

¿PRODUCEN LOS ATENTADOS TERRORISTAS SELECTIVOS UNA MAYOR SINTOMATOLOGÍA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN SUS VÍCTIMAS QUE LOS ATENTADOS INDISCRIMINADOS?

Arantxa Soriano, Pedro Altungy, Clara Gesteira, Noelia Morán, Roberto Navarro, Ana Sanz-García, María Paz García-Vera y Jesús Sanz¹

*Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica
Universidad Complutense de Madrid*

Resumen

La literatura científica sobre las consecuencias psicopatológicas derivadas de un atentado terrorista no ha abordado todavía si el tipo de atentado en la dimensión de selectivo frente a indiscriminado puede estar relacionado con el nivel de sintomatología de estrés postraumático que padecen sus víctimas. Puesto que en España las víctimas de atentados terroristas selectivos han sufrido unos niveles muy altos de estrés, amenaza y acoso físico y psicológico y unos niveles muy bajos de apoyo social, tanto antes como después del atentado, cabría esperar que tales víctimas deberían sufrir mayores niveles de sintomatología de estrés postraumático que las víctimas de atentados indiscriminados. Para comprobar esta hipótesis, se aplicó a una muestra de 224 víctimas directas e indirectas (familiares de fallecidos y heridos) del terrorismo en España la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica (PCL-S), y se codificaron los atentados que habían sufrido en cuatro categorías: indiscriminado, selectivo, selectivo e indiscriminado, e indiscriminado con colectivo objetivo. Tras controlar el efecto del sexo, la edad, los años transcurridos desde el atentado y el tipo de víctimas, un análisis de regresión no encontró que el tipo de atentado estuviera relacionado significativamente con el nivel de sintomatología de estrés postraumático. Los resultados se discuten en el contexto de los factores psicosociales que han caracterizado el terrorismo en España y de los factores de vulnerabilidad y protección que predicen los niveles de psicopatología que pueden sufrir las víctimas tras un atentado terrorista.

PALABRAS CLAVE: *terrorismo, víctimas, trastorno de estrés postraumático, atentado selectivo, atentado indiscriminado.*

Abstract

The scientific literature on the psychopathological consequences derived from a terrorist attack has not yet addressed whether the type of attack on the selective versus indiscriminate dimension may be related to the level of posttraumatic stress symptomatology suffered by its victims. Since in Spain the victims of selective terrorist attacks have suffered very high levels of stress, threat and physical and psychological harassment and very low levels of social support, both before and after the attacks, one would expect that such victims should suffer higher levels of posttraumatic stress symptomatology than the victims of indiscriminate attacks. To verify this hypothesis, a sample of 224 direct and indirect victims (relatives of the deceased and wounded) of terrorism in Spain completed the PTSD Checklist, specific version (PCL-S), and the attacks they had suffered were coded into four categories: indiscriminate, selective, selective and indiscriminate, and indiscriminate with target population. After controlling the effect of sex, age, the years elapsed since the attack and the type of victims, a regression analysis did not find that the type of attack was significantly related to the level of posttraumatic stress symptomatology. The results are discussed in the context of the psychosocial factors that have characterized terrorism in Spain and the factors of vulnerability and protection that predict the levels of psychopathology that victims may suffer after a terrorist attack.

KEYWORDS: *terrorism, victims, posttraumatic stress disorder, selective terrorist attack, indiscriminate terrorist attack.*

Citar este artículo como: Soriano, A., Altungy, P., Gesteira, C., Morán, N., Navarro, R., Sanz-García, A., García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2020). ¿Producen los atentados terroristas selectivos una mayor sintomatología de estrés postraumático en sus víctimas que los atentados indiscriminados?. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 20, 195-214.

¹ *Correspondencia:* Prof. Dr. Jesús Sanz. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Correo electrónico: jsanz@psi.ucm.es

Fecha de recepción del artículo: 30-10-2020

Fecha de aceptación del artículo: 05-12-2020

Introducción

Tal y como han demostrado García-Vera y Sanz (2016) tras analizar las publicaciones recogidas en la base de datos bibliográfica PsycINFO, los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington D. C. (conocidos como los atentados del 11-S) marcaron un punto de inflexión en la investigación sobre las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas en sus víctimas directas o indirectas, de manera que a partir de ese año se produjo un aumento espectacular en el número de publicaciones científicas sobre ese tema. En los atentados del 11-S, los terroristas de Al Qaeda secuestraron cuatro aviones comerciales con el objetivo de estrellarlos contra diversos edificios emblemáticos de los EE. UU., en concreto, el Pentágono, el Capitolio y las Torres Gemelas del World Trade Center, causando, finalmente, la muerte de más de 3.000 personas, incluidos la tripulación y los pasajeros de los cuatro aviones, heridas a más de 6.000 personas, la destrucción de las Torres Gemelas y graves daños en el Pentágono. Estos atentados se han convertido en el paradigma de los atentados masivos e indiscriminados, y quizá estas dos características, junto con el hecho de que fueron perpetrados en el país que es la primera potencia científica mundial en psicología, fueron en parte responsables del interés que despertó entre los investigadores en psicopatología, psiquiatría, psicología clínica y campos afines, y del aumento en la producción científica sobre la salud mental de las personas afectadas por los atentados terroristas.

De hecho, los estudios realizados sobre otros atentados masivos que también causaron un número elevado de víctimas mortales y heridas y que también fueron perpetrados en un país desarrollado constituyen, junto con los estudios realizados sobre los atentados del 11-S, el bagaje más sólido de conocimientos empíricos disponibles actualmente sobre las repercusiones psicopatológicas del terrorismo (Sanz y García-Vera, 2020). Entre esos atentados con múltiples víctimas que han generado un buen número de trabajos científicos cabe destacar, por ejemplo, el atentado del 19 de abril de 1995 en la ciudad de Oklahoma, en el que murieron 168 personas y 680 resultaron heridas; los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid (conocidos como los atentados del 11-M), en los que murieron 193 personas y 1.841 fueron heridas; los atentados del 7 de julio de 2005 en Londres, en los que hubo 56 muertos y 700 heridos, y los atentados del 22 de julio de 2011 en Oslo y en la isla de Utøya en los que murieron 77 personas y 242 resultaron heridas. Curiosamente, otros atentados masivos ocurridos en países desarrollados como, por ejemplo, los atentados de París de 13 de noviembre de 2015, que causaron 137 muertos y 415 heridos, o los atentados de Bruselas de 22 de marzo de 2016, en los que hubo 32 víctimas mortales y 340 heridas, no han dado lugar, hasta ahora, a muchas publicaciones científicas sobre sus consecuencias psicopatológicas en las personas afectadas, quizá debido a que fueron cometidos muy recientemente.

Entre las posibles consecuencias psicopatológicas que pueden sufrir las víctimas directas e indirectas de atentados terroristas destaca el trastorno de estrés postraumático (TEPT) que es, en general, el trastorno mental predominante en dichas víctimas (García-Vera y Sanz, 2016), al igual que ocurre en víctimas de otros delitos violentos (p. ej., agresiones sexuales, violencia familiar) y en víctimas de otras situaciones traumáticas como desastres naturales, accidentes de coche, etc. (Echeburúa, de Corral y Amor, 1998, 2002; Johnson, Maxwell y Galea, 2009). Este trastorno tiende a ser más duradero y más grave cuando el suceso traumático que lo provoca es más intenso y cuando es ejecutado por el ser humano de forma no accidental, provocando un sentimiento de inseguridad e incontrolabilidad (Echeburúa, de Corral y Amor, 1998). Así, entre las víctimas directas de atentados terroristas se ha estimado que la prevalencia media del TEPT oscilaría entre el 18% y el 40%, mientras que entre los familiares de los fallecidos o heridos en atentados terroristas fluctuaría entre el 17% y el 29% (García-Vera y Sanz, 2016; García-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016). Aunque, por otro lado, existen una serie de factores que, ante la experiencia del atentado, hacen más probable que se desencadene el TEPT. Entre

estos factores se pueden destacar la baja autoestima, la experiencia de acontecimientos vitales negativos en el último año antes del atentado, el sexo femenino, la cercanía al lugar de los hechos, la falta de apoyo social, la visualización en los medios de comunicación de imágenes de lo sucedido, el malestar que generan los procesos legales derivados de los atentados terroristas, el experimentar ataques de pánico durante el atentado, la pérdida de la vida de otras personas importantes y el sufrir lesiones físicas (Brewin, Andrews y Valentine, 2000; DiMaggio y Galea, 2006; Miguel-Tobal, Cano, Iruarrizaga, González y Galea, 2004; North, Pfefferbaum, Narayanan, Thielman y McCoy, 2005; Tucker, Pfefferbaum, Nixon y Dickson, 2000). Por otro lado, es importante destacar que algunos de estos factores, junto con el estrés mantenido en el tiempo debido, por ejemplo, a los acontecimientos vitales negativos experimentados después del atentado o a las consecuencias médicas, sociales, económicas o legales de los atentados, desempeñan un papel importante en el curso de los síntomas del TEPT (Neria, DiGrande y Adams, 2011).

Aunque es a raíz de los atentados masivos cuando realmente se ha empezado a investigar de manera sistemática los efectos del terrorismo sobre la salud mental de sus víctimas y los factores que los predicen, existen muchos tipos de atentados terroristas. Un atentado terrorista es un delito violento que, según el *National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* (START) de la Universidad de Maryland, EE. UU., cumple al menos dos de los tres criterios siguientes: (1) se dirige a conseguir un objetivo político, económico, religioso o social; (2) incluye indicios de una intención de coaccionar, intimidar o enviar algún otro mensaje a una audiencia (o audiencias) más amplias que las víctimas inmediatas, y (3) está fuera de los preceptos del derecho humanitario internacional en la medida que se dirige a personas no combatientes (START, 2015, p. 2). Sin embargo, bajo esta definición genérica se incluyen muchos tipos de delitos violentos, desde los atentados más indiscriminados y masivos que no están dirigidos a ninguna persona o grupos de personas en particular, pero que tratan de provocar el mayor número de muertos y heridos en la población a la que pretenden coaccionar, intimidar o enviar algún otro mensaje, hasta los atentados más selectivos y personales que están dirigidos a una persona en concreto a la cual se trata de asesinar, por ejemplo, con un disparo, una bomba lapa o una carta bomba, o a la que se trata de secuestrar, aunque el objetivo final sea coaccionar, intimidar o enviar algún otro mensaje a una audiencia (o audiencias) más amplia que la persona concreta que es la víctima inmediata. Por ejemplo, la historia del terrorismo en España ha estado marcada por atentados terroristas de muy distinta índole, tanto dirigidos contra personas concretas (p. ej., contra miembros de las Fuerzas Armadas y de los Cuerpos de Seguridad del Estado, políticos, empresarios, funcionarios de instituciones penitenciarias, jueces, fiscales, profesores de universidad o periodistas; Alonso, Domínguez y García Rey, 2010) como indiscriminados y masivos (p. ej., los atentados del 11-M o el atentado en el centro comercial Hipercor de Barcelona en 1987).

No hay datos fiables sobre el tipo de atentados selectivos e indiscriminados que se producen en el mundo, aunque una primera aproximación se puede obtener a partir de la clasificación de tipos de atentados que incluye la Base de Datos Global del Terrorismo (Global Terrorism Database o GTD) del START (2019). En esta base de datos, se distinguen los “asesinatos” de otros tipos de atentados y dichos asesinatos se definen como: “Un acto cuyo objetivo principal es matar a uno o más individuos específicos y prominentes. Por lo general, se lleva a cabo sobre personas de cierta importancia, como oficiales militares de alto rango, funcionarios del gobierno, celebridades, etc.” (START, 2018, p. 24). Claramente, este tipo de atentado sería un atentado selectivo, pero la definición de asesinato que utiliza la GTD deja fuera los atentados dirigidos específicamente contra ciertos sectores o colectivos de la población (p. ej., policías, políticos, funcionarios de prisiones, jueces, fiscales, militares, periodistas) que, aunque no son atentados dirigidos necesariamente a individuos específicos de esos colectivos, sí que están señalando al colectivo como objetivo de los terroristas y, en consecuencia, pueden provocar en las personas de ese colectivo y en sus familiares y allegados sentimientos previos de amenaza,

persecución, hostigamiento, inseguridad, etc., a menudo unidos a la adopción de conductas específicas de protección (p. ej., cambios en los hábitos de vida, ocultación de la profesión, protección por escoltas), que, en cambio, no sufren ni adoptan las personas de la población general que son víctimas de atentados indiscriminados y masivos. Por tanto, al menos a nivel psicológico, no se pueden equiparar las víctimas de esos sectores o colectivos específicos de la población que son objetivos señalados de los terroristas con las víctimas de los atentados masivos e indiscriminados contra la población general. De hecho, en la definición de asesinato de la GTD se excluye expresamente los atentados dirigidos a colectivos o grupos objetivo específicos (p. ej., policías), al menos que haya razones para pensar que los terroristas habrían seleccionado a un miembro particular de ese colectivo como objetivo del atentado. Por lo que, cabría pensar que algunos de los atentados que la GTD clasifica como otro tipo de atentados distintos de los asesinatos (p. ej., como ataque armado, atentado con bomba, secuestro de personas, etc.), podrían ser también atentados selectivos.

Con esta limitación en mente, a partir de los datos de la GTD se puede estimar que, en el mundo, en el período que va entre 2014 y 2018, se produjeron al menos un total de 4.289 atentados selectivos, con una media 858 atentados selectivos al año, lo que representa, como media, en torno al 6,7% de los atentados que se cometen en el mundo cada año (véase la tabla 1).

Tabla 1. Número de atentados selectivos (asesinatos en la GTD) e indiscriminados cometidos en el mundo entre 2014-2018 y porcentaje sobre el total de atentados perpetrados anualmente

Tipo de atentado	2014	2015	2016	2017	2018
Asesinatos	920 (5,4%)	931 (6,2%)	822 (6%)	819 (7,5%)	797 (8,3%)
Indiscriminados					
- Ataque armado	4074 (24,1%)	3374 (22,5%)	2735 (20,1%)	2380 (21,7%)	2532 (26,4%)
- Atentado con bomba	8801 (52,1%)	7661 (51,2%)	7134 (52,4%)	5051 (46%)	3529 (36,7%)
- Ataque a una instalación o infraestructura	780 (4,6%)	706 (4,7%)	697 (5,1%)	759 (6,9%)	655 (6,8%)
- Secuestro de medio de transporte	49 (0,3%)	38 (0,3%)	43 (0,3%)	58 (0,5%)	29 (0,3%)
- Toma de rehenes	46 (0,3%)	82 (0,5%)	62 (0,5%)	82 (0,7%)	55 (0,6%)
- Secuestro de personas	1400 (8,3%)	1199 (8%)	1135 (8,3%)	899 (8,2%)	951 (9,9%)
- Ataque no armado (químico, biológico o radiológico)	54 (0,3%)	95 (0,6%)	73 (0,5%)	100 (0,9%)	80 (0,8%)
- Desconocido	784 (4,6%)	891 (5,9%)	925 (6,8%)	832 (7,6%)	979 (10,2%)

Nota. Datos obtenidos de la Base de Datos Global del Terrorismo (GTB) del National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START) (2019).

Ante esta gran variedad de actos terroristas, cabría preguntarse: ¿los atentados más selectivos repercuten en la salud mental de sus víctimas de la misma forma que los atentados más indiscriminados y masivos?, es decir, ¿ambos tipos de atentados provocan daños psicológicos como, por ejemplo, síntomas de TPET en la misma medida?

Consecuencias psicopatológicas en los atentados terroristas selectivos

Aunque la literatura científica, tal y como se ha comentado antes, ha abordado una gran cantidad de factores relacionados con la presencia de síntomas y trastornos psicológicos causados por los atentados terroristas, no se ha encontrado ningún estudio que haya abordado las consecuencias psicopatológicas derivadas de atentados más selectivos. Recientemente, Gutiérrez, Sanz, García-Vera, Gesteira y Morán (2020) han demostrado que el hecho de haber sufrido un atentado masivo no influía en la prevalencia del TEPT en una muestra de víctimas de atentados terroristas sucedidos en España. Sin embargo, en dicho trabajo se definió un atentado masivo como aquel que había provocado 10 víctimas mortales o más, pero no se tuvo en cuenta si el atentado, independientemente del número de víctimas que había provocado, era indiscriminado o estaba dirigido hacia una persona o grupo de personas en concreto, es decir, era selectivo.

Precisamente, el objetivo del presente estudio fue analizar si los atentados selectivos afectan de manera diferencial a la presencia de síntomas de TEPT en las víctimas directas y en sus familiares. Ciertamente, en muchos atentados selectivos las víctimas a las que van dirigidos fallecen, pero los atentados también tienen repercusiones psicológicas negativas para los familiares y tales repercusiones, en general, no se han tenido en cuenta (García-Vera y Sanz, 2016); además, en los atentados selectivos habría que tener en cuenta, por supuesto, las consecuencias psicopatológicas en las víctimas directas que consiguen salir ilesos o con heridas de diversa consideración de dichos atentados dirigidos específicamente contra ellos o contra el colectivo del que forman parte. En este sentido, el hecho de que el terrorismo en España se haya caracterizado por perpetrar muy diferentes tipos de atentados brinda la oportunidad de analizar el impacto psicológico diferencial que pudieran tener los atentados selectivos frente a los más indiscriminados y, habitualmente, masivos.

Parecen existir *a priori* argumentos tanto a favor como en contra de que los atentados selectivos, frente a los indiscriminados y masivos, podrían producir una sintomatología de TEPT más grave. Sin embargo, como se verá más adelante, al menos en el caso del terrorismo en España, existen muchos argumentos y datos indirectos que permiten aventurar la existencia de síntomas de TEPT más frecuentes y más graves en las víctimas directas de atentados selectivos y en los familiares de los fallecidos y heridos en dichos atentados.

Es verdad que si se piensa en un atentado indiscriminado y masivo, cabría hipotetizar que conllevaría una mayor alteración psicológica entre sus víctimas directas e indirectas debido a las características del mismo. Por ejemplo, en un atentado indiscriminado y masivo, y en comparación a un atentado más selectivo y que, habitualmente, afecta a un número menor de víctimas directas, la imagen de las víctimas mortales y heridas y de los estragos materiales puede ser más impactante, ya que son atentados que normalmente implican bombas de gran poder explosivo o intensos tiroteos; además, el número de víctimas directas es obviamente más alto, la probabilidad de que fallezca o sea herido algún familiar o allegado de las propias víctimas directas es más alta y la probabilidad de que los medios de comunicación transmitan noticias y muestren imágenes sobre lo sucedido también es más alta. En definitiva, un atentado indiscriminado y masivo deja a toda una población sobrecogida, dificultando por tanto la normalización de las respuestas psicológicas y favoreciendo ciertas respuestas psicopatológicas como, por ejemplo, el que las víctimas presenten rumiaciones cognitivas relacionadas con preguntas del estilo “¿Y por qué a mí?”.

Por otro lado, un atentado selectivo ciertamente afecta a una parte muy reducida de la población, de manera que la víctima puede ser una única persona (p. ej., un guardia civil, un político o un juez) o un grupo específico que pertenece a un colectivo de la población, por ejemplo, un grupo de guardias civiles o los familiares de un guardia civil, tal y como ha sido el caso en los atentados perpetrados con coche bomba al paso de coches, autobuses o convoyes que transportaban a miembros de la Guardia Civil (p. ej., el atentado la plaza de la República Argentina en Madrid en 1985 o el de la plaza de la República

Dominicana en Madrid en 1986) o los realizados contra las casas cuartel de la Guardia Civil (p. ej., los atentados contra las casas cuartel de Guernica y Zaragoza en 1987 y la de Burgos en 2009). Ello hace pensar que, por un lado, el número de afectados directamente es menor y, por tanto, la probabilidad de que fallezca o sea herido algún familiar o allegado de las propias víctimas directas sea más baja (aunque esto no se cumple necesariamente en algunos atentados dirigidos a determinados grupos o colectivos, tal y como ilustran los atentados anteriormente mencionados contra casas cuartel de la Guardia Civil o contra autobuses o convoyes que transportaban a miembros de la Guardia Civil). Además, este tipo de atentados, en la medida que tiene habitualmente menos víctimas directas, tienen menores repercusiones a nivel social, por lo que el apoyo que reciben estas víctimas es menor, evitando que esta variable actúe como factor amortiguador del daño tal como ocurre en los atentados indiscriminados y masivos.

Sin embargo, en estos atentados selectivos las víctimas lo son porque han sido concienzudamente elegidas como objetivos del acto delictivo y, normalmente, han sufrido amenazas previas de todo tipo (p. ej., a través de mensajes o comunicados públicos, pintadas en edificios, cartas personales, llamadas telefónicas personales) y bien el colectivo al que pertenecen o incluso ellos mismos han sufrido en el pasado otros atentados terroristas de mayor o menor magnitud (p. ej., actos terroristas de violencia callejera, también denominados “terrorismo de baja intensidad” o, para referirse a los actos que se producían en el País Vasco y Navarra, *kale borroka*). En este caso, pues, quizá las repercusiones psicopatológicas puedan verse influidas por unos sentimientos de amenaza, persecución e inseguridad y un estrés mayores, tanto previos al atentado como posteriores al mismo.

En España, la mayoría de los atentados acaecidos desde 1960 fueron perpetrados por el grupo terrorista ETA. De hecho, de los 1.225 fallecidos en España por atentados terroristas, al menos 857² (70%) lo fueron a manos de ETA (Alonso et al., 2010). ETA era, junto con el IRA, uno de los grupos terroristas europeos más activos y con una trayectoria más larga, y tenía como objetivo declarado y basado en un nacionalismo duro, radical e intransigente, la construcción de un estado socialista en el País Vasco y su independencia de España y Francia (Alonso et al., 2010; Benegas, 2004). Ciertamente, la historia de España ha estado marcada también por atentados cometidos por otros grupos terroristas, pero muchos de esos otros atentados tenían un carácter más indiscriminado, mientras que el objetivo de los atentados de ETA no lo era. Tal y como expresa José María Calleja en su libro “Algo habrá hecho: odio, miedo y muerte en Euskadi”, la mayoría de los atentados de ETA tenían un destinatario concreto: “Si no quieres que te maten no seas ni militar, ni guardia civil, ni policía, ni acusado de traficante de drogas, ni confidente policial, ni militante de la UCD, ni del PP ni del PSOE, ni juez, ni periodista beligerante. Si no quieres que te maten no te relaciones con ninguno de ellos, no les apoyes, no les votes, no les sigas, no expreses en público tu respaldo a la policía o tu voto a los socialistas o los populares” (Calleja, 2006). Por lo tanto, muchos de los atentados de ETA formarían parte del objeto de este estudio, es decir, muchos de esos atentados estaban dirigidos contra personas específicas probablemente por entrar dentro de algunas de los colectivos mencionados.

Es más, la mayoría de las personas asesinadas por ETA pertenecían a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (496 fallecidos de un total de 857, es decir, un 57,9%; Alonso et al., 2010), por lo que se podría suponer que la mayoría de las personas que han sufrido un atentado selectivo de ETA también pertenecían a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Por tanto, es posible que tanto ellos como sus familias hubiesen experimentado amenazas previas, sentimientos de culpa por no haber cambiado el destino de trabajo, sentimientos de indefensión, miedo y persecución relacionados con los atentados sufridos previamente por otros compañeros, e incluso un menor apoyo social, ya que el que las víctimas del terrorismo recibían era especialmente limitado hasta hace unos años y, de hecho, los

² No se tiene en cuenta el gendarme francés fallecido en Francia en 2010 en el último atentado con víctima mortal cometido por ETA antes de que anunciara el cese definitivo de su actividad armada el 20 de octubre de 2011.

atentados más personales ocurridos durante los años de la transición y consolidación democrática (1978-1995) no tenían apenas reconocimiento social y, además, los terroristas eran apoyados explícitamente por un sector importante de la sociedad vasca (Calleja, 2006; López Romo, 2015).

Entre los sentimientos negativos experimentados por las víctimas directas e indirectas cuando la banda terrorista ETA estaba en activo, en particular de las víctimas que vivían en el País Vasco, comunidad autónoma española en la que se concentró el mayor número de atentados terroristas y víctimas mortales (576 fallecidos de un total de 857, es decir, un 67,2%; Alonso et al., 2010), se encuentran los relacionados con el fenómeno del silencio del resto de la sociedad que no apoyaba directamente al terrorismo. A los sentimientos negativos que seguramente producía en las víctimas el silencio de una buena parte de la sociedad vasca, debemos añadirle otro de inseguridad relacionado con los *chivatos* de ETA, esto es, las personas encargadas de controlar al mayor número posible de los habitantes del País Vasco que se atrevían a hablar o a discrepar en público sobre las opiniones del grupo terrorista.

Diversos estudios han documentado la magnitud de las amenazas, el silencio, las coacciones, la intimidación, la persecución y, en definitiva, el acoso físico y psicológico, que sufrían las víctimas directas e indirectas del terrorismo de ETA en el País Vasco. Por ejemplo, según el estudio de López Romo (2015), en el País Vasco, durante los años 1991-2013, hubo 5.113 ataques de *kale borroka* a empresas, y entre 1995 y 2000, hubo una media de 804 ataques terroristas cada año, entre atentados de ETA y acciones de violencia callejera. Es más, según ese mismo estudio, en 2002 había 963 personas (p. ej., políticos, jueces, fiscales, periodistas, profesores de universidad, etc.) escoltadas por amenaza de ETA contra sus vidas (eso sin contar policías y guardias civiles, todos ellos objetivos de ETA). Otro estudio realizado con una muestra de 90 víctimas y amenazados de ETA en el País Vasco (Martín-Peña, 2013) reveló que un 35,6% de los participantes referían haber padecido alguna forma de violencia física y prácticamente todos habían experimentado actos de acoso psicológico, siendo las más frecuentes la estigmatización, es decir, el señalamiento público a la persona mediante distintas acciones que lo etiquetan como enemigo (90%), el desprecio, humillación o rechazo a través de insultos y otras descalificaciones (78,9%) y la amenaza a ellos mismo o a su entorno (74,4%), aunque también una mayoría de esas víctimas y amenazados de ETA habían sufrido actos de aislamiento que promovían su ostracismo en el medio social (68,9%) y actos de control-vigilancia que implicaban que ciertas personas buscaban u obtenían información sobre las actividades de los participantes que era susceptible de ser utilizada para posteriores acciones de violencia (67,8%). De hecho, un 41,1% de los participantes en el estudio de Martín-Peña (2013) llevaban más de diez años bajo una situación de amenaza y un 68,9% habían necesitado la utilización de escolta.

Para seguir profundizando en los sentimientos que podían experimentar las víctimas del terrorismo en el País Vasco, sobre todo en las décadas de los setenta, ochenta y noventa del siglo XX, y que justificarían la idea de que las víctimas de atentados selectivos podrían sufrir mayor niveles de sintomatología de TEPT que las de atentados indiscriminados y masivos, es importante centrarse en el apoyo social, no solo el que recibían las víctimas (escaso por otra parte), sino el que recibía la banda terrorista. Cuando ETA ejecutaba a una de sus víctimas, pasaba de boca en boca la frase “algo habrá hecho” (Calleja, 2006). De esta manera la sociedad ponía la responsabilidad de la muerte en la propia víctima, eximiendo de cualquier responsabilidad a los verdaderos ejecutores; le atribuían a esa ejecución un carácter de justicia. De esta forma se ponían a salvo de la maquinaria terrorista, pero es fácil imaginar lo desolados y desamparados que podían encontrarse los familiares y allegados de las víctimas cuando no solo tenían que soportar el dolor de su pérdida, sino también la idea de que la víctima era merecedora de la ejecución. Esta minimización del sufrimiento de las víctimas y de su situación por parte de una mayoría de la sociedad vasca podría resultar en una victimización secundaria (Morales y Bustillos, 2008). Por otro lado, una parte importante de la sociedad vasca apoyaba de manera abierta a los

terroristas. Así, por ejemplo, un estudio realizado sobre la consideración social de las víctimas del terrorismo en el País Vasco durante los años 1968-2010 revelaba que el 76% de los asesinatos llevados a cabo por la banda terrorista ETA durante los años de la transición (1978-1981) y el 82% durante los años de la consolidación democrática (1982-1995) no generaron movilización social alguna de apoyo a las víctimas, mientras que, por el contrario, el 100% de los fallecimientos de miembros de la banda terrorista ETA sí fueron respondidos con manifestaciones o huelgas de apoyo a los terroristas fallecidos (López Romo, 2015).

En cuanto al apoyo social recibido por las víctimas, no es hasta los años noventa del siglo XX cuando realmente las víctimas empiezan a tener un apoyo por parte de la sociedad y sus nombres empiezan a ser conocidos, mientras que hasta entonces solo los familiares se acordaban de ellas (Calleja, 2006). En concreto, con el Pacto de Ajuria Enea de 1988 y la irrupción de Gesto por la Paz dos años antes se inició una respuesta social sistemática de la sociedad vasca en contra de cada atentado de los terroristas y a favor de sus víctimas, respuesta que llegó a ser multitudinaria tras el asesinato de Miguel Ángel Blanco, el concejal del PP en Ermua (Vizcaya), en 1997. Es más, diversos estudios han documentado que la mayoría de las víctimas directas e indirectas del terrorismo en el País Vasco perciben un escaso apoyo social a su situación, especialmente de la sociedad vasca en general o de colectivos tan importantes como la Iglesia vasca, pero también de los medios de comunicación, de la policía vasca (*Ertzaintza*) o de los vecinos (Larizgoitia et al., 2011; Martín-Peña, 2013). Como se ha mencionado al comienzo de este trabajo, el apoyo social es un factor de protección en el desencadenamiento de sintomatología postraumática, por lo que cabría pensar que los familiares de esas primeras víctimas sin apoyo social reconocido pudieran haber desarrollado una mayor afectación emocional.

Objetivos e hipótesis del presente estudio

Tal y como se ha mostrado, la literatura científica presenta un vacío importante acerca del efecto negativo a nivel psicológico que supone haber sufrido un atentado selectivo, es decir, dirigido a una persona o a un colectivo en concreto. Por ello, el presente trabajo pretende explorar si existe algún tipo de relación entre haber sufrido un atentado selectivo y la sintomatología de TEPT derivada del mismo en las víctimas del terrorismo en España. Al no existir estudios previos que hayan abordado el objetivo de estudio, en los párrafos anteriores, se han revisado los datos que demuestran que las víctimas directas e indirectas de los atentados selectivos, al menos en España, han sufrido unos niveles muy altos de estrés, amenaza y acoso físico y psicológico, y unos niveles muy bajos de apoyo social, tanto antes como después del atentado, todo lo cual justificarían la hipótesis de que tales víctimas presentarán niveles más altos de sintomatología de TEPT que las víctimas de atentados indiscriminados y masivos. Dado que la literatura científica sí que ha demostrado que el impacto psicológico negativo que provoca una situación traumática no depende solamente de la intensidad de la misma, sino también de otros aspectos relacionados con la vulnerabilidad personal y la existencia de factores de riesgo previos a la situación de trauma, como pueden ser la experiencia de acontecimientos vitales negativos durante el último año, el sufrir estrés mantenido en el tiempo o la falta de apoyo social, factores que afectan a la sintomatología de TEPT tanto cuando ocurren antes de los atentados como después, la especiales circunstancias de los atentados selectivos en España en cuanto a su nivel de estrés, amenaza, acoso y apoyo social, permitirían justificar la hipótesis que se propone en el presente estudio.

De manera secundaria, en el presente estudio también se pretendía confirmar algunos factores relacionados con la presencia de TEPT y de su sintomatología en víctimas de atentados que ya habían sido encontrados en la literatura científica y que, en particular, también se han confirmado en relación con la frecuencia del TEPT en el estudio de Gutiérrez et al. (2020) en el cual se evaluó una muestra de

víctimas de atentados terroristas similar a la evaluada en el presente estudio, ya que, de hecho, en parte se solapaban. En concreto, en el estudio de Gutiérrez et al. (2020) se encontró una mayor prevalencia del TEPT en las víctimas mujeres (en comparación a las víctimas varones), en las víctimas directas (en comparación a los familiares de fallecidos o heridos en atentados) y en las víctimas de más edad, aunque no se encontró ninguna relación significativa entre los años transcurridos desde el atentado y la prevalencia del TEPT. En el presente estudio se trataba de replicar tales resultados, pero utilizando como variable dependiente no la presencia o ausencia de un diagnóstico de TEPT, sino el nivel de sintomatología de estrés postraumático, lo cual, en principio, al permitir una mayor variabilidad en la medida de estrés postraumático, aumentaría la sensibilidad del estudio para apresar diferencias individuales en dicho estrés y detectar los factores relacionados con él.

Método

Participantes

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio, realizado con la colaboración de la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT), que ofrece un seguimiento sobre las necesidades psicológicas y sociales de las víctimas del terrorismo y además evalúa la efectividad de los tratamientos psicológicos a largo plazo. Este proyecto incluye en su primera fase la realización de entrevistas telefónicas de cribado (*screening*) para identificar a víctimas que pudieran sufrir TEPT, trastornos depresivos o trastornos de ansiedad y durante la cual se administra un cuestionario específico para la evaluación de los síntomas de estrés postraumático. Posteriormente se realiza una entrevista presencialmente en la que se repasan algunos datos recabados en la evaluación telefónica y se completa con la administración de una entrevista diagnóstica clínica estructurada y de algunos cuestionarios psicopatológicos. De la realización de este proyecto y de la posibilidad de participar en él de forma voluntaria se informó a los asociados de la AVT mediante el envío de una carta y mediante la publicación de un artículo en la revista oficial trimestral de la AVT que se remite a todos sus asociados.

Para la realización del presente estudio se trató de contactar telefónicamente con 459 víctimas asociadas de las comunidades autónomas de Castilla La Mancha, Madrid y La Rioja. Por lo tanto, se trata de una muestra de conveniencia, no extraída aleatoriamente de la población general de víctimas de atentados terroristas de España. Dicha muestra inicial se vio reducida a 224 personas debido a que muchas de ellas no realizaron la entrevista telefónica por muy diversos motivos y, por lo tanto, no se disponía de la medida de sintomatología de TEPT obtenida durante la misma. La tabla 2 muestra de manera resumida esos motivos, así como la frecuencia con que se dieron y los porcentajes que representan sobre el total de víctimas que no realizaron la entrevista telefónica o cuya entrevista telefónica fue finalmente descartada. Además, otras cuatro entrevistas telefónicas estaban incompletas y no disponían de la medida de sintomatología de estrés postraumático. Finalmente, se descartaron también los datos de 17 víctimas puesto que el tipo de atentado que habían vivido no se correspondía con las categorías creadas para los objetivos de este estudio y que se explicarán más adelante, o bien no se disponía de suficiente información para poder saber a qué categoría correspondía.

El primer motivo de no realización de la entrevista telefónica de cribado que aparece en la tabla 2, rechazo directo, engloba a aquellas víctimas que expresaron directamente no querer realizar la entrevista. Este primer grupo constituye el principal motivo de la no realización de la entrevista telefónica. Por el contrario, el segundo grupo, rechazo indirecto, hace referencia a aquellas víctimas cuyos allegados informaron de que las víctimas no iban a realizarla o solicitaron que no se volviera a contactar con ella (9,8%). El siguiente motivo más frecuente fue que las víctimas no cogían el teléfono

(29,4%). En estos casos, se intentó contactar con la víctima hasta en 10 ocasiones a diferentes horas del día. Si, tras las 10 llamadas no se había podido contactar con ella, se cerraba la entrevista y siempre que era posible, se dejaba un mensaje transmitiendo la posibilidad de contactar con la AVT en caso necesario. Los menores de edad, que supusieron un 4,7% de la muestra, constituyeron un criterio de exclusión de la investigación más amplia de la que formaba parte este estudio, de manera que cuando se tenía constancia o se informaba de que alguna víctima no tenía 18 años o más, no se intentaba contactar con ella. Otra de las razones con mayor porcentaje es el número de teléfono erróneo (7,0%), haciendo referencia a aquellas víctimas de las que, desde la base de datos de la AVT, se tenía un teléfono incorrecto. El resto de motivos representan un menor porcentaje de entre los motivos por los que los participantes fueron descartados.

Tabla 2. Motivos por los que los participantes de la muestra inicial no realizaron la entrevista telefónica de cribado

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Rechazo directo	77	36,0
Rechazo indirecto	21	9,8
Número de teléfono erróneo	15	7,0
Menor de edad	10	4,7
Fallecido	6	2,8
Entrevista incompleta	1	0,5
Vive en el extranjero	4	1,9
Problemas de audición	1	0,5
Problemas de habla	1	0,5
No coge el teléfono	63	29,4
Baja en la AVT	8	3,7
Evasivas	7	3,3
Total	214	100,0

En consecuencia, la muestra de víctimas que finalmente participó en el presente estudio estaba formada por 224 personas, con edades en el momento de la evaluación comprendidas entre los 18 y los 81 años (media = 46,6 años), y siendo las mujeres un poco más de la mitad de ellas (55,4%). En la tabla 3 se detallan algunas de las características sociodemográficas más importantes de esta muestra de víctimas.

Prácticamente la totalidad de las víctimas eran españolas (94,2%) y la mayoría estaban casadas (58,0%), tenían estudios primarios o formación profesional, tanto de grado medio como superior y licenciatura universitaria o similar (20,1%, 20,5% y 20,1%, respectivamente). Del total de víctimas, la mayoría eran familiares de fallecidos en un atentado terrorista (90 víctimas), algo más de un tercio eran familiares directos (p. ej., padres, hijos, hermanos, cónyuges, etc.) de personas heridas en algún atentado terrorista (77 víctimas) y el resto (57 víctimas) eran víctimas directas en algún atentado terrorista. En ocasiones, una misma persona reunía varias de esas condiciones de víctima, es decir, podría haber resultado herida en un atentado y a la vez ser familiar de una persona herida o fallecida en ese mismo atentado o en algún otro. En estas ocasiones, se optó por darle una mayor importancia a la categoría de víctima directa frente a las demás, en caso de coincidir. Finalmente, para los objetivos del presente estudio, merece la pena destacar que en esta muestra de víctimas había un número importante de personas que pertenecían a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en el momento del atentado terrorista que habían sufrido (28,6% del total de la muestra finalmente seleccionada).

Por otro lado, las víctimas que finalmente participaron en el presente estudio habían sufrido el atentado entre 7 y 53 años (media = 30 años) antes de completar la entrevista telefónica.

Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra de víctimas del terrorismo

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	100	44,6
Mujer	124	55,4
Nacionalidad		
Española	211	94,2
Colombiana	3	1,3
Dominicana	2	0,9
Ecuatoriana	1	0,4
Francesa	1	0,4
Rumana	4	1,8
Estado civil		
Casado/a	130	58,0
Convive con pareja estable	9	4,0
Soltero/a	42	18,8
Divorciado/a	18	8,0
Separado/a	5	2,2
Viudo/a	20	8,9
Estudios		
Ninguno	3	1,3
Primarios	45	20,1
Secundaria	30	13,4
Bachillerato	28	12,5
FP	46	20,5
Diplomado universitario o similar	16	7,1
Licenciado universitario o similar	45	20,1
Máster o posgrado universitario	10	4,5
Tipo de víctima		
Víctima directa	57	25,4
Familiar fallecido	90	40,2
Familiar herido	77	34,4

Instrumentos

Todos los participantes finalmente seleccionados para realizar los análisis del presente estudio completaron una entrevista telefónica diseñada *ad hoc* para este proyecto. Esta entrevista contiene instrucciones, pautas y preguntas para poder realizar una entrevista telefónica con una víctima de un atentado terrorista y está dividida en tres partes: una primera parte en la que se recababa información sociodemográfica de las víctimas (p. ej., edad, nacionalidad, sexo, estado civil, estudios completados, número de hijos, profesión, etc.); una segunda parte centrada en el atentado en la que se pregunta si la víctima había sufrido más de un atentado (en caso afirmativo cuál era el más importante personalmente), lugar dónde vivía la víctima cuando ocurrió el atentado, un relato del mismo (cómo recuerda el día en

que ocurrió), una valoración en una escala de 0 a 10 del malestar que le ha ocasionado hablar sobre el atentado, aspectos positivos, negativos y estrategias llevadas a cabo para enfrentar la situación, apoyo social y si se había visto involucrado en algún proceso legal a raíz del atentado, y, finalmente, la tercera y última parte de la entrevista está centrada en la valoración de sintomatología psicológica en el momento de la realización de la misma y en la valoración de otros acontecimientos estresantes. Para ello, se repasaban una serie de acontecimientos que, aparte del atentado, la víctima había podido sufrir a lo largo de su vida, y se administraban cuatro cuestionarios de cribado (*screening*) psicopatológico con el objetivo de evaluar sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés postraumático y el grado de inadaptación. Uno de esos cuestionarios era la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica (PCL-S; Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993), en su adaptación española de Vázquez, Pérez-Sales y Matt (2006) para afectados por el terrorismo. A partir de la PCL-S se obtuvo la medida de sintomatología de TEPT del presente estudio. En Gutiérrez Camacho (2016) se puede encontrar información más detallada del resto de cuestionarios administrados.

Con todo ello, los dos aspectos más relevantes evaluados para este trabajo son la fecha del atentado y la sintomatología de TEPT. Gracias a la fecha del atentado se pudo acceder a una base de datos del proyecto de investigación donde aparece una descripción del mismo junto con otros datos de interés; esto permitió codificar los atentados de las víctimas finalmente seleccionadas en selectivos o no, tal y como se verá más adelante.

La PCL-S es un instrumento que consta de 17 ítems que evalúan los síntomas de TEPT según los criterios del DSM-IV: síntomas de reexperimentación, evitación, embotamiento afectivo y aumento de la activación. Cada uno de esos ítems es valorado por una escala de 1 a 5, donde 1 significa “nada en absoluto” y 5 “extremadamente”, en función de cómo la víctima ha experimentado ese síntoma en el último mes. La PCL-S permite de este modo obtener una puntuación total de sintomatología de TEPT que puede variar entre 17 y 85, de tal forma que una puntuación de 44 o más se considera que indica la presencia de una sintomatología clínicamente significativa (Blanchard et al., 2004). Dentro de los diferentes instrumentos empleados para evaluar la presencia y gravedad de la sintomatología de TEPT, la PCL es el que cuenta con un mayor número de publicaciones al respecto (Reguera et al., 2014). Además, Reguera et al. (2014) evaluaron las propiedades psicométricas de la PCL-S en víctimas española de terrorismo y obtuvieron una fiabilidad alta (alfa de Cronbach = 0,94), así como buenos índices de validez factorial y de validez de grupos contrastados.

Procedimiento

Antes de llevar a cabo la entrevista mencionada en el epígrafe anterior, todos los asociados de la AVT habían recibido una carta en la que se les informaba de la investigación más amplia de la que formaba parte este trabajo y que en los próximos meses un grupo de psicólogos les llamarían para realizar de forma totalmente voluntaria una entrevista telefónica para valorar sus necesidades psicológicas y sociales. Esta entrevista fue realizada en todos los casos por psicólogos entrenados específicamente en su administración con víctimas de atentados terroristas. Su aplicación llevó como media 47 minutos.

Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS, versión 20, y en todos ellos, para considerar un resultado como estadísticamente significativo, se adoptó el nivel habitual de probabilidad de cometer un error de tipo I de $p < 0,05$. Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para evaluar la relación entre la puntuación total en la PCL-S considerada como variables criterio y el tipo de atentado como variable criterio, controlando el efecto de otras variables predictoras

como el sexo (codificada como 0 para varón y 1 para mujer), la edad, la categoría familiar de la víctima y los años transcurridos desde el atentado, ya que, tal y como se comentó en la Introducción, son factores que la literatura científica ha demostrado que pueden estar relacionadas con un mayor o menor nivel de sintomatología de TEPT y, además, constituyen el objetivo secundario del presente trabajo.

A partir de la descripción del atentado vivido por cada víctima, se creó una nueva variable para codificar los atentados según las siguientes categorías:

- *Atentado indiscriminado*. Un atentado considerado en este trabajo como *indiscriminado* es aquel que no iba dirigido a una persona en particular. Un ejemplo de esta categoría sería los atentados del 11-M (en este caso el atentado es considerado también masivo, pero no siempre coinciden estos dos criterios).
- *Atentado selectivo*. Un atentado considerado selectivo en este trabajo es aquel destinado a una persona en concreto, con la investigación previa de la víctima que eso conlleva. Como ejemplo se podría citar el atentado del 28 de octubre de 1986 en Bilbao en el que un policía fue asesinado por la banda terrorista ETA a la entrada de su domicilio.
- *Atentado selectivo e indiscriminado*. Esta categoría fue creada para recoger aquellos casos en los que el objetivo del atentado era una persona concreta (selectivo), pero debido a los efectos colaterales del atentado fallecen una o varias personas a las que no iba directamente dirigido el atentado. Por ejemplo, el 7 de mayo de 1981, en Madrid, la banda terrorista ETA perpetró un atentado contra el Jefe del Cuartel Militar de la Casa Real quien resultó herido, falleciendo tres militares y resultando heridas 21 personas. Para el Jefe del Cuartel Militar de la Casa Real el atentado fue selectivo, pero para las demás víctimas el atentado fue considerado selectivo e indiscriminado.
- *Atentado indiscriminado, pero con colectivo objetivo*. Esta categoría atiende a aquellos atentados cuyas víctimas no fueron en concreto el objetivo del atentado, pero todos ellas formaban parte de un mismo colectivo objetivo. En este caso estarían, por ejemplo, los atentados perpetrados contra las casas cuartel de la Guardia Civil, en los que el objetivo era atacar contra ese colectivo, independientemente de qué miembro individualmente podía verse afectado por el atentado. A este respecto, un ejemplo ilustrativo sería el atentado ocurrido el 29 de mayo de 1991 cuando la banda terrorista ETA lanzaba un coche-bomba contra la casa cuartel de la Guardia Civil en Vic (Barcelona).
- *Otros atentados*. Esta categoría fue creada para englobar aquellos casos de los que no se disponía información acerca del atentado o para aquellos atentados cuya descripción no encajaba en las categorías finalmente creadas. Dado que esta categoría se correspondía tan solo con 17 casos de la muestra inicial, se decidió eliminarla de los análisis finales de este estudio y dejar la muestra final en 224 víctimas, tal y como se indicó en el apartado sobre los participantes.

La tabla 4 muestra las frecuencias y porcentajes de cada una de las categorías creadas respecto al tipo de atentado. A partir de estas categorías, se crearon variables *dummy* para valorar el efecto que tenía en la puntuación en la PCL-S el haber sufrido un tipo de atentado u otro según la clasificación anteriormente descrita. Una de ellas hacía referencia a la condición de atentado selectivo frente a todos los demás; la siguiente a la condición de atentado selectivo e indiscriminado, frente a los demás; y, finalmente, una última variable *dummy* hacía referencia a la condición de atentado indiscriminado, pero con colectivo objetivo, frente al resto de condiciones.

Respecto a la relación de la víctima con el atentado, se creó una nueva variable con tres niveles: víctima directa (herido o ileso), familiar de fallecido y familiar de herido. Sin embargo, dicha variable fue también transformada en dos variables *dummy* para poder realizar los análisis de regresión: una variable correspondiente a la categoría de víctima directa frente a las demás y la segunda variable correspondiente a la condición de familiar de fallecido frente a los demás. Se realizó esta elección de

creación de variables *dummy* porque se consideró que las categorías correspondientes a víctima directa y familiar de fallecido serían las más afectadas por sintomatología TEPT.

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de los tipos de atentados terroristas sufridos por las víctimas del presente estudio según las categorías de tipos de atentados creadas

Tipo de atentado	Frecuencia	Porcentaje
Atentado indiscriminado	103	46,0
Atentado selectivo	29	12,9
Atentado selectivo e indiscriminado	28	12,5
Atentado indiscriminado pero con colectivo objetivo	64	28,6
Total	224	100,0

Resultados

Antes de la realización de los análisis de regresión lineal múltiple, se calcularon las correlaciones entre las variables predictoras utilizadas en este estudio para así examinar posibles problemas de colinealidad. Los resultados de dichas correlaciones aparecen recogidos en la tabla 5 y los mismos sugieren que no existían problemas graves de colinealidad entre los predictores, ya que las correlaciones más altas entre ellos se daban entre la puntuación total de la PCL-S y la condición de víctima directa ($r = 0,319$), y entre la condición de atentado selectivo y los años transcurridos desde el atentado ($r = 0,367$), pero ninguna de esas correlaciones superó el valor de 0,80.

Los resultados del análisis de regresión múltiple revelaron que el modelo de variables predictoras estaba asociado de forma estadísticamente significativa con la sintomatología de TEPT ($F = 4,80$, $p < 0,001$). El coeficiente de determinación (R^2), que expresaba la proporción de variación de la sintomatología de TEPT explicada por el modelo, fue 0,16, es decir, que el 16% de la variabilidad en sintomatología de TEPT era variación sistemática explicada por el modelo. Esta proporción bajó ligeramente a 0,12 cuando se consideró la R^2 corregida, que penaliza el número de predictores.

En la tabla 6 se presentan los estadísticos t (y su significación estadística) correspondientes a las pruebas de significación de los coeficientes de regresión de cada una de las variables predictoras del modelo. En dicha tabla se puede apreciar que el sexo y la condición de víctima directa (frente a ser familiar de herido o de fallecido) fueron las únicas variables que, controlando el resto de variables del modelo, estaban asociadas de forma estadísticamente significativa con la sintomatología de TEPT (ambas con coeficientes beta estadísticamente significativos con $p = 0,04$ y $0,01$, respectivamente), de manera que, teniendo en cuenta el signo de sus coeficientes de regresión, el hecho de ser mujer y de haber sido víctima directa en el atentado (hubiese sido herido o no durante el atentado) estaban relacionados con una mayor puntuación en la PCL-S. El resto de variables estudiadas no mostraron coeficientes de regresión estadísticamente significativos y, por lo tanto, ni el tipo de atentado, ni la condición de familiar de fallecido, ni la edad, ni los años desde el atentado estaban relacionadas con la sintomatología de TEPT en esta muestra de víctimas de atentados.

Tabla 5. Correlaciones entre todas las variables predictoras de este estudio en la muestra de 224 víctimas de atentados terroristas

	PCL	Sexo	Edad	Víctima directa	Familiar de fallecido	Atentado selectivo	Atentado selectivo e indiscriminado	Atentado indiscriminado y colectivo objetivo	Años desde el atentado
PCL	1,00	,096	,101	,319	-,046	-,081	-,034	-,047	-,165
Sexo	,096	1,00	,083	-,219	,184	-,003	-,031	-,107	-,108
Edad	,101	,083	1,00	,099	,107	,070	-,021	-,014	,206
Víctima directa	,319	-,219	,099	1,00	-,507	-,201	,018	-,053	-,215
Familiar de fallecido	-,046	,184	,107	-,507	1,00	,258	-,111	,074	,183
Atentado selectivo	-,081	-,003	,070	-,201	,258	1,00	-,141	-,240	,367
Atentado selectivo-indiscriminado	-,034	-,031	-,021	,018	-,111	-,141	1,00	-,240	,081
Atentado indiscriminado-colectivo	-,047	-,107	-,014	-,053	,074	-,240	-,240	1,00	,182
Años desde el atentado	-,165	-,108	,206	-,215	,183	,367	,081	,182	1,00

Tabla 6. Análisis de regresión múltiple sobre la sintomatología de TEPT medida por la PCL-S en la muestra de 224 víctimas de atentados terroristas

Variables predictoras	β	t	r parcial
Sexo	1,14	2,06*	,14
Edad	-,06	0,81	,06
Víctima directa	,39	5,03**	,33
Familiar de fallecido	,14	1,83	,13
Atentado selectivo	-,01	-,14	-,01
Atentado selectivo-indiscriminado	-,02	-,23	-,02
Atentado indiscriminado con colectivo objetivo	-,01	-,13	-,01
Años desde el atentado	-,10	-1,24	-,09

Nota. PCL-S: Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Discusión

El objetivo principal de este trabajo era comprobar la hipótesis de una mayor presencia y gravedad de sintomatología de TEPT en víctimas de atentados terroristas selectivos frente a aquellas víctimas que habían sufrido un atentado indiscriminado (no necesariamente masivo, aunque en la mayoría de las ocasiones coincidían las dos características). Ante la falta de estudios previos sobre la relación entre el tipo de atentados en la dimensión selectivo-indiscriminado y sus consecuencias psicopatológicas, la hipótesis principal del presente estudio surgió tras reflexionar sobre los factores que anteceden y acompañan posteriormente a las víctimas de atentados más selectivos, especialmente en el caso de las víctimas de terrorismo en España.

Las especiales circunstancias de la historia del terrorismo en España permiten suponer que la mayoría de las víctimas directas e indirectas de atentados terroristas selectivos han sufrido unos niveles muy altos de estrés, amenaza y acoso físico y psicológico, y unos niveles muy bajos de apoyo social, tanto antes como después del atentado (Alonso et al., 2010; Calleja, 2006; Larizgoitia et al., 2011; López Romo, 2015; Martín-Peña, 2013). Dado que la literatura científica sí que ha demostrado que el impacto psicológico negativo que provoca una situación traumática no depende solamente de la intensidad de la misma, sino también de otros factores relacionados con el estrés y el apoyo social experimentado antes y después del atentado, parecía lógico hipotetizar que las víctimas de atentados selectivos podrían presentar una mayor sintomatología de TEPT que las víctimas de atentados más indiscriminados y masivos.

En este sentido, en este estudio se plantearon una serie de factores presentes en un atentado selectivo (pero no en uno indiscriminado) que podrían intensificar la sintomatología de TEPT posterior (p. ej., amenazas previas, seguimiento de la víctima, sentimientos de culpa, miedo, etc.) y, así mismo, dado que el apoyo social es un factor que protege y amortigua el impacto psicológico que produce el atentado, presentábamos indicios de otros estudios que sugerían que las víctimas de atentados selectivos apenas recibían apoyo social y, de hecho, en muchas ocasiones les hacían responsables del delito y las bandas terroristas eran apoyadas por sus actos violentos. Además, el hecho de haber estado durante más tiempo expuesto al delito violento repercute en una mayor sintomatología posterior, y estas víctimas de

delitos selectivos eran perseguidas y amenazadas durante mucho tiempo antes. Para estar en el punto de mira era suficiente, como se detalla en la Introducción, con ser policía, guardia civil, militar, seguidor de determinados partidos políticos, etc.; ya solo con eso, esas personas formaban parte de un colectivo en riesgo de ser víctima de un atentado terrorista.

Los resultados del presente estudio, sin embargo, no han permitido substanciar esta hipótesis, y, tras controlar el efecto de otras variables como el sexo, la edad, el tipo de víctima o los años transcurridos desde los atentados, el tipo de atentado (selectivo frente a indiscriminado) no estaba relacionado con el nivel de sintomatología de TEPT que experimentaban las víctimas directas e indirectas de este estudio.

Quizá, aunque las razones para justificar la mayor presencia de sintomatología de TEPT en las víctimas de atentados selectivos puedan estar fundadas, los atentados indiscriminados y masivos pueden a su vez presentar otros factores que, por otra vía, incrementen la gravedad de los síntomas de TEPT de sus víctimas haciendo que no existan diferencias entre ambos tipos de atentados, aunque por factores distintos. En este sentido, quizá el hecho de que un atentado indiscriminado y generalmente masivo provoque el sobrecogimiento de toda una población, dificultando por tanto la normalización de lo sucedido, y de que tenga una mayor presencia en los medios de comunicación, sin olvidar el hecho de que implica la exposición a un mayor número de víctimas y damnificados en el momento del delito, serían características suficientes para explicar la ausencia de diferencias respecto a los atentados más selectivos.

Por otro lado, dado que las víctimas en este estudio fueron evaluadas muchos años después de que los atentados hubiesen ocurrido (una media de 30 años después), cabría la posibilidad de que la distinción entre atentados selectivos frente a indiscriminados fuera relevante para explicar las diferencias individuales en sintomatología de TEPT a corto, medio o largo plazo, es decir, a las pocas semanas, meses o años después de los atentados, pero que no fuera relevante para explicar las diferencias individuales en sintomatología de TEPT a muy largo plazo, una media de 30 años después de los atentados. En este sentido, es importante señalar que este estudio se empezó a realizar después de que ETA hubiese anunciado el cese definitivo de su actividad armada, tras unos años en los que este grupo terrorista había mostrado un declive claro en su actividad terrorista y tras unos años en los que el contexto social en el País Vasco y, en general, en España, era muy favorable para las víctimas, de manera que sus derechos se habían visto reconocidos y plasmados en la creación de distintas leyes de reconocimiento y protección integral a las víctimas del terrorismo (Rodríguez Uribe, 2013).

En relación con los objetivos secundarios de este estudio, sus resultados han confirmado que el sexo de las víctimas y la relación directa o indirecta de las víctimas con los atentados son características que sí están relacionadas de forma estadísticamente significativa con los niveles de sintomatología de TEPT que presentan las víctimas del terrorismo. En concreto, y en consonancia con los resultados de estudios previos (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez et al., 2020), las víctimas mujeres (en comparación a las víctimas varones) y las víctimas directas (en comparación a los familiares de víctimas directas) presentaban niveles más altos de sintomatología de TEPT.

Por el contrario, los resultados del presente estudio no apoyan empíricamente que exista una relación significativa de los años transcurridos desde el atentado, la edad de las víctimas y el hecho de ser familiar de fallecido o familiar de herido con la sintomatología de TEPT. Estos resultados no son coherentes con los obtenidos por Gutiérrez et al. (2020) respecto a la prevalencia del TEPT, aunque en este último estudio no se tuvo en cuenta y no se controló el efecto que pudiera tener las diferencias en el tipo de atentado selectivo frente a indiscriminado, por lo que habría que esperar a que futuras investigaciones incluyan todas las variables predictoras anteriormente mencionadas para resolver esta aparente contradicción entre los resultados de ambos estudios.

Es más, esas contradicciones así como el resto de resultados obtenidos en el presente estudio se deben considerar a la luz de las limitaciones que presenta este trabajo. Quizás la más importante tenga que ver con la muestra de víctimas que finalmente participó en el estudio. En primer lugar, la muestra

está extraída del conjunto de víctimas asociadas a la AVT, por lo que no representa a la totalidad de víctimas de atentados terroristas en España. Sin embargo, es difícil ver las razones por las que la relación entre tipo de atentado y sintomatología de TEPT tendría que ser distinta en las víctimas asociadas a la AVT que en el resto de víctimas de atentados terroristas en España. En segundo lugar, de la muestra global inicial hubo un porcentaje importante de víctimas que no realizaron la entrevista telefónica y que, por lo tanto, no pudieron ser incluidas en el estudio. A este respecto caben dos posibilidades: es posible que las personas que finalmente accedieron a participar fueran las más afectadas y por lo tanto las que más ayuda necesitaban; pero, quizá, suceda todo lo contrario, y precisamente las víctimas que rechazaron participar fueran las que peor se encontraban y más dificultades tenían para hablar del atentado sufrido por el temor a que pudieran sufrir recordando y hablando del atentado. En cualquier caso, es difícil de nuevo ver las razones por las que la relación entre tipo de atentado y sintomatología de TEPT tendría que ser distinta en las víctimas que accedieron a participar y en las que no accedieron.

Otra limitación que afecta a la ausencia de resultados respecto a las diferencias en sintomatología de TEPT entre la condición de familiar de fallecido y familiar de herido tiene que ver con el hecho de que esa distinción confunde la existencia de otros factores que pudieran explicar las diferencias en sintomatología de TEPT, en el sentido, por ejemplo, de que probablemente no afecte de la misma manera que en el atentado haya fallecido un familiar u otro, o de que el herido sea un familiar u otro, o de que el herido presente secuelas con menor o mayor gravedad.

Finalmente otra de las limitaciones en el estudio podría estar en el procedimiento utilizado para administrar el instrumento que medía los síntomas de estrés postraumático. La PCL-S es un instrumento autoaplicado, pero en este estudio se utilizó de forma heteroaplicada. Aunque los psicólogos encargados de su aplicación habían recibido un entrenamiento previo en habilidades telefónicas y en el modo de administrarlo heteroaplicadamente y por teléfono, sería deseable que en futuras investigaciones se analizara el efecto que la aplicación de cuestionarios autoaplicados administrados de forma heteroaplicada pueda tener en los resultados.

Por otro lado, es importante destacar que este estudio se centraba en explorar la presencia de mayor sintomatología de TEPT en víctimas de atentados selectivos, partiendo de la hipótesis de que estas personas estarían más afectadas psicológicamente por las características que han conllevado este tipo de atentados en España. Ahora bien, quizá sí presenten mayor sintomatología, pero no necesariamente de TEPT, ya que aunque el TEPT es el trastorno de mayor prevalencia en personas que han sufrido un atentado directa o indirectamente, no es el único trastorno presente, existiendo también una prevalencia importante de depresión y trastornos de ansiedad en esta población (García-Vera y Sanz, 2016). Por ello, la evaluación de otros tipos de síntomas psicológicos y el análisis de su relación con las diferencias entre atentados en la dimensión selectivo frente a indiscriminado parece una vía de investigación abierta y prometedora para futuros trabajos.

En conclusión, en este trabajo se ha señalado que la literatura científica presenta un vacío respecto al estudio de las consecuencias psicopatológicas derivadas de un atentado selectivo, ya que no se ha encontrado ningún estudio que hasta la fecha haya analizado la posibilidad de que el tipo de atentado en la dimensión de selectivo frente a indiscriminado-masivo esté relacionado con la sintomatología de TEPT. En este sentido, este es el primer estudio que ha abordado esa laguna y sus resultados indican que el tipo de atentado terrorista en función de esa dimensión de selectivo frente a indiscriminado no está relacionado con la sintomatología de TEPT que a muy largo plazo presentan las víctimas de dichos atentados. En concreto, no parece que los atentados selectivos provoquen a muy largo plazo un mayor nivel de síntomas de TEPT que los atentados indiscriminados. Así mismo, ser familiar de herido (frente a ser familiar de fallecido), la edad y los años transcurridos desde el atentado tampoco influyen en la sintomatología de TEPT, pero, en cambio, ser mujer o haber sido víctima directa de un atentado terrorista sí que están relacionados con un mayor nivel de sintomatología de TEPT.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido en parte posible gracias a una ayuda del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (ref. PGC2018-098387-B-I00). Los autores quieren también expresar su agradecimiento más sincero a la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT) por su inestimable colaboración en la realización de este estudio.

Referencias

- Alonso, R., Domínguez, F. y García Rey, M. (2010). *Vidas rotas. Historia de los hombres, mujeres y niños víctimas de ETA*. Madrid: Espasa.
- Benegas, J. M. (2004). *Diccionario Espasa de Terrorismo*. Madrid: Espasa.
- Blanchard, E. B., Kuhn, E., Rowell, D. L., Hickling, E. J., Wittrock, D., Rogers, R. L., (...) Steckler, D. C. (2004). Studies of the vicarious traumatization of college students by the September 11th attacks: effects of proximity, exposure and connectedness. *Behavior Research and Therapy*, 42(2), 191-205.
- Brewin, C. R., Andrews, B. y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Calleja, J. M. (2006). *Algo habrá hecho: odio, miedo y muerte en Euskadi*. Madrid: Espasa.
- DiMaggio, C. y Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: a meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13, 559-566.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96), 527-555.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(Supl.), 139-146.
- García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2016). Repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas en las víctimas adultas y su tratamiento: estado de la cuestión. *Papeles del Psicólogo*, 37, 3-13.
- 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, 328-359.
- Gutiérrez Camacho, S. (2016). *Prevalencia de trastornos psicológicos en población española víctima de atentados terroristas* (Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid). Recuperado de <https://eprints.ucm.es/38866/1/T37663.pdf>
- Gutiérrez, S., Sanz, J., García-Vera, M. P., Gesteira, S. y Morán, N. (2020). *Time doesn't heal all wounds: prevalence of mental disorders in victims of terrorism six to 39 years after attacks*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Johnson, J., Maxwell, A. y Galea, S. (2009). The epidemiology of posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Annals*, 39(6), 326-334.
- Larizgoitia, I., Fernández, I., Markez, I., Izarzugaza, I., Larizgoitia, A., Moreno, F., Páez, D. y Martín-Beristaín, C. (2011). Secuelas de la violencia colectiva: hablan las víctimas del estudio ISAVIC. *Gaceta Sanitaria*, 25, 115-121.
- 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.
- Martín-Peña, J. (2013). Amenazados de ETA en Euskadi: una aproximación al estudio científico de su victimización. *Eguzkilore*, 27, 95-117.

- 214 Soriano, A., Altungy, P., Gesteira, G., Morán, N. Navarro, R., Sanz-García, A. García-Vera, M.P. y Sanz, J.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano Vindel, A., Iruarrizaga, I., González Ordi, H. y Galea, S. (2004). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud*, 15(3), 293-304.
- Morales, J. F. y Bustillos, A. (2008). La exclusión social. En J. F. Morales, C. Huici, E. Gaviria y A. Gómez (Eds.), *Método, teoría e investigación en psicología social*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START). (2015). *Country Reports on Terrorism 2014: Annex of Statistical Information*. Universidad de Maryland. Recuperado de: <http://www.state.gov/documents/organization/239628.pdf>
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START). (2018). *GTD. Global Terrorism Database. Codebook: inclusion criteria and variables. July 2018*. Recuperado de <http://www.start.umd.edu/gtd>
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START). (2019). *Global Terrorism Database* [Archivo de datos]. Recuperado de <http://www.start.umd.edu/gtd>
- Neria, Y., DiGrande, L. y Adams, B. (2011). Posttraumatic stress disorder following the September 11, 2001, terrorist attacks: a review of the literature among highly exposed populations. *American Psychologist*, 66(6), 429-446.
- North, C. S., Pfefferbaum, B., Narayanan, P., Thielman, S. y McCoy, G. (2005). Comparison of post-disaster psychiatric disorders after terrorist bombings in Nairobi and Oklahoma City. *British Journal of Psychology*, 186, 487-493.
- Reguera, B., Mínguez, A., Barranco, A., Rubert, L., Calle, A., Rodríguez, A., Gutiérrez, S., Pascual, S. y Sanz, J. (2014). *La lista de verificación del trastorno por estrés postraumático (PCL): propiedades psicométricas de una versión española en víctimas de terrorismo*. Comunicación presentada en el X Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), Valencia, 11-13 de septiembre.
- Rodríguez Uribe, J. M. (2-013). *Las víctimas del terrorismo en España*. Madrid: Dykinson.
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2020). 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*. Nueva York: Wiley.
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Nixon, S. J. y Dickson, W. (2000). Predictors of post-traumatic stress symptoms in Oklahoma City: exposure, social support, peri-traumatic responses. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27(4), 406-416.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P. y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the Madrid March 11, terrorist attacks: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 161-174.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A. y Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility*. Comunicación presentada en la 9ª Conferencia Anual de la International Society for Traumatic Stress Studies, 24-27 de octubre, San Antonio, Texas.