas). Por su importancia, este grupo fue objeto de un análisis específico, quedando dividida la muestra en tres subgrupos: víctimas directas (en adelante vd), familiares de víctimas (en adelante fv) y víctimas y familiares al tiempo (en adelante vdfv). Por último, en las entrevistas realizadas se recogieron los datos de un número más pequeño de personas familiares de primer grado que no estaban relacionadas directamente con el atentado (prácticamente todos eran hijos de las víctimas nacidos con posterioridad al hecho traumático). Suponían un 3,8% del total de la muestra (115 personas). Los datos de este subgrupo no se presentan en este trabajo y serán objeto de una publicación específica.

Las 544 familias estudiadas estaban afectadas por un total de 426 atentados realizados a lo largo de los últimos 25 años. En 360 de dichos atentados se produjeron víctimas mortales (71,8%), en 245 heridos con secuelas físicas permanentes (57,5%) y en 149 heridos sin secuelas físicas permanentes (35,0%). Además, en un 27% de los atentados sufridos se causaron daños materiales importantes en propiedades de las víctimas (115 atentados).

Los datos de las víctimas fallecidas fueron recogidos a través de los familiares. Se consiguieron datos sobre 278 fallecidos que, lógicamente, no forman parte de la población estudiada en el presente trabajo pero que se incorporaron de forma diferenciada al censo construido para su posible posterior explotación. De los fallecidos, 24 eran al mismo tiempo familiares de otra víctima directa superviviente.

Los atentados estuvieron dirigidos a personas concretas y fueron perpetrados con explosivos en un 42,3% (180 casos) o mediante disparos en un 40,1%

(170 casos). El resto fueron atentados indiscriminados realizados preferentemente con explosivos (17,1% y 76 casos).

Comparando estos datos con los de la totalidad de los asociados de la avt, no difieren significativamente de los mismos, reforzándose así la idea de que la muestra procesada es representativa de la totalidad de los asociados, al menos en cuanto a su distribución en relación con la forma de afectación y el tipo de atentado sufrido.

Las características sociodemográficas de la población estudiada pueden resumirse así:

Las edades de la muestra no se distribuían normalmente. En el momento de la entrevista el 80,7% de las víctimas (vd) se encontraban en la franja de edad entre los 35 y 65 años y más del 50% de los familiares (fv) tenían entre 18 y 35 años. Por el contrario, en el momento del atentado un 52,6% de las víctimas directas eran adultos jóvenes (entre 18 y 35 años) y un 41,5% adultos de edad media (entre 35 y 55 años), y los familiares, en un 35,9%, eran adolescentes menores de 18 años o estaban en la franja de edad entre los 18 y 35 años (36,6%). A esto hay que añadir un 3% de familiares que han nacido tras el atentado y son hijos de víctimas directas supervivientes.

Como puede verse, los atentados afectan fundamentalmente a adultos menores de 35 años, con una proporción importante de hijos menores de 18 años, y que siguen teniendo hijos tras sufrir el hecho traumático.

El grupo de víctimas directas, que son a la vez familiares de primer grado de otras víctimas producidas en el mismo atentado (vdfv), tienen una distribución de edades más dispersa, de manera que un cuarto (25,0%) son menores de 18 años, es decir, hijos de otras víctimas a los que afecta el atentado contra sus padres; un tercio (31,9%) están entre los 18 y 35 años (predominantemente hijos mayores y esposos), y un 43,1% son adultos entre los 35 y 55 años. Otro aspecto importante es que, si se analizan los atentados cometidos a lo largo de los últimos 24 años, hay una concentración de vdfv entre 1990 y 1994 aproximadamente, época en la que se produjeron los atentados más indiscriminados —o, si se quiere, menos “selectivos”—.

La distribución del sexo en la muestra es la siguiente: las vd son predominantemente varones (81,6%), lo cual se ajusta a la existencia de atentados dirigidos fundamentalmente, como veremos, contra cuerpos policiales y militares. Entre los fv, correlativamente, se encuentra una sobrerrepresentación de mujeres (69,5%), así como también en el subgrupo de vdfv en el que las mujeres alcanzan el 61%. Todas estas cifras presentan entre sí diferencias significativas estadísticamente, y corroboran la idea de que esta distribución de sexos no es debida al azar.

La mayoría de las víctimas directas pertenecían a cuerpos policiales o militares (68,3%), aunque también había un no despreciable 8,4% de funcionarios civiles, repartiéndose el resto de la muestra entre distintas profesiones. Significa esto que casi un tercio del total de víctimas directas son personal civil. Los familiares de víctimas son fundamentalmente amas de casa (29,7%), trabajadores por cuenta ajena (23,7%) o estudiantes (18,9%), y entre los familiares de víctimas que, a su vez, son también víctimas directas (vdfv), el 23,4% eran trabajadores por cuenta ajena, el 23,4% amas de casa y el 18,2% estudiantes. Como puede verse, la distribución según ocupación de los fv y vdfv son muy similares y se corresponde con el perfil de familiar, se encuentre ésta afectado o no directamente en la acción traumática. Así, se distribuyen entre trabajadores (algunas esposas y padres de las víctimas), amas de casa (esposas de las víctimas) y estudiantes (hijos).

— *Relaciones encontradas entre el grado de afectación y distintas variables registradas*

Se recogen a continuación algunos datos significativos de las relaciones existentes entre el grado de afectación (vd, fv, vdfv) y distintas variables incluidas en el estudio. Esta relación no es exhaustiva y se presenta aquí como una muestra preliminar de la extensión e importancia que tendrá la explotación definitiva de los datos del Proyecto Fénix.

Agruparemos la presentación de estos datos en tres grupos: 1) percepción subjetiva del apoyo recibido tras el atentado por parte de la sociedad en su conjunto; 2) repercusiones del atentado en la situación personal, familiar, laboral y de salud, y 3) actitud ante el fenómeno terrorista.

#### *Cat. 4 —Apoyo percibido tras el atentado*

Más de la mitad de la muestra total (vd, fv y vdfv) se sintieron de forma clara y definida abandonados por la sociedad en su conjunto. Esta sensación de abandono se expresaba como abandono por parte de las instituciones políticas, autoridades, medios de comunicación y sociedad en general. El subgrupo que incluía a las víctimas directas que son a la vez familiares de víctimas (vdfv) es el que, de manera estadísticamente significativa, se sentía más abandonado. Sólo un tercio de este subgrupo sentía que había recibido algún tipo de apoyo, y prácticamente el 100% consideraba, en todo caso, dicho apoyo como insuficiente. Recordemos que este subgrupo engloba a todos aquellos que han sufrido el hecho traumático y han visto morir o ser herido gravemente a algún familiar próximo durante dicho hecho.

#### *—Repercusiones del atentado*

El atentado repercute en muy diversas facetas de la vida de la víctima. Si agrupamos dichas repercusiones en tres aspectos más relevantes, encontramos que sobre el estado de salud general el atentado actúa de forma decididamente negativa. Así, el 10,5% de las víctimas directas sufrían algún problema de salud general antes del acontecimiento traumático, subiendo dicho porcentaje al 52,3% tras el mismo. Esta misma tendencia a empeorar en el estado de salud general de forma consistente tras el atentado y en comparación con el periodo anterior al mismo, se evidencia también tanto en los familiares de las víctimas (suben en el porcentaje de padecimiento de problemas de salud general de un 10,5% a un 35,4%) como en los que son al tiempo víctimas

directas y familiares de víctimas (suben desde un 6,5% a un 44,2%). Puede decirse por tanto que el estado de salud general de esta población (al margen de la situación relativa a sus niveles de salud mental, que analizaremos a continuación) es significativamente peor tras el atentado, y ese empeoramiento se mantiene a lo largo del tiempo. Si centramos nuestra atención en la morbilidad psiquiátrica antes y después del atentado los resultados son idénticos. Las prevalencias psiquiátricas antes del atentado (estimadas mediante la constatación de la ayuda especializada pedida o recibida por cada caso) son muy bajas (en torno al 2-4%), mientras que las prevalencias estimadas en la investigación arrojan cifras de un 45,3% de posibles casos psiquiátricos entre las víctimas directas, un 22,7% entre los familiares y un 55,8% entre las víctimas que son al tiempo familiares. Puede argumentarse que los datos de morbilidad estimada a través de la medida de la demanda expresa de atención psiquiátrica infravalora las cifras reales, y es cierto. Probablemente un cálculo más realista tendría que asimilar dichas cifras a las estimadas para población general española. En cualquier caso, las cifras encontradas tras el atentado son suficientemente demostrativas y corrigen al alza las que hallamos nosotros mismos en uno de los estudios previos (Baca y Cabanas, 1997). Otro dato importante en este aspecto es el hecho de que sólo un 2% de la muestra investigada asociaba las alteraciones emocionales padecidas con el atentado como origen de las mismas, y un abrumador porcentaje de los tres subgrupos (vd, fv y vdfv) no solicitó nunca ayuda especializada, por no considerar que sus padecimientos pudiesen ser objeto de la ayuda médica.

Pero las repercusiones sobre el estado de salud general y de la salud mental no son las únicas que produce el atentado. La existencia de daños materiales, por una parte, y las pérdidas del estatus profesional y las incapacidades sobrevenidas, por otra, se unen al efecto de las ayudas recibidas y constituyen un conglomerado en el cual destacan datos aparentemente contradictorios, como son que el subgrupo de vd afirmaba haber mejorado económicamente en un 39,1% de los casos, frente al subgrupo de fv y vdfv que sostenían haber empeorado en su situación en un 32,5%. El hecho de que hubiesen recibido

indemnizaciones el 68,7% de las vd frente a sólo el 21,5% de los fv puede contribuir a explicar, en parte, estos datos. Por otra parte, recordemos que en el subgrupo de fv y vdfv hay un número considerable de personas cuyo familiar ha fallecido en el atentado. En general, todos coinciden en la necesidad de ayuda económica y en la desestructuración de la economía familiar que supone el hecho traumático, sea cual fuere el grado de afectación por el mismo.

Por último, consideraremos la posible repercusión que el atentado tiene sobre la vida familiar y de pareja de los tres subgrupos (vd, fv, vdfv). El primer dato que aparece es un alto porcentaje de interrupciones de la vida de pareja que se tenía en el momento del atentado. Dado que aquí se incluyen tanto las rupturas de pareja provocadas por la muerte de uno de los cónyuges, como los casos (frecuentes) de separaciones y divorcios, este dato ha de ser explorado con mayor precisión. Sin embargo, en el momento del estudio la mayoría de la población investigada tenía una relación de pareja estable (65,0%), en muchos casos establecida tras el atentado. Este fenómeno es particularmente señalado en los familiares de las víctimas, que sólo mantienen la relación que tenían antes del atentado en un 31,3% de los casos. Las relaciones con la familia de origen también se ven afectadas, y aunque la mayoría las considera iguales al periodo anterior al hecho traumático, alrededor del 10% de la población investigada las califica como peores y sólo un 4%, aproximadamente, las considera mejores.

Si se considera la situación de los contactos afectivos con el grupo social inmediato, el número de casos que señala un empeoramiento sube aproximadamente al 20% y escasamente el 3% se considera a sí mismo como “menos aislado” de sus vecinos y amigos tras el atentado.

También la relación con otras víctimas presenta algunos datos de interés. Mientras que el 83,2% de las vd ha conectado con otras víctimas y mantiene relaciones habituales con ellas en un 49,2%, los familiares (fv) sólo han conectado en un 35,6% de los casos y el porcentaje de los que mantienen habitualmente contactos baja al 19,2%. Expresa esto una tendencia de los fv a

rehuir el contacto con otros afectados, que contrasta con la tendencia clara de las vd a buscar y mantener dichos contactos.

Los cambios en el lugar de residencia son también significativos: la mayoría de las vd (62,6%) cambiaron de vivienda (hay que tener en cuenta que un 45,5% de este subgrupo perdió la vivienda en dicho evento) y más de la mitad abandonaron incluso la localidad en donde residían. Por el contrario, el 70,1% de los fv no cambiaron de vivienda tras el atentado.

—*Actitud ante el fenómeno terrorista*

También aquí —y dentro de la situación general de falta de apoyo percibido que mantienen todos los subgrupos y que más arriba señalábamos— aparecen diferencias significativas entre las víctimas directas y los familiares de las víctimas. Los primeros mantienen un claro interés por las noticias acerca de este fenómeno y las siguen en los medios de comunicación (más del 70% del subgrupo vd), se interesan por conocer quiénes son los autores del atentado sufrido (más del 50% de dicho subgrupo) y si son juzgados o no (lo han sido más del 40% de los autores de los atentados sufridos por las víctimas directas), aunque sólo asiste al juicio una minoría (18,4% de las vd). Los familiares de las víctimas (fv) mantienen una actitud que podría considerarse más “distante” y que sugiere un mecanismo de evitación más potente. Así, sólo muestran interés por las noticias relacionadas con el terrorismo el 34,4% de los fv, sólo han procurado conocer quiénes habían atentado contra su familiar en el 18,7% de los casos y sólo asisten al juicio del terrorista en un exiguo 2,7% (sin embargo, el porcentaje de autores de los atentados sufridos por este subgrupo de fv que han sido juzgados asciende al 18,7%).

Hay, no obstante, un punto en que coinciden vd y fv: ambos subgrupos estiman abrumadoramente que no se les ha hecho justicia y critican seriamente el funcionamiento de la misma (99,0% en el caso de los fv y 96,6% en el caso de las vd). En el subgrupo de los vdfv la sensación de falta de reparación adecuada y de indefensión asciende al 100%.

— *La salud mental en las víctimas del terrorismo y sus familiares*

Una de las primeras cuestiones que se plantean acerca de las posibles consecuencias sobre la salud mental de la población afectada por los atentados terroristas es la de determinar de forma fiable la prevalencia puntual de la posibilidad de ser un caso psiquiátrico entre dicha población. Esta prevalencia ha de entenderse como la probabilidad de padecer trastornos emocionales que exijan una intervención y cuidado profesionales.

La metodología de detección en nuestro estudio repite el procedimiento y el instrumento utilizados en diversos estudios realizados sobre población española (Herrera *et al.*, 1987; Seva *et al.*, 1982; Vázquez-Barquero *et al.*, 1987) y permite, por tanto, establecer comparaciones válidas entre nuestros resultados y los de dichos estudios.

Como ya se dijo más arriba, la prevalencia total detectada en nuestra población es del 39,6% de los casos y se distribuye entre los tres subgrupos estudiados (vd, fv y vdfv), respectivamente con cifras de 36,4% (fv), 52,0% (vd) y 54,5% (vdfv). Dado que los estudios españoles citados establecen las cifras de prevalencia para población general entre el 11,5% y el 20,9%, podemos decir que la población de víctimas del terrorismo y sus familiares directos presenta una probabilidad de ser un caso psiquiátrico que oscila entre el doble y el cuádruple del que presenta el resto de la población general española. Estamos, por tanto, ante un grupo poblacional de grave riesgo de padecer problemas emocionales que no tiene, en principio, otro factor causal diferente que la circunstancia de haber sido víctimas de una acción terrorista. Al mismo tiempo esta población presenta un riesgo diferencial entre víctimas directas y familiares de víctima, en perjuicio de las primeras y con una clara significación estadística ( $p < 0,001$ ), siendo este riesgo mayor aún cuando se asocian ambas características (vdfv). Hay que recalcar que más de la mitad de las víctimas directas presentan dichas alteraciones emocionales.

Entre los familiares de las víctimas, cuya afectación se eleva a más de un tercio, los padres (47,7%) y los cónyuges (45,6%) presentaban mayor riesgo que los hijos (34,2%) y los hermanos (32,0%) y estas diferencias tenían también una clara significación estadística. No obstante, observemos que aun en el caso de la menor afectación (los hermanos con “sólo” un 32,0%), la cifra de prevalencia supera con mucho la cifra máxima del rango detectado para población general (20,9%).

Si recordamos la metodología empleada en el estudio, veremos que los datos analizados suponen un corte transversal en una población en la que han transcurrido tiempos variables desde el atentado (en algunos casos más de 24 años). Aprovechando esta circunstancia se realizó un estudio específico sobre la persistencia de dichos trastornos a lo largo del tiempo, asumiendo que el único factor diferencial en relación con la población general era precisamente el atentado sufrido. Los resultados han sido publicados aparte (Baca *et al.*, 2002) y demuestran con claridad que, sea cual fuere el tiempo transcurrido desde el hecho traumático, la prevalencia encontrada supera ampliamente a las cifras de la población general.

A partir de las subescalas del instrumento utilizado (ghq), puede establecerse que los trastornos más frecuentes en esta población son los síntomas de ansiedad y los síntomas somatomorfos, aunque un estudio más detallado de los tipos de patología psiquiátrica, actualmente en curso, nos podrá ofrecer datos más específicos sobre este aspecto.

No obstante, si analizamos los datos del prime-md, cuya especificidad alta nos garantiza la práctica ausencia de falsos positivos, el espectro de los trastornos que aparecen como más frecuentes en la población estudiada son los depresivos y los de ansiedad. Por el contrario, el abuso de sustancias y específicamente de alcohol se sitúa en torno al 7,6% y sólo en el subgrupo de víctimas directas alcanza el 15,9%.

Por otra parte, existen una serie de factores de riesgo que se asocian con la aparición de la patología psiquiátrica.

Estos factores de riesgo son, principalmente, la falta de apoyo de la familia de origen, los antecedentes familiares y los antecedentes personales de haber

padecido algún tipo de alteración psicopatológica. También el tipo de atentado (específicamente aquel en el que se han empleado explosivos) predice la aparición de alteraciones emocionales.

Un dato curioso es que la falta de apoyo por parte de la familia política en el momento del atentado es un factor de riesgo en los familiares de víctimas, pero no en las víctimas directas. Esto podría reflejar la sensibilidad de las viudas y huérfanos (mayoría de los familiares de víctimas) ante la percepción de una falta de apoyo por parte de la familia de origen de la víctima, haya fallecido o no ésta.

## CONCLUSIONES

El Proyecto Fénix, como se ha descrito más arriba, constituye una base de datos que puede proporcionar elementos que permitirán profundizar en el estudio de las consecuencias que, sobre los individuos afectados, tiene el hecho traumático de ser víctima y/o familiar de víctima de un atentado terrorista.

Ya en la elaboración preliminar de algunos de dichos datos que hemos analizado puede verse con claridad que la patología tradicionalmente estudiada en estos casos (el trastorno por estrés postraumático, por influencia sin duda de la presión que sobre la psiquiatría americana supuso la repatriación de los supervivientes de la guerra de Vietnam) no es el único objetivo que ha de tener la investigación sobre este tipo de víctimas. La afectación global del funcionamiento psíquico, materializada tanto en cuadros ansiosos como depresivos, forma la “parte del león” del campo a investigar, junto con los factores de riesgo y protección que favorecen la aparición y la persistencia de estas alteraciones.

Hay también otros datos que presentan interés: las consecuencias diferentes para víctimas directas y familiares, el grado de afectación de estos últimos, las consecuencias socioeconómicas y de desarraigo, la actitud (también diferente) ante sus agresores, la escasísima sensación de este colectivo de estar apoyado

por la sociedad y, sobre todo, de encontrar en la justicia una reparación adecuada a su daño, etc., son aspectos que aparecen como necesitados de mayor profundización.

El Proyecto Fénix es, en consecuencia y en conclusión, un proyecto abierto, cuyo desarrollo es previsible que nos permita conocer con exactitud y rigor qué es lo que en realidad sucede con los afectados por hechos cuya naturaleza traumática está fuera de toda duda y cuyas consecuencias para los sujetos implicados y para sus familias, aparecen, ya a simple vista, como devastadoras.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abenhaim, L.; Dab, W.; Salmi, L. R. (1992): "Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987)", *Journal of Clinical Epidemiology*, 45: 103-9.
- Arnold, A. L. (1985): "Diagnosis of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans", en Sonnenberg, S. M.; Blank, A. S.; Talbott, J. A. (eds.): *The trauma of War: Recovery in Vietnam Veterans*, Washington DC, American Psychiatric Press.
- Baca Baldomero, E.; Cabanas Arrate, M. L. (1997): "Niveles de salud mental y calidad de vida en las víctimas del terrorismo", *Archivos de Neurobiología*, 60: 283-96.
- Baca Baldomero, E. (2002): "El trastorno por estrés postraumático", en Roca, M. (ed.): *Trastornos Neuróticos*, Madrid, Ars Médica.
- Baca, E.; Cabanas, M. L.; Baca-García, E. (2002): "Impacto de los atentados terroristas en la morbilidad psiquiátrica a corto y largo plazo", *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30: 85-90.
- Bell, P.; Kee, M.; Loughrey, G. C.; Roddy, R. J.; Curran, P. S. (1988): "Post-traumatic stress in Northern Ireland", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 166-9.
- Breslau, N.; Davis, G. C.; Andreski, P.; Peterson, E. (1991): "Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults", *Archives of General Psychiatry*, 48: 216-22.
- Brooks, N.; McKinlay, W. (1992): "Mental health consequences of the Lockerbie disaster", *Journal of Traumatic Stress*, 5: 527-43.
- Croq, M. A.; Croq, L. (2001): "From the shellshock and war neurosis to posttraumatic stress disorders: A history of psychotraumatology", *Dialogues Clin Neurosciences*, 2: 47-55.
- Curran, P. S. (1988): "Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969-1987", *British Journal of Psychiatry*, 153 (4): 470-5.

- Curran, P. S.; Bell, P.; Murray, A.; Roddy, R. J.; Kee, M. (1990): "Psychological consequences of the Enniskillen bombing", *British Journal of Psychiatry*, 156: 479-82.
- Davidson, J.; Swartz, M.; Storck, M. *et al.* (1985): "A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder", *American Journal of Psychiatry*, 142: 90-3.
- Escobar, J. I.; Randolph, E. T.; Puente, G. *et al.* (1983): "Posttraumatic stress disorder in Hispanic Vietnam veterans. Clinical phenomenology and sociocultural characteristics", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171 (10): 585-95.
- Gilaberte, I.; Baca, E.; Abril, A.; Blanco, C.; Calvé, A. (1996): "Post-traumatic stress disorder in Spanish policemen", American Psychiatric Association Annual Meeting, New York.
- Gilaberte, I.; Baca, E. (2000): "Trastorno por estrés postraumático: estudio en una población de riesgo", *Archivos de Psiquiatría*, 63: 259-76.
- Goldberg, D. P.; Hillier, V. F. (1979): "A scaled version of the General Health Questionnaire", *Psychological Medicine*, 9: 139-45.
- Goldberg, D.; Williams, P. (1996): *Cuestionario de Salud General ghq*, Barcelona, Masson.
- Green, B. L.; Wilson, J. P.; Lindy, J. D. (1985): "Conceptualizing post-traumatic stress disorder: A psychosocial framework", en Figley (ed.): *Trauma and its Wake: the Study and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, New York, Brunner/Mazel.
- Herrera, R.; Antonell, J.; Spagnolo, E.; Domènech, J.; Martín, S. (1987): "Estudio epidemiológico en salud mental en la comarca del Baix Llobregat (Barcelona)", *Informaciones Psiquiátricas*, 107: 12-40.
- Holmes, T. H.; Rahe, R. H. (1967): "The social readjustment rating scale", *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213-18.
- Horowitz, M. J. (1980): "Psychological response to serious life events", en Hamilton, V.; Warburton, D. (eds.): *Human Stress and Cognition*, New York, Wiley.

- Horowitz, M. J.; Weiss, D. S.; Marmar, C. (1987): "Commentary: Diagnosis of Posttraumatic stress disorder", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(5): 167-268.
- Kühne, H. H. (1986): "Kriminologie: Victimologie der Notzucht", *Juristische Schulung*, 5: 388-94.
- Leopold, R. L.; Dillon, H. (1963): "Psychoanatomy of a disaster: A long term study of posttraumatic neuroses in survivors of a marine explosion", *American Journal of Psychiatry*, 119: 913-21.
- Lobo, A. (1996): "Estudios de validación del ghq-28", en Goldberg, D.; Williams, P. (eds.): *Cuestionario de Salud General*, Barcelona, Masson.
- Lobo, A.; Pérez-Echevarria, M. J.; Artal, J. (1986): "Validity of the scaled version of General Health Questionnaire (ghq-28) in Spanish population", *Psychological Medicine*, 16: 135-40.
- McFarlane, A. C. (1986): "The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors", *British Journal of Psychiatry*, 154: 221-8.
- Mezzich, J.; Dow, J. T.; Coffman, G. A. (1994): "Developing an efficient clinical information system for a comprehensive psychiatric institute", en Mezzich, J. E.; Jorge, M. R.; Salloum, I. S. (eds.): *Psychiatric Epidemiology. Assessment, Concepts and Methods*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Pitman, R. K.; Altman, B.; Macklin, M. L. (1989): "Prevalence of posttraumatic stress disorder in wounded Vietnam veterans", *American Journal of Psychiatry*, 146 (5): 667-9.
- Rabkin, J. C.; Struening, E. L. (1976): "Life events, stress and illness", *Science*, 194: 1013-20.
- Ruiz, M. A.; Baca, E. (1993): "Design and validation of the 'Quality of Life Questionnaire' (ccv). A Generic Health-related perceived Quality of Life Instrument", *European Journal of Psychological Assessment*, 9: 19-32.
- Sardinero, E.; Pedreira, J. L.; Muñoz, J. (1997): "El cuestionario cbcl de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas", *Clínica y Salud*, 8: 447-80

- Seva, A.; Civeira, J. M. (1982): *Análisis higiénico-sanitario de la salud mental en Soria*, Soria, Diputación Provincial.
- Sierles, F. S.; Chen, J.; McFarland, R. E. *et al.* (1983): "Posttraumatic stress disorder and concurrent psychiatric illness: a preliminary report", *American Journal of Psychiatry*, 140: 1177-9.
- Sierles, F. S.; Chen, J. J.; Messin, M. L. *et al.* (1986): "Concurrent psychiatric illness in non-hispanic outpatients diagnosed on having posttraumatic stress disorder", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (3): 171-3.
- Solkoff, N.; Gray, P.; Keill, S. (1986): "Which Vietnam veterans develop post-traumatic stress disorders?", *Journal of Clinical Psychology*, 42(5): 687-98.
- Solomon, Z.; Mikulincer, M.; Kotler, M. (1987): "A two year follow-up of somatic complaints among Israeli combat stress reaction casualties", *Journal of Psychosomatic Research*, 31(4): 463-9.
- Solomon, Z.; Mikulincer, M.; Benbenishti, R. (1988): "Locus of control and combat-related posttraumatic stress disorder: the intervening role of battle intensity, threat appraisal and coping", *The British Journal of Clinical Psychology*, 27: 125-35.
- Sowder, B. J. (1985): "Disasters and mental health", en *Selected Contemporary Perspectives*, National Institute of Mental Health.
- Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W.; Kroenke, K. *et al.* (1994): "Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the prime-md 1000 Study", *Journal of American Medical Association*, 272: 1749-56.
- Vázquez-Barquero, J. L.; Díaz Manrique, J. F.; Peña, C. (1987): "A community mental health survey in Cantabria: General description of morbidity", *Psychological Medicine*, 17: 227-42.
- Wilcox, B. L. (1981): "Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis", *American Journal of Community Psychology*, 9: 371-85.