

IMPACTO PSICOLÓGICO DEL TERRORISMO Y SU ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

DESDE LA PERSPECTIVA DE
LOS DERECHOS HUMANOS



Aliety Fernández Marrero

Aliety Fernández Marrero

**Impacto psicológico del terrorismo
y su atención en salud mental**

desde la perspectiva de los Derechos Humanos



Este libro ha sido financiado con el apoyo de la Fundación Víctimas del Terrorismo



El editor no se hace responsable de las opiniones recogidas, comentarios y manifestaciones vertidas por los autores. La presente obra recoge exclusivamente la opinión de sus autores como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de la autora, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

En colaboración con la Asociación Murciana de Víctimas del Terrorismo (AMUVITE)

Primera edición: octubre de 2021

© Autora: Aliety Fernández Marrero

Puede contactar con la autora a través de la web www.aliety psicologa.es

© Ilustraciones: Stefan Seidel

© Diseño de la cubierta: Carmen Salinas Cortázar

© **DM**

ISBN: 978-84-18860-88-1

Depósito Legal: MU 1112-2021

Edición a cargo de: Diego Marín Librero–Editor. S.L.
Merced, 25.30001–Murcia
Tfno. 968 24 28 29 / 968 23 75 78

A las Víctimas del Terror

Agradecimientos

En primer lugar, quiero dar mis agradecimientos a las víctimas del terrorismo de la ASOCIACIÓN AMUVITE por permitirme adentrarme en sus historias de vida, ser testigo del sufrimiento de las familias a raíz del terrorismo, un malestar que, no en pocos casos, se ha quedado impregnado en mi piel y conmovido mi esencia. Tal vez ese sea uno de los motivos que me ha llevado a escribir este libro junto con la dimensión ética que conlleva, una especie de necesidad de ponerle voz a sus historias, de expresarlas para que no caigan en el olvido y facilitar que la humanidad pueda avanzar en el camino de combatir la violencia terrorista, por los efectos tan destructivos que conlleva en muchas áreas de vida, dividiendo y desgarrando sociedades enteras. Por eso este libro incluye el relato de las víctimas de las que me ha conmovido, también, sus esfuerzos por reconstruirse, funcionar, permanecer unidos, sacar adelante sus familias, sus proyectos; a pesar del impacto del terror y del abandono social e institucional soportado durante muchos años. Al escribirlo, he sentido que mi cuerpo se ha aliviado de una carga que tenía que compartir, que era obligatorio expresar. Dentro de la ASOCIACIÓN AMUVITE, agradezco en particular a la Junta Directiva y especialmente, a su presidente Luis Beñago, por su apoyo al trabajo realizado.

En segundo lugar, agradezco a la Fundación de Víctimas del Terrorismo, por colaborar con la subvención de este proyecto.

En tercer lugar, quiero agradecer a María Paz García Vera y Jesús Sanz, quiénes fueron mis directores de tesis doctoral, por su valiosa contribución a mi trayectoria profesional. Sin sus enseñanzas, su aporte al conocimiento científico en esta área, su calidad humana y su rigor metodológico, mi forma de concebir el trabajo con las víctimas no hubiese sido el mismo: por las semillas que sembraron en mí como investigadora y como psicoterapeuta.

Por último, agradezco a mi familia por su tolerancia y paciencia conmigo durante el tiempo en que desarrollé mi tesis doctoral con las víctimas y después por su acompañamiento mientras he escrito este libro. A mis hijas, por sus sonrisas delicadas, su alegría y su luz. A mis padres, a quiénes debo el don de la vida. Por su cariño y por sus numerosas preguntas acerca de este libro, cuya investigación ha supuesto casi diez años de mi vida. A Steff por su ayuda con el manuscrito, por su apoyo con el formato y la dedicación para que el mismo fuese legible y atractivo para el lector. A mi amigo Paco Salinas, por sus orientaciones precisas.

A todos, muchas gracias.

Índice

INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I EL TERRORISMO, SUS VÍCTIMAS Y LOS DERECHOS HUMANOS	17
1. Introducción	17
2. El terrorismo en el siglo XXI	18
3. Definición de terrorismo	24
4. Las víctimas del terrorismo y los Derechos Humanos	28
El caso de Ana: Las divisiones en el entorno comunitario generadas por el terrorismo	32
5. Procesos de victimización secundaria	39
El caso de Antonio: Los efectos de la victimización y la dilación del proceso judicial	41
El caso de Pedro: El abandono social e institucional	45
6. Conclusiones	47
CAPÍTULO II CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LOS ATENTADOS TERRORISTAS	51
1. Introducción	51
2. Las reacciones de estrés frente a un atentado terrorista	53
El caso de Ángela: Las reacciones de estrés en poblaciones expuestas al terrorismo	54
3. Repercusiones psicopatológicas del terrorismo en adultos	57
El caso de Pedro: Conviviendo con el trastorno de estrés postraumático	59
El caso de Sergio: El TEPT y el Trastorno de angustia por agorafobia	61
El caso de María: El duelo traumático	63
4. Factores de riesgo en víctimas del terrorismo	69
4.1 La edad	72
4.2 El sexo	72
4.3 La naturaleza del estresor	73
4.4 El grado de exposición al evento traumático	74
4.5 La gravedad e intensidad de la situación	75
4.6 Actitudes disfuncionales / Factores cognitivos	76
4.7 La personalidad y vulnerabilidad de la víctima	78
4.8 El tipo de apego	80
4.9 El apoyo social y su percepción	82
4.10 Factores de vulnerabilidad de las víctimas del terrorismo en España	85

5. Impacto del terrorismo sobre los niños y adolescentes	87
5.1 Repercusiones psicopatológicas del terrorismo	88
5.2 Repercusiones neurobiológicas y neuropsicológicas de la violencia	95
5.3 Otras consecuencias del terrorismo en niños y adolescentes	101
El caso de Ana: Los problemas académicos y de relación de su hijo a raíz del terrorismo	101
5.4 Factores de riesgo en niños y adolescentes expuestos al terrorismo	105
5.5 Factores de protección	114
5.6 Conclusiones	119

CAPÍTULO III IMPACTO DEL TERRORISMO SOBRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LAS RELACIONES DE PAREJA 127

1. Introducción	127
2. El impacto de la violencia masiva sobre las familias	129
2.1 Factores familiares asociados a problemas de salud mental	132
2.2 Estudio de caso de las relaciones familiares a muy largo plazo del atentado	136
3. El impacto del TEPT y la depresión sobre el funcionamiento parental	144
El caso de Marcelo: El impacto del TEPT sobre la familia	149
4. El impacto de la depresión, la ansiedad y el TEPT sobre la pareja	151
El caso de Sergio: EL impacto del TEPT en la relación de pareja	157
El caso de Sonia: El impacto de un atentado terrorista, años más tarde, en la relación de pareja	163
5. Impacto del duelo complicado sobre la pareja y la familia	166
El caso de la familia Pérez-Mendoza: El impacto de la muerte del padre	171
La familia de María: Impacto del duelo de la madre en el funcionamiento familiar	175
6. La resiliencia de familias y parejas	178
7. Conclusiones	184

CAPÍTULO IV PROCESOS DE TRAUMATIZACIÓN SECUNDARIA EN FAMILIAS AFECTADAS POR LA GUERRA Y EL TERRORISMO 191

1. Introducción	191
2. Traumatización secundaria en las parejas de los sobrevivientes de traumas	193
El caso de Encarna: Traumatización secundaria de una víctima del terrorismo	194
3. Traumatización secundaria en las familias de los sobrevivientes de traumas	201

4. Los mecanismos de transmisión intergeneracional del trauma	208
El caso de Eva: Un caso de transmisión intergeneracional del trauma	209
5. Conclusiones	217

CAPÍTULO V LA PANDEMIA DE LA COVID-19 Y VÍCTIMAS DEL TERRORISMO: UN MODELO ECOLÓGICO DE FACTORES DE RIESGO **223**

1. Introducción	223
2. Terrorismo y pandemia de la COVID-19	226
3. Consecuencias de la pandemia sobre la salud mental: trauma y resiliencia	228
4. Factores de riesgo para la salud mental en tiempos de pandemia	233
5. La pandemia desde la perspectiva de la pérdida	239
6. El confinamiento y la cuarentena forzada	245
7. Un modelo ecológico de factores de riesgo en víctimas del terrorismo	248
8. Factores personales de riesgo en víctimas del terrorismo	253
8.1 Actitudes disfuncionales previas / Factores cognitivos	253
El caso de Marta: El papel de las cogniciones negativas en la pandemia	256
8.2 Miedo y Ansiedad ante la muerte / Déficits en la regulación emocional	263
8.3 Existencia de trastornos mentales previos	265
8.4 Aislamiento social/ Soledad, Falta de apoyo social	270
8.5 Rasgos de vulnerabilidad y tipo de apego	272
8.6 Las estrategias de afrontamiento	274
8.7 Mayor reactividad al estrés	276
8.8 Ser pacientes crónicos	278
8.9 Ser mujer y polivictimización	281
9. Los factores de riesgo y resiliencia en las familias	285
9.1 Factores de riesgo y resiliencia en la relación de pareja	286
9.2 Factores familiares de riesgo y resiliencia frente a la pandemia	291
10. Conclusiones	319

CAPÍTULO VI EL TRATAMIENTO INDIVIDUAL DE LAS VÍCTIMAS DE SUCESOS TRAUMÁTICOS **329**

1. Introducción	329
2. Las intervenciones psicosociales	331
2.1 Los primeros auxilios psicológicos	334
2.2 Los tratamientos psicológicos tempranos	338
2.3 El tratamiento psicológico individual en adultos	339
2.4 Intervenciones psicológicas para el tratamiento del TEPT en adultos	343
2.5 El tratamiento psicológico para adultos víctimas del terrorismo	347

3.	Las intervenciones en niños y adolescentes	350
3.1	La intervención sobre las necesidades de los niños en edad preescolar	350
3.2	Intervenciones psicológicas en escolares y adolescentes	354
3.3	Apoyo empírico de los tratamientos psicológicos para niños y adolescentes	357
4.	La importancia de la relación terapéutica	361
5.	El tratamiento psicofarmacológico	367
5.1	El tratamiento psicofarmacológico de las víctimas de traumas	367
5.2	El tratamiento psicofarmacológico en víctimas del terrorismo	371
5.3	El uso de psicofármacos en niños y adolescentes	373
6.	Conclusiones	375

CAPÍTULO VII LA TERAPIA DE PAREJA Y DE FAMILIA PARA VÍCTIMAS DE SUCESOS TRAUMÁTICOS 383

1.	Introducción	383
2.	El tratamiento psicológico para parejas víctimas de sucesos traumáticos	385
2.1	La terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT (TCC-C)	388
2.2	La TCC-C centrada en el trauma en parejas víctimas del terrorismo	399
2.3	El apoyo empírico de los tratamientos de pareja para las víctimas de traumas	413
3.	El tratamiento psicológico para familias afectadas por sucesos traumáticos	419
3.1	La Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT)	420
3.2	La terapia familiar sistémica	423
3.3	Programas para el tratamiento del TEPT en familias	430
3.4	El tratamiento psicológico para familias afectadas por terrorismo	436
3.5	Intervenciones familiares en el contexto de la Asociación AMUVITE	447
3.6	El apoyo empírico del tratamiento para familias afectadas por traumas	467
4.	Conclusiones	475

CAPÍTULO VIII ASPECTOS SOCIALES DE LA INTERVENCIÓN EN VÍCTIMAS DEL TERRORISMO 481

1.	Introducción	481
2.	La intervención comunitaria	483
3.	Necesidades de las víctimas del terrorismo	487
4.	La resiliencia comunitaria	489

5. Pautas básicas de atención en víctimas del terrorismo	494
6. El trabajo de los grupos	496
7. La mediación penal en víctimas del terrorismo	499
8. Programas de intervención en niños y adolescentes a nivel escolar y comunitario	505
8.1 Intervenciones orientadas hacia la prevención/resiliencia	507
8.2 Intervenciones para reducir malestar y síntomas	514
8.3 Intervenciones a nivel comunitario	517
8.4 Intervenciones multinivel	522
9. Conclusiones	525
CAPÍTULO IX REFLEXIONES FINALES	531
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	543
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y TABLAS	567
PRINCIPALES ABREVIATURAS	569

Introducción

Repasando este libro en Agosto del 2021, al lado del Mar Menor en un paraje lejano de Murcia, el mundo se ve estremecido por los atentados de Kabul, una imagen sangrienta que me lleva a evocar el sufrimiento de otras víctimas del terrorismo, las de ETA. Víctimas que he seguido en diferentes momentos de su historia vital y a las que he tenido la oportunidad de conocer muchos años después de haber sufrido los ataques, las pérdidas de familiares o allegados, o las amenazas de muerte. En ellos la experiencia del terrorismo se expresa como un acontecimiento traumático que generó un hito en sus biografías: un antes y un después en la historia de las personas y sus familias. Es cierto que la mayoría no enfermaron mentalmente, pero el impacto del suceso no puede reducirse a los síntomas y trastornos mentales. La huella puede ser más amplia y duradera condicionando el modo en que se ven a sí mismos, al mundo, en el que se relacionan, cuidan a sus hijos y se enfrentan a la vida.

Las víctimas del terrorismo se consideran víctimas de violaciones de los Derechos Humanos y no de un delito en particular. Son muchos los derechos que la acción terrorista viola: el derecho a la vida, el derecho a la libertad y a la seguridad de las personas; a la vida privada, a la familia, al domicilio e incluso a la correspondencia, a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. El terrorismo quebranta de una manera plena el derecho al establecimiento de un orden social e internacional que haga realidad los Derechos Humanos recogidos en la Declaración de Naciones Unidas.

Este libro aborda el impacto psicológico del terrorismo, a nivel mundial, empleando las categorías diagnósticas utilizadas en las Clasificaciones internacionales de los trastornos mentales, y valiéndose de los datos de investigaciones que nos hablan de la prevalencia de dichos trastornos, los tipos más frecuentes, las víctimas que se verán más afectadas, así como el curso probable de estos trastornos. Descubrimos como la influencia del terrorismo sobre la salud mental puede extenderse decenas de años después de sucedidos los atentados como se observa en el caso español, apreciándose porcentajes que superan con creces la prevalencia de estos trastornos en la población general para el duelo complicado, el estrés postraumático, la depresión y la ansiedad. Prestamos una atención especial al impacto psicológico del terrorismo en niños y adolescentes, los problemas en su funcionamiento diario, en su integración escolar y comunitaria.

Más allá de las categorías diagnósticas y de las estadísticas necesarias, la narrativa penetra en el sufrimiento causado cuando el terrorismo actúa, en la huella potencialmente traumática que impregna a las personas, las familias, los niños y los adolescentes, así como los factores de riesgo y de resiliencia para la enfermedad mental que se presentan en sus vidas. Adoptamos una perspectiva ecológica que toma en cuenta los diferentes entornos en que se mueve el individuo (sociedad, cultura, familia, escuela, comunidad, barrio etc.). En el libro vamos reflexionando sobre cómo interactúan los factores contextuales de riesgo con aquellos intrapersonales para condicionar la salud mental de las víctimas. Destacamos el papel de los factores interpersonales que pueden ser protectores frente al impacto del terrorismo, valorando la importancia del apoyo social. Para ello analizamos los diferentes sistemas y entornos que influyen al individuo y en los que su actuación provoca un impacto.

De este modo, la narrativa nos permite adentrarnos en el modo en que se relacionan las víctimas con su entorno familiar, escolar y social y las dificultades que surgen en estos vínculos. Exploramos cómo se han reorganizado las familias a raíz del terrorismo, qué problemas estructurales y funcionales pueden presentar los sistemas familiares asociados al evento traumático. A través de una exhaustiva revisión bibliográfica aprendemos los procesos de traumatización secundaria en las parejas y familias; entendemos los mecanismos bajo los que se enferman los diferentes miembros en el sistema familiar cuando la mano del terrorismo actúa; cómo se contagia el trauma a las generaciones siguientes, proceso acuñado como transmisión intergeneracional del trauma. Así, la mano negra del terrorismo extiende sus garras y puede afectar a los descendientes de las víctimas directas, expandir el miedo, la incertidumbre, la ansiedad ante la muerte, las estrategias de afrontamiento negativas e, inclusive, los síntomas y trastornos mentales. Profundizamos en los factores psicobiológicos y psicosociales implicados en estos procesos.

Asimismo, el terrorismo, debido a su elevado grado de brutalidad e inhumanidad, puede romper las creencias con respecto a la seguridad del mundo, la confianza en las sociedades humanas, en la persona como capaz de hacer frente a la adversidad y de elaborar proyectos para el futuro. En esta línea, exploramos el importante papel del sistema de creencias existentes en los individuos, las familias, las comunidades y sociedades que se puede dañar como consecuencia del terrorismo y estar en el origen de los problemas de salud mental de sus víctimas. En las circunstancias de la actual pandemia de COVID-19 consideramos que este colectivo puede ser vulnerable, en lo que a salud mental se refiere, por lo que ahondamos en los diferentes factores de riesgo que pueden llegar a traumatizar a

las víctimas, explicando un modelo ecológico que profundiza en los factores personales, familiares y del contexto socioeconómico y político en que conviven las víctimas.

Para conseguir exponer el impacto psicológico del terrorismo, además de la revisión de la literatura científica, utilizamos casos, testimonios y relatos. Nos acercamos a la experiencia de las víctimas tomadas dentro de la praxis clínica en la ASOCIACIÓN AMUVITE y dejamos que sus voces hablen, cuenten, expresen. Nos convertimos en testigos de su malestar, pero también de sus intentos de superar la adversidad, criar a los hijos, mantenerse unidos, seguir amando, viviendo. En los casos expuestos, hemos cambiado los nombres y datos que pudiesen llevar a la identificación de los mismos.

Conjuntamente, a través de estas páginas nos adentramos en los factores que forjan la resiliencia individual, familiar y comunitaria, desde el profundo respeto a la dignidad de las víctimas. Validamos las diferentes estrategias que usaron para enfrentarse al terrorismo como personas, como familia, como parte de la comunidad y de la sociedad, aceptando la complejidad de sus experiencias en el contexto socioeconómico, político y comunitario. En este sentido, explicamos los procesos de victimización secundaria, de gran importancia para entender el malestar psicológico y la alta prevalencia de problemas de salud mental dentro de las víctimas del terrorismo en España.

Consideramos que la experiencia que tiene España en materia del terrorismo, después de haberlo sufrido durante más de 50 años, las consecuencias y el impacto psicológico que ha ocasionado sobre sus víctimas y sus familias, así como las lecciones aprendidas en materia de atención en salud mental deben de ser difundidas en Europa y dentro de la comunidad internacional. No solo para los profesionales y agentes de intervención social que trabajen con víctimas de este tipo, sino porque la humanidad necesita avanzar y aprender que la violencia terrorista no es el camino, que sus efectos son tan destructivos que es necesario seguir trabajando en su prevención, en la lucha contra el mismo y sus secuelas. Este libro pretende ser un aporte en esta dirección.

En esta línea, nos pronunciamos a favor de que en la atención a la salud mental de este tipo de víctimas se adopte una perspectiva centrada en los Derechos Humanos, pero no solo desde el ámbito jurídico, sino también desde la Psicología y el Trabajo social, máxime cuando este tipo de víctimas ha sufrido violaciones de estos derechos. La realización del Derecho a la Salud, como el Derecho de toda persona al disfrute del nivel más alto nivel posible de salud física y mental, es uno de los Derechos humanos. No es posible tener salud sin salud mental. Un asunto

prioritario y urgente, si tomamos en cuenta los datos de un informe muy reciente de UNICEF del año 2021 donde se explica que, a nivel mundial, solo el 2 % de los presupuestos sanitarios se destinan a la salud mental. Para adoptar un enfoque desde los Derechos humanos, es necesario considerar los determinantes sociales y subyacentes de la salud mental presentes en las víctimas del terrorismo, para que dicho Derecho pueda ser promovido.

Siguiendo este enfoque, damos relevancia a la necesidad de potenciar los tratamientos psicológicos para las víctimas de sucesos traumáticos, explicando aquellos basados en la evidencia, para los adultos, los niños y adolescentes, particularizando en las víctimas del terrorismo. Ampliamos el foco de las intervenciones psicoterapéuticas a su contexto relacional, a las parejas, familias, los tratamientos escolares, comunitarios, teniendo en cuenta la multicausalidad y complejidad de los factores que influyen en la recuperación de estas personas. Aportamos nuestras experiencias de trabajo con las parejas y familias en el contexto de la ASOCIACIÓN AMUVITE. Consideramos un marco que abarca la prevención /resiliencia, la promoción de la salud y las intervenciones clínicas, dando una especial importancia a las intervenciones multinivel. En el libro abogamos por adoptar un enfoque biopsicosocial que incluya, además de los factores biológicos, la necesidad de potenciar el apoyo familiar y social. Reflexionamos sobre la lucha contra la pobreza, la violencia, el estigma o la discriminación como parte de las actuaciones obligatorias para promover la salud mental.

En esta línea, y de acuerdo a la perspectiva de los Derechos Humanos en salud mental, cuando pensamos en la atención a las víctimas del terrorismo a nivel mundial no solo tenemos que pensar en intervenciones clínicas. Son necesarios cambios socioeconómicos, además de un esfuerzo de los Estados para garantizar los Derechos humanos y las libertades de las personas. No solo a nivel legislativo, sino en la práctica. La reflexión sobre estas cuestiones y cómo afectan al bienestar de las víctimas es obligatoria.

Esperamos que este libro contribuya a la formación y reflexión de todos aquellos profesionales y agentes de intervención que desarrollan su labor con víctimas del terrorismo. No olvidemos que en la influencia negativa que genera este tipo de violencia sobre sus víctimas la actuación social, política y profesional ocupa un papel mediador esencial, pudiendo interrumpir de múltiples formas su impacto negativo a través de la investigación, la prevención y el tratamiento de sus secuelas.

Capítulo I

El terrorismo, sus víctimas y los Derechos Humanos

1. Introducción

El terrorismo se ha convertido en un tema predominante en el discurso público en el siglo XXI y una amenaza a la seguridad global. En el año 2014, el terrorismo mundial se había quintuplicado desde el año 2000 (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism [START], 2015). Según esta fuente, aunque el año 2019 fue el quinto consecutivo de disminución del terrorismo global desde que la violencia terrorista alcanzó su punto máximo en el 2014, el número de países afectados por el terrorismo está aumentando (START, 2020). La guerra moderna se caracteriza cada vez más por el empleo de tácticas terroristas, dirigidas a lugares civiles densamente poblados, por lo que los ciudadanos y los niños ya no tienen un refugio seguro. Además de la exposición directa, existe un temor generalizado al terrorismo en zonas sensibles de todo el mundo, que está afectando a personas de todas las edades.

Los primeros 20 años del siglo XXI, a partir del 11 de septiembre del 2001, con los ataques terroristas a las torres gemelas en los Estados Unidos y la consiguiente expansión de una serie de atentados suicidas en Europa evidenciaron una crisis de seguridad, tanto nacional como internacional, que mostró la vulnerabilidad de las estructuras y medios de defensa del mundo occidental. Según algunos politólogos, los ataques del 11 de septiembre de 2001, llevaron al terrorismo a un nuevo nivel al convencer a los Estados de que los terroristas pueden plantear amenazas importantes a su seguridad y estabilidad, con la capacidad de causar la muerte a gran escala y destrucción, incluidos los daños a sus economías (Wilkinson, 2003, citado en MacDermid Wadsworth, 2010).

Lo cierto es que el terrorismo es, en la actualidad, un grave problema mundial. Como bien señala Rodríguez Uribe (2012) el terrorismo suele presentarse como uno de los desafíos más serios del Planeta a medio y largo plazo.

Sus riesgos son sobre todo cualitativos y en ellos aparecen las primeras pistas para su más adecuada, no diré correcta, identificación conceptual. Son peligros para la seguridad por el terror irracional y generalizado que generado, por las cuestiones en juego (los derechos en la lucha antiterrorista) y por los efectos políticos

mundiales desestabilizadores que suele provocar cuando tienen carácter global. Cuantitativamente, lo que no deja de ser una paradoja, sus efectos son menores: no en vano muchas más personas mueren en el mundo, por ejemplo, en accidentes de tráfico; no digamos ya por las hambrunas o incluso en el mundo desarrollado y en los países emergentes por las enfermedades derivadas del sobrepeso, lo que no deja de ser un cruel sarcasmo. En todo caso, se trata de un riesgo global aunque también tenga expresiones parciales o locales, y no solo en Occidente. Aunque es en Oriente donde produce mayor número de víctimas (otra paradoja) los atentados con mayor impacto mediático, porque sentimos que nos afectan más directamente, son los producidos en nuestro ámbito propio, geopolítico y cultural, muy especialmente tras el 11 de septiembre de 2001 (Rodríguez Uribe, 2012, pp. 242- 243).

En España, tras el comunicado en 2011 de la banda terrorista ETA en el que anunciaba el cese de su actividad armada y su disolución unilateral el 3 de mayo de 2018, consideramos que nuestro país se encuentra en un período clave para reflexionar sobre el tratamiento que se ha dado a las víctimas del terrorismo a lo largo de la historia (Pereda, 2012).

En este sentido, en el presente capítulo explicamos las tendencias terroristas en el siglo XXI, repasamos las diferentes definiciones que se le han dado al término terrorismo, los avances en su conceptualización, así como las dificultades que supone en la práctica la no existencia de un consenso con respecto a la definición de terrorismo por parte de las diferentes organizaciones, instituciones y grupos involucrados en su análisis, prevención o lucha. En el análisis del fenómeno terrorista, centramos la atención en las víctimas, que es el tema central de este libro, atendiendo al paradigma que considera a las víctimas del terrorismo como víctimas de violaciones de derechos humanos. Por último, analizamos los procesos de victimización secundaria, de gran importancia en el contexto de las víctimas del terrorismo en España.

2. El terrorismo en el siglo XXI

A continuación repasamos los datos relativos al terrorismo en el siglo XXI. Lo haremos en retrospectiva: desde los últimos años hasta principios del siglo actual. Nos basamos en La Base de Datos Global del Terrorismo (Global Terrorism Database o GTD) del Consorcio Nacional para el Estudio del Terrorismo y las Respuestas al Terrorismo (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism [START], 2020) de la Universidad de Maryland. La GTD contiene más de 170.000 incidentes terroristas durante el período de 1970 a 2019. Utilizaremos los datos que se publican anualmente para explicar el siglo XXI.

El año 2020 ha sido marcado por la pandemia de la COVID- 19, con su grave crisis sanitaria, económica y social. ¿Qué pasa con el terrorismo mientras tanto? En un informe muy reciente publicado por Interpol sobre el impacto de la COVID-19 en el terrorismo global se recoge que ciertos grupos terroristas y actores no estatales han utilizado la pandemia para reforzar su poder e influencia y lograr recursos financieros externos (Organización Internacional de Policía Criminal [Interpol], 2020). Sobre la situación del terrorismo en tiempos de pandemia hablamos más adelante.

En el análisis de las tendencias terroristas a nivel mundial hay que considerar que el terrorismo islamista ha sido la principal amenaza de seguridad en el mundo en los últimos años, recibiendo toda la atención de gobiernos y medios de comunicación. Clara evidencia de la actuación de este tipo de terrorismo en Europa en el pasado año 2020 han sido los atentados cometidos en Francia, específicamente en Niza y París.

En la actualidad, como bien plantea Rodríguez Uribe (2012) el terrorismo:

Incorpora una nueva característica en el imaginario colectivo que lo transforma a partir de lo que llamamos indistintamente terrorismo internacional o terrorismo islamista o yihadista, con Al Qaeda (...). Se trata de su pretensión de universalidad y de sistematicidad como desafío directo a la civilización y a la humanidad, aquí necesariamente como abstracción de ambas, y no solo al Estado o a Estados particulares como solía hacer el terrorismo clásico, aunque alegara argumentos generalizables de corte revolucionario; en todo caso, también terrorismo como fin en su distinción con el terrorismo como método (...) El terrorismo internacional yihadista tiene además otras peculiaridades distintivas (...). Se presenta, así como un riesgo particularmente incierto, invisible antes de manifestarse con toda la virulencia, como un enemigo especialmente irracional, generador por tanto de más terror, que actúa y que puede actuar en cualquier lugar de la Tierra, aunque haya zonas más castigadas y que suele provocar muerte y destrucción (muchas veces a partir de la del propio terrorista) de forma masiva e indiscriminada (Rodríguez Uribe, 2012, pp. 245-247).

Para entender las dimensiones del fenómeno terrorista, tenemos en cuenta el hecho de que en el año 2019 hubo casi 8.500 ataques terroristas en todo el mundo, que mataron a más de 20.300 personas, incluidos 5.460 perpetradores y 14.840 víctimas (START, 2020). Siguiendo esta fuente, el pasado año 2019 se produjeron 17000 ataques y más de 45000 muertes en total. El número total de ataques terroristas en todo el mundo disminuyó un 50% entre 2014 y 2019, y el número total de muertes disminuyó un 54%.

Sin embargo, a pesar de esta disminución, el número de países afectados por el terrorismo está aumentando. Así, hay 71 países que registraron al menos una

muerte en 2018 debido al terrorismo; el segundo número más alto de países desde 2002 y cuatro países más que en 2017 (START, 2019). El hecho incuestionable es que la violencia terrorista sigue siendo extraordinariamente alta, afectando a un elevado número de personas en todo el mundo.

En esta dirección, El Estado Islámico causó cientos de víctimas adicionales en Siria y otros lugares y su influencia continuó expandiéndose geográficamente. Así, se han constatado ataques realizados relacionados con este grupo en 31 países en el 2019, en comparación con los 35 que tuvieron lugar en 2018. Sin embargo, tres nuevos países Mozambique, Países Bajos y Sri Lanka: experimentaron ataques relacionados con el Estado Islámico en 2019, lo que eleva el número total de países que alguna vez han experimentado ataques terroristas relacionados con el Estado Islámico a 57 (START, 2020).

Pero hay que decir que todas estas estadísticas que hemos mencionado no solo incluyen al terrorismo yihadista. En los últimos años ha ido creciendo, también, el terrorismo de extrema derecha. Este aumento de la extrema derecha se plantea como una de las tendencias más preocupantes del terrorismo político en los últimos cinco años, aunque el número absoluto de ataques de este tipo sigue siendo bajo en comparación con otras formas de terrorismo (START, 2020). Según esta fuente, en EE.UU, Europa Occidental y Oceanía, los ataques de extrema derecha aumentaron en un 320 por ciento en los últimos cinco años. Sin embargo, el nivel de terrorismo político en Occidente fue mucho más alto en el pasado. En los últimos diez años ha habido 322 ataques terroristas clasificados como de extrema izquierda o extrema derecha, comparado con 1.677 ataques entre 1970 y 1980.

Puede decirse que el año 2019 ha marcado un fuerte aumento en la letalidad de los ataques terroristas motivados por motivos raciales y étnicos vinculados a las tendencias ideológicas relacionadas con la supremacía blanca, la xenofobia y las creencias contra los inmigrantes. Como ejemplo de lo anterior tenemos los ataques excepcionalmente mortales contra los hispanoamericanos en los Estados Unidos y los musulmanes en Nueva Zelanda en 2019 (START, 2020).

Para entender la gravedad de todo tipo de terrorismo nos sirven de guía las consideraciones de Rodríguez Uribes, 2012:

Si el terrorismo islamista o yihadista, mascarón de proa hoy del terrorismo internacional, del terrorismo global como fin, pretende acabar con muchos de los valores ya universales de la humanidad (por ejemplo, que la vida es un valor en sí misma) aunque lo revista de ataque concreto a la civilización occidental, y lo hace desde fuera de ésta, el terrorismo de ultraderecha, llevando al extremo algunos de

los contenidos que han conformado la historia de aquella (por ejemplo, el cristianismo) pretende destruir otros como la secularización, la laicidad o la socialdemocracia, sin los que no se entienden muchos de los progresos en la historia del hombre (Rodríguez Uribe, 2012, p. 246).

Es muy importante tener en cuenta que el conflicto es el principal impulsor de la actividad terrorista. Según la fuente anterior (START, 2019), en 2018, el 95% de las muertes por terrorismo ocurrieron en países donde estaba ocurriendo un conflicto violento. Cada uno de los diez países más afectados por el terrorismo en el año 2018 también estuvo involucrado en un conflicto armado. La misma tendencia se aprecia en el año 2019. Por ejemplo, según datos recogidos en el informe del START, 2020, Afganistán experimentó el 21% de todos los ataques terroristas en todo el mundo en 2019, y el 41% de todas las personas muertas en ataques terroristas (incluidos los perpetradores) en este año murieron en este país.

En la década anterior a los ataques del 11 de septiembre en los Estados Unidos, la frecuencia y la letalidad de la violencia terrorista cada año fue inferior a un tercio de lo que ocurrió en el año 2017. En este año 2017, hubo 10 900 ataques terroristas en todo el mundo, que mataron a más de 26 400 personas, incluyendo 8075 perpetradores y 18488 víctimas. En el año 2016, se produjeron en el mundo un total de 13.400 atentados terroristas que causaron más de 34.000 muertes (START, 2017). En el año 2015, sucedieron un total de 11.774 atentados terroristas que causaron más de 28.300 muertes, más de 35.300 heridos y más de 12.100 personas secuestradas o tomadas como rehenes (START, 2016).

Si comparamos estos resultados del año 2015 con los del año anterior, el número total de ataques terroristas en 2015 disminuyó en un 13% y el total de muertes debidas a ataques terroristas se redujo en un 14%. Estos datos representan el primer descenso en los ataques terroristas y las muertes totales en todo el mundo desde 2012 (START, 2016).

Las estadísticas de años anteriores nos muestran una intensa actividad terrorista. En el período entre el 2005 y 2013 se produjeron en el mundo un promedio anual de 11.233 atentados terroristas que causaron de media 16.013 muertos, 31.646 heridos y 9.661 secuestrados cada año (citado en García-Vera et al., 2015). Muy significativo resultó el aumento desde el año 2013 al 2014 en el número de ataques terroristas y de personas fallecidas como consecuencia de los mismos. En concreto, en 2014 y en comparación con 2013, hubo un aumento, respectivamente, del 35% y del 81%, con un incremento también muy importante de atentados masivos (START, 2015). Este incremento se aprecia en el hecho de que en el año 2014 el número de ataques en los que se asesinó a más de 100

personas se multiplicó por 10, pasando de 2 a 20. Es más, también se produjo un incremento del año 2013 al 2014 en el número de secuestros (START, 2015).

Esta intensa actividad terrorista de los últimos años se ha concentrado, sobre todo, en ciertas zonas geográficas de Oriente Medio y del Sur de Asia, que reunieron en el período 2005-2010, el 40% y el 35% de los ataques terroristas, respectivamente. En el período de 2005 a 2010 se produjeron en el mundo 1.531 atentados terroristas con un número elevado de víctimas mortales, de los cuales tan solo 26 ocurrieron en Europa y tan solo uno en Norteamérica (véase las estadísticas del National Counter terrorism Center [NCTC], 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, citado en Gesteira Santos, 2016).

Sin embargo, los efectos de la globalización se hacen notar en que el terrorismo se extiende por otras zonas del mundo incluyendo Europa. Aunque a una escala global el número de incidentes terroristas en países miembros de la Unión Europea es muy bajo en comparación con los que ocurren en el Sudeste Asiático, África, o en Oriente Medio, la amenaza del terrorismo religioso yihadista se traslada del mundo oriental al occidental (Oficina Europea de Policía [Europol], 2015). De esta manera, según esta fuente, se estaban produciendo un descenso en el terrorismo ejercido por grupos separatistas locales y por otros tipos de terrorismo vinculados a la extrema izquierda o la extrema derecha, mientras que el terrorismo religioso no lo hace.

Como representación de la influencia reciente del terrorismo yihadista en Europa, podemos mencionar los atentados terroristas ocurridos en París, el 13 de noviembre del 2015, con 130 muertos y más de 350 heridos; en Bruselas, el 22 de marzo de 2016, con 32 muertos y 300 heridos; en Niza, el 14 de julio de 2016, con al menos 84 personas muertas y un centenar heridas y en Berlín, el 19 de diciembre de 2016, con al menos 12 muertos y 48 heridos (Fernández Marrero, 2017). O los más recientes ataques en París y Niza, sucedidos en el año 2020. Son varias las ideologías que han inspirado a los terroristas para cometer atentados, según refleja El informe sobre la situación y las tendencias del terrorismo en Europa elaborado por Europol anualmente, como antisemitismo (Halle, Alemania, 2019), yihadismo (Londres, Reino Unido, 2019), extremismo de derechas (Hanau, Alemania, 2020), etc.

Según los datos del START (2019) las muertes en Europa a consecuencia del terrorismo disminuyeron en un 70 por ciento, con Europa occidental registrando su número más bajo de incidentes desde 2012. No obstante, según esta fuente, se constata que hubo un aumento en el terrorismo de extrema derecha en Europa occidental, América del Norte y Oceanía, con un incremento en el número de

muerres del 52 por cierto en 2018. Esta tendencia ha continuado en 2019, con 77 muerres hasta finales de septiembre de 2019.

Datos más recientes aportados por el START (2020) confirman que el número de ataques terroristas en Europa Occidental disminuyó un 6% desde 2018 (203 ataques) a 2019 (191 ataques). En esta dirección se continúa un patrón de disminución desde 2015. El número de víctimas de ataques terroristas en Europa Occidental, que también disminuyó drásticamente entre 2015 y 2016, se mantuvo estable en 2019 con 18 víctimas asesinadas y aproximadamente 100 víctimas heridas. Estos ataques con víctimas masivas tuvieron lugar en Francia, el Reino Unido, Finlandia, Alemania, Italia y los Países Bajos. Con respecto a los Estados Unidos, 286 personas murieron en ataques terroristas entre 2015 y 2019 (START, 2020). El terrorismo en los Estados Unidos se ha relacionado con influencias ideológicas diversas: antifascistas, antigubernamentales, antimusulmán, antisemita, de izquierda, y a favor de la supremacía blanca entre otras.

Dentro del panorama europeo, España ha sufrido la influencia de los actos terroristas de bandas como los GRAPO y, sobre todo, de ETA. Asimismo, hemos sido objeto de la amenaza terrorista islamista en los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid y, más recientemente, en el año 2017, en Cataluña. Numerosas personas han perdido la vida como consecuencia de estos atentados. La Subsecretaria de la Dirección General de Apoyo a Víctimas de Terrorismo del Ministerio del Interior (2020), ofrece los datos de 1.421 personas muertas que han sido indemnizadas, 4809 personas heridas y 3944 personas que han sido secuestradas, amenazadas o han sufrido otros daños. Por otra parte, según la Fundación de Víctimas del Terrorismo, en España el total de víctimas mortales por ETA (entre los años 1969 y 2010) fue de 855; el total de víctimas mortales por yihadismo (entre los años 1985 y 2019) fue de 286; los asesinatos de GRAPO (entre los años 1975-2006) contabilizaron un total de 93 personas, y las víctimas españolas de otros grupos terroristas (entre los años 1971-1990) fueron de un total de 129. El total de personas fallecidas, según esta fuente, es de 1363 personas.

Pero además, no puede olvidarse el hecho de que a estas víctimas directas del terrorismo habría que sumarles aquellas otras conocidas como “indirectas”, que pueden tener grados diferentes de relación con la víctima directa; así, pueden ser familiares, amigos o vecinos o pueden estar implicados profesionalmente en la ayuda a las víctimas de los atentados (policías, bomberos, personal médico, de enfermería y de ambulancias, psicólogos, etc.) así como ser personal voluntario que colabora en esa ayuda.

También dentro de las víctimas indirectas se encuentran las personas residentes en áreas cercanas a los lugares de los atentados, y la población general de la comunidad afectada, la cual es el objetivo final de los actos terroristas. Los traumas que afectan a una comunidad provocan efectos colectivos no reducibles al impacto individual que sufre cada persona.

3. Definición de terrorismo

Si partimos de una definición lingüística del término terrorismo, el “Diccionario de la lengua española” de la Real Academia Española, en su vigésima tercera edición, incluye tres acepciones: (1) “dominación por el terror”; (2) “sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror”, y (3) “actuación criminal de bandas organizadas, que, reiteradamente y por lo común de modo indiscriminado, pretenden crear alarma social con fines políticos” (Real Academia Española, 2015).

Pero la realidad a la que nos enfrentamos en la definición de este término es compleja por la falta de consenso con respecto a su conceptualización. No existe una única definición de terrorismo internacionalmente aceptada y, de hecho, abunda la literatura sobre terrorismo con definiciones diferentes y tipologías distintas.

Krueger y Malecková (2003) señalan el hecho de que, en la actualidad, existen más de un centenar de definiciones del terrorismo, tanto académicas como diplomáticas. Estos autores plantean posibles causas de este elevado número de definiciones. En primer lugar, su uso por diferentes grupos de investigación, organizaciones e instituciones gubernamentales y, en segundo lugar, su uso para delimitar acciones violentas de diversa naturaleza. Las Naciones Unidas, la Unión Europea y diversos organismos dentro de los Estados Unidos han utilizado este término discrepando, aunque con algunas coincidencias esenciales de las que hablaremos más adelante.

Moreno Pérez (2016) realiza una breve revisión de las principales definiciones existentes sobre el tema. En dicha revisión realiza un repaso histórico, desde las primeras utilidades del término conocidas cuando Robespierre implanta el período del terror (1793-1794), pasando por los primeros intentos de las Naciones Unidas por definir el terrorismo limitándolo solamente a actos criminales en la Convención de Ginebra en 1937 (Torres Vásquez, 2010) y hasta llegar a las definiciones actuales sobre el fenómeno del terrorismo que aparecen en contextos legislativos en España. De estas últimas, se tiene en cuenta desde las que se

utilizan en las reformas del Código Penal en materia de terrorismo realizadas por la Ley Orgánica 5/2010 y la Ley Orgánica 2/2015, hasta la última ley publicada hasta la fecha en España sobre reconocimiento, protección y asistencia a las víctimas de terrorismo (Ley 29/2011).

En esta última ley se establece una definición de la “acción terrorista” como

la llevada a cabo por personas integradas en organizaciones o grupos criminales que tengan por finalidad o por objeto subvertir el orden constitucional o alterar gravemente la paz pública” así como “los actos dirigidos a alcanzar los fines señalados (...) aun cuando sus responsables no sean personas integradas en dichas organizaciones o grupos criminales (Ley 29/2011, p. 100573).

Además, esta ley realiza un avance al considerar como “víctimas del terrorismo” no solamente a “las personas fallecidas o que han sufrido daños físicos y/o psíquicos como consecuencia de la actividad terrorista”, sino también a “las personas que, habiendo sido objeto de atentados terroristas, hayan resultado ilesas”, “los familiares de los fallecidos hasta segundo grado de consanguinidad” (incluyendo la persona ligada con el fallecido por una relación de afectividad análoga a la de cónyuge), y “las personas que acrediten sufrir situaciones de amenazas o coacciones directas y reiteradas por parte de organizaciones terroristas”, personas estas últimas que no eran tenidas en cuenta como víctimas del terrorismo en las anteriores leyes españolas de reconocimiento y protección de las víctimas del terrorismo (Ley 29/2011, p. 100574).

Otras de las definiciones señaladas en la revisión de Moreno Pérez (2016) son: (a) la recogida en el Título 22 del Código Penal de los Estados Unidos de América, en la que se define el terrorismo como una violencia premeditada y con motivos políticos perpetrada contra objetivos civiles por grupos subnacionales o agentes clandestinos, generalmente con la intención de influenciar a un público determinado (citado en Torres Vásquez, 2010), y (b) la creada por la División Contra el Terrorismo del Gobierno de los Estados Unidos, en la que se señala que:

El terrorismo es el uso ilegal de la fuerza o la violencia contra personas o propiedades para intimidar o coaccionar a un gobierno, a la población civil o a cualquier otro segmento similar, para la promoción de objetivos políticos o sociales. (Counterterrorism Threat Assessment and Warning Unit, 1999, p. 4)

También Moreno Pérez (2016) cita otras definiciones de organismos importantes como la incluida en el informe final del Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio creado en 2004 por las Naciones Unidas, y la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el primero se conceptualizaba el terrorismo como:

Cualquier acto, además de los actos ya especificados en los convenios y convenciones vigentes sobre determinados aspectos del terrorismo, los Convenios de Ginebra y la resolución 1566 (2004) del Consejo de Seguridad, destinado a causar la muerte o lesiones corporales graves a un civil o a un no combatiente, cuando el propósito de dicho acto, por su naturaleza o contexto, sea intimidar a una población u obligar a un gobierno o a una organización internacional a realizar un acto o abstenerse de hacerlo (Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, 2004, p. 54).

Con relación a la definición planteada por la OMS, en la misma se incluye el concepto de terrorismo dentro de la definición de violencia colectiva, ya que señala a esta última como “*el uso de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales*” (OMS, 2002, p. 6, citado en Moreno Pérez, 2016).

Además de las definiciones creadas por diferentes organismos, hay que considerar el hecho de que la literatura científica también ha aportado otras definiciones sobre el terrorismo y sus consecuencias psicopatológicas. Pereda (2012) señala que los actos terroristas combinan dos amenazas para el individuo que generan profundos sentimientos de inseguridad y terror. En primer lugar, son actos de violencia intencionada y dirigida hacia la comunidad, con los consecuentes daños que pueda generar. Al mismo tiempo, se trata de una violencia de carácter brusco e inesperado y que puede acontecer en cualquier momento, por lo que puede afectar tanto a las personas que se encuentran físicamente presentes en el atentado, como a la comunidad más amplia en la que se produce éste (Pine, Costello y Masten, 2005, citado en Pereda, 2012).

De este modo, como evento traumático, el terrorismo puede suponer la ruptura de esquemas básicos de la persona en el área de la seguridad y la confianza y, por “contagio,” una afectación de todo el entorno socio/familiar de la persona. Según Echeburúa, de Corral y Amor (2004), el proceso general de victimización lleva a la víctima a determinados sesgos cognitivos, con relación al mundo (la consideración de que el mundo es maligno, que carece de sentido y que la gente no es honrada) y con relación a uno mismo (que uno mismo no tiene dignidad). De este modo, se genera en la víctima una desconfianza total hacia el mundo que les rodea.

Pereda (2012), basándose en los trabajos de Hills (2002), resume algunos de los elementos que definen al terrorismo como son:

El terrorismo utiliza la violencia como método para influir, persuadir o intimidar, pretendiendo extenderse más allá de los directamente afectados; las víctimas son seleccionadas por su máximo valor propagandístico, ya sea por su relevancia en el

grupo social contra el que el grupo terrorista actúa (focused terrorism) o por ser individuos no relacionados directamente con sus intereses (indiscriminate terrorism); se usan tácticas militares no convencionales, como los ataques por sorpresa (sneakattacks) o la selección específica de objetivos inocentes, como son niños y niñas; finalmente, los miembros de los grupos terroristas presentan una absoluta lealtad a su organización, que les lleva a no plantearse las consecuencias de sus actos o a justificarlos como necesarios (Pereda, 2012, p. 14).

También en la literatura científica, Neria, Gross y Marshall (2006) definen el terrorismo como una guerra psicológica, comparándola con los conflictos militares convencionales. Para estos autores, el terrorismo tiene la intención de inducir miedo y disminuir la sensación de seguridad (Neria et al., 2006).

En medio de todo el panorama descrito, esta falta de consenso por los diferentes organismos e instituciones y grupos investigadores en la definición del terrorismo ha impedido que las Naciones Unidas (ONU) hayan podido aprobar una definición del terrorismo. Lo anterior se ha convertido en un obstáculo para que las Naciones Unidas puedan declarar que el terrorismo jamás será una táctica aceptable, aún en defensa de las causas más nobles (Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, 2004). No obstante, se han producido algunos pasos de avance en esta dirección. Un primer avance tuvo lugar en marzo de 2005 cuando Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas y Premio Nobel de la Paz, en su informe a la Asamblea General de las Naciones Unidas, hacía un llamamiento para adoptar con urgencia una definición de terrorismo, declarando que un acto de terrorismo es:

Toda acción cuyo objetivo sea causar la muerte o graves daños físicos a civiles o no combatientes, cuando dicha acción tenga, por su índole o contexto, el propósito de intimidar a la población u obligar a un gobierno o a una organización internacional a hacer o no hacer algo (...). (Secretario General de las Naciones Unidas, 2005, p. 64).

Un segundo paso decisivo se produce cuando, en septiembre de 2005, durante la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas, se aprobó una declaración de condena enérgica del terrorismo: *“Condenamos enérgicamente en todas sus formas y manifestaciones, independientemente de quién lo cometa y de dónde y con qué propósitos, puesto que constituye una de las amenazas más graves para la paz y la seguridad internacionales”* (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2005, p. 24).

Específicamente en la Unión Europea, el recién publicado Manual de la UE sobre víctimas del terrorismo, elaborado por el Centro Europeo de Asesoramiento para las Víctimas del Terrorismo (2021) recoge la definición de los delitos de terrorismo

que hace la Directiva (UE) 2017/541 relativa a la lucha contra el terrorismo en el artículo 3, apartado 2 como

Actos intencionados que, por su naturaleza o contexto, pueden perjudicar gravemente a un país o a una organización internacional, cuando se cometan con el fin de a) intimidar gravemente a una población; o b) obligar indebidamente a los poderes públicos o a una organización internacional a realizar un acto o a abstenerse de hacerlo; o c) desestabilizar gravemente o destruir las estructuras políticas, constitucionales, económicas o sociales fundamentales de un país o de una organización internacional (Manual de la UE sobre víctimas del terrorismo, 2021, p.7).

En cualquier caso, los atentados terroristas pretenden lograr un objetivo político, económico, religioso o social a través del miedo, la coerción o la intimidación de una audiencia más amplia que las víctimas inmediatas (START, 2018). En esta línea, la mayoría de las definiciones del término terrorismo señalan que se trata de un fenómeno que busca, con un fin político, religioso o ideológico, infundir terror, crear una alarma social e intimidar a la población, aprovechando la influencia de los medios de difusión masiva.

4. Las víctimas del terrorismo y los Derechos Humanos

Tradicionalmente e históricamente la preocupación de los Estados ha sido siempre el fenómeno terrorista, cómo se combate, etc. y desde hace unos años la mirada se ha puesto también sobre las víctimas. Esta mirada se inicia en España con el atentado islamista del 11 de marzo del 2004 y en el mundo con el 11 de septiembre del 2001. Este último ataque terrorista sitúa a las víctimas de una forma visible y normativamente relevante. Como bien plantea Rodríguez Uribes (2012):

Esta relevancia normativa (ética y política y después jurídica) de las víctimas del terrorismo supone en primer lugar su singularización frente a otras víctimas, de violaciones de derechos humanos en general o de otros delitos violentos (...). El reconocimiento de derechos para las víctimas del terrorismo obedece a una opción ética, política y jurídica (o si se prefiere, ética y política con implicaciones jurídicas) nada causal y que conduce a un cierto cambio de paradigma en relación con el discurso tradicional o clásico de los derechos humanos. Supone, en definitiva, presentar a las víctimas del terrorismo como víctimas de violaciones de derechos humanos (Rodríguez Uribes, 2012, p. 253, 254).

Por consiguiente, las víctimas del terrorismo, en la actualidad, son consideradas víctimas de violaciones de derechos humanos y no víctimas del delito particular. En

base a lo anterior, se comprende que tengan reconocidos sus legítimos derechos y que ocupen un lugar relevante tanto en el espacio público como en el proceso penal. Como sigue planteando Rodríguez Uribes (2012):

Para cualquier estudioso del tema, desde la filosofía jurídica, la teoría de los derechos o el derecho internacional, es sabido que situar a las víctimas del terrorismo como víctimas de violaciones de derechos humanos ni es una tesis evidente, ni es pacífica, ni es irrelevante en todos los órdenes. Quizá, el menos discutible, lo que no suele ser habitual, sea el relativo a su justificación racional o iusnaturalista) toda vez que los bienes dañados por la acción terrorista son, hoy, y desde las tres ópticas, genuinos derechos humanos: vida, libertad, seguridad, integridad física y hasta cierto punto propiedad. Y lo son, en efecto, sin discusión: porque suelen estar reconocidos como tales en normas positivas de los Estados o del Derecho Internacional, porque forman parte del catálogo de necesidades humanas básicas y porque están en la tradición de los derechos naturales. No tienen por tanto ninguna duda en términos de validez, aunque siga siendo un reto permanente su eficacia práctica, mayor o menor según los casos y los lugares (Rodríguez Uribes, 2012, p. 256).

En esta dirección, el terrorismo tiene efecto directo sobre el ejercicio de algunos Derechos Humanos, contemplados en el ámbito internacional tanto en La Declaración Universal de Derechos Humanos de Naciones Unidas como en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Desde mi punto de vista, el terrorismo ataca, en una primera instancia y de manera indubitable al derecho a la vida. El derecho a la vida es considerado como un “Derecho supremo” ya que sin su existencia, los demás Derechos Humanos carecen de significado. Tal es así que el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos declara que el derecho a la vida es inherente a la persona humana. Asimismo, este derecho fundamental se encuentra recogido en el artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de Naciones Unidas.

El terrorismo, en segundo lugar, ataca al derecho a la libertad y a la seguridad de las personas; derechos que se encuentran recogidos en el artículo 3 de la Declaración de Derechos Humanos de la ONU y en el artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

En este mismo sentido, el terrorismo afecta a la vida privada, a la familia, al domicilio e incluso a la correspondencia, incluyendo los ataques totalmente ilegales realizados a la honra y a la reputación de las personas. Es por ello que manifestamos que la actuación terrorista también vulnera el derecho fundamental recogido en el artículo 17 del Pacto Internacional, precepto que otorga amparo a estos aspectos esenciales.

Del mismo modo, el terrorismo embiste a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión-derechos contemplados en el artículo 18 de la Declaración Universal y en el mismo precepto del Pacto Internacional-, así como a la libertad de opinión y de expresión – artículo 19 de la Declaración Universal y del Pacto Internacional-, tratando de imponer una serie de ideas o reivindicaciones mediante la fundación del terror en la población.

A mayor abundamiento, el terrorismo quebranta de una manera plena el derecho al establecimiento de un orden social e internacional que efective los Derechos Humanos recogidos en la Declaración de Naciones Unidas. Es decir, que el terrorismo al atacar los Derechos Humanos anteriormente referenciados, quebranta de manera directa el derecho de las personas a que estos derechos, humanos y fundamentales, se hagan efectivos y no se produzca su transgresión – artículo 28 de la Declaración Universal-. Máxime, cuando los actos terroristas están parcialmente dirigidos a dañar o rectamente a suprimir estos derechos, siendo esta actuación vulneradora del artículo 30 de la Declaración.

Volviendo la mirada hacia las víctimas, la definición de víctimas de delito según LA RESOLUCIÓN 40/34 de la ONU DE 1985 plantea que

Se ha de entender por víctimas las personas que individual o colectivamente hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo substancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder. En la expresión víctima se incluye además, en su caso, a los familiares o personas a su cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir su victimización.

En el marco de la Unión Europea, el Manual de la UE sobre víctimas del terrorismo, recoge las definiciones de víctimas del terrorismo de acuerdo a la legislación europea. En primer lugar se recoge La Directiva 2012/29/UE, denomina comúnmente como la “Directiva sobre los derechos de las víctimas”, la cual establece normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos. Esta directiva se refiere a todas las víctimas de todos los tipos de delito, pero incide especialmente en las más vulnerables, entre las que se incluyen las víctimas del terrorismo. En segundo lugar se hace referencia a la Directiva (UE) 2017/541 relativa a la lucha contra el terrorismo, que completa la anterior. Esta directiva ofrece una definición de víctima del terrorismo que se ajusta a la recogida en la Directiva sobre los derechos de las víctimas. Con arreglo

al artículo 2 de la Directiva sobre los derechos de las víctimas, se entenderá por víctima del terrorismo:

- *La persona física que haya sufrido un daño o perjuicio, en especial lesiones físicas o mentales, daños emocionales o un perjuicio económico, directamente causado por un delito de terrorismo, o*
- *El familiar de una persona cuya muerte haya sido directamente causada por un delito de terrorismo y que haya sufrido un daño o perjuicio como consecuencia de la muerte de dicha persona* (Manual de la UE sobre víctimas del terrorismo, 2021, p.7).

Se ha considerado que el terrorismo formaría parte los denominados delitos violentos. Se trata de delitos que hacen referencia a sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión. Estos delitos pueden poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona y la dejan en una situación emocional en la que no se siente capaz de poder afrontar la situación con los propios recursos psicológicos habituales. En esta dirección, se hace necesario considerar que el terrorismo, como fenómeno violento, es cualitativamente distinto a otros de delincuencia común. Porque el terrorismo va contra el Estado. Como bien argumenta Varona (2015), las víctimas del terrorismo son el daño para otro fin. Sigue planteando esta autora que Los Estados temen más al terrorismo, porque este es un fenómeno que va contra el sistema constitucional de convivencia y contra el Estado. Por consiguiente, el daño es a la víctima y al Estado. Se persigue sembrar terror y como consecuencia de ese terror se pretende cambiar el sistema.

De este modo, la vulnerabilidad de las víctimas del terrorismo, en comparación con otro tipo de víctimas de delitos violentos, reside en que este tipo de delito es particularmente grave por suponer un ataque totalitario contra el sistema democrático. Por consiguiente, el terrorismo conlleva importantes implicaciones políticas, despertando la desconfianza de la sociedad y, especialmente, de las personas afectadas hacia las autoridades, al no haber podido evitar lo sucedido. En el caso de terrorismo producido dentro del territorio nacional, como por ejemplo el terrorismo de ETA, éste ha podido crear profundas divisiones sociales llevando al enfrentamiento entre sectores dentro de una misma comunidad y dentro de la nación.

El caso de Ana: Las divisiones en el entorno comunitario generadas por el terrorismo

Ana es una de las viudas de ETA. Su marido, de profesión policía nacional, fue asesinado enfrente de su casa mientras regresaba de recoger a sus hijos del colegio. La familia vivía en el País Vasco. Poco después de la muerte del padre cambian de domicilio a otra región, aprovechando que tenían familiares en la misma. *Nos cambiamos de comunidad autónoma después del atentado porque yo no podía estar en la puerta de la casa, andar por el barrio. Le mataron (refiriéndose a su marido) en la puerta de casa y cada vez que pasaba por la calle y entraba a casa me ponía muy mal... Creí que era lo más correcto irme de allí.*

A ver si yo se me explicar. Yo como soy nacida allí (se refiere al País Vasco) y el destino trajo que yo conocería a mi marido, creo que yo he sido muy ingenua o he tenido mucha confianza en mis vecinos, entonces no me daba cuenta seguramente de lo que pasaba allí y de que podían matarlo. Es verdad que tenía más cuidado después, cuando se enteraron de que él era policía, pero yo he sido muy ingenua en ese sentido. Desde el atentado si me di cuenta de que había mucha diferencia de unos a otros vecinos. Unos escondieron al asesino y otros salieron a la calle a protestar.

Ana nos explica sus reflexiones acerca de las consecuencias de su confianza en sus vecinos antes de la muerte de su marido y su actuar con naturalidad, minimizando la posibilidad de que pudiese ser asesinado por algún miembro de ETA.

También es verdad que mi victoria fue ser confiada, porque al conocer los vecinos a mi marido, que era muy buena persona, esos vecinos cuando su muerte empezaron a mandar cartas al director del periódico, fueron al funeral. Entonces si no hubiéramos sido confiados o no hubiéramos sido normales conviviendo en nuestro barrio eso tampoco hubiera ocurrido. Nos hubieramos encerrado en un no convivir con los demás, y eso hubiese sido muy duro, me imagino. Es una suposición mía, no sé si me he explicado.

Ya te digo yo que el entierro de mi marido fue uno de los primeros entierros donde no tuvimos que escondernos de la gente para realizarlo. Salió todo el barrio al entierro, además hubo una protesta por parte de los vecinos que eso era muy difícil en aquellos tiempos. La gente salió a la calle y acudieron, de los primeros casos, y los vecinos pusieron muchas cartas al periódico, comentando la injusticia cometida y pidiendo paz en el País Vasco. Por tanto,

creo que otras familias lo habrán pasado mucho peor en los entierros, sin apoyo, porque antes a los muertos de ETA había que ir a enterarlos al sitio de dónde procedían, es decir, en el caso de que hubiese un asesinato, sobre todo si era de policías, pues se llevaban el cuerpo a su tierra. Allí nadie (se refiere a los vecinos) se enteraba. Casi huías del pueblo por la noche, pero en el País Vasco no se hacían los entierros ni nada.

Como vemos, en las comunidades el hecho de poder ver a las personas como víctimas y no deshumanizarlas, como hacen los terroristas, contribuye a la protesta social y la indignación contra los actos terroristas.

Tras la muerte de mi marido, cada vez que pasaba por la calle, era una situación muy difícil. El barrio donde vivíamos era pequeño, vivíamos muy juntos todos los vecinos, es decir, si mi vecina preparaba un bizcocho me daba un trozo. Sabíamos que existían algunos simpatizantes de HB en el barrio (se refiere a Herri Batasuna, partido político español), pero no sabíamos quiénes se habían implicado en el asesinato de mi marido. De hecho, años más tarde nos enteramos que al etarra que lo mató lo escondieron unos vecinos (...). Nosotros nos sentíamos integrados, mis hijos iban al colegio en euskera, yo era de allí, mi padre conocía a todo el mundo, a nosotros también nos conocían. Yo he tenido una gran suerte con mi padre, nunca nos habló de política, nunca nos ha dicho a ese no lo saludéis que es de tal es de cual. Siempre nos ha dicho “cuando bajéis por las escaleras, siempre se dice buenos días, que tal estáis y que hacen”.

Después de la muerte de mi marido, habría sido muy doloroso haber estado viviendo allí, en el barrio y desconfiando de las personas en las que siempre había confiado. Tampoco podía hablar para decirles lo que me dolía lo que habían hecho, lo indignada que estaba. Simplemente dejé de hablar con algunos vecinos de los que sospechaba. Mis sobrinos y mi hermana, que vivían allí, dejaron de hablar a la gente que pensaron que estaban involucrados. Y a veces acertaron y a veces no.

Como podemos observar en el caso de Ana, el terrorismo no solo afecta a nivel individual y familiar, sino que deja huella a nivel comunitario, creando esa desconfianza entre los propios vecinos, gente con la que te has criado y el dolor que eso conlleva, acentuando el daño psicológico. La sensación de que no te puedas sentir segura ni entre tu propia gente. Refleja como el terrorismo impacta y divide las sociedades donde se instaura, incluso las familias, sembrando la desconfianza y el miedo. Rompe el tejido social, cuya cohesión se considera un recurso clave de resiliencia frente a la violencia comunitaria.

Este caso nos demuestra como los actos terroristas son actos violentos, que generan un fuerte impacto en el sistema de creencias de las personas y la población general, lo que implica descubrir que las personas no son confiables y que el mundo no es un lugar seguro, justo, ni previsible. Necesitamos sentir certezas y seguridades, pero justamente el terrorismo rompe estos esquemas básicos sobre el mundo y las sociedades en que vivimos, pudiendo crear profundas heridas en el tejido social de difícil reconciliación.

Dentro de las particularidades que diferencian a las víctimas del terrorismo que las distinguen de otro tipo de víctimas de delitos violentos hay que considerar que han sufrido una mayor victimización secundaria por el abandono social e institucional padecido, por ejemplo en España, hecho denunciado por este colectivo (véase el informe Foronda, de López, 2015). Por otra parte, han podido sufrir una victimización más intensa ante el apoyo social que ha recibido el terrorismo por parte de una minoría, cómo puede ser en el País Vasco o, también, por falta de reconocimiento de su condición de víctimas. El caso expuesto anteriormente habla en esta dirección. Como evidencia de lo anterior tenemos los datos ofrecidos en el referido informe Foronda, donde se destaca como la falta de apoyo social tocó fondo en 1984, cuando el 82% de los asesinatos de ETA pasaron desapercibidos y únicamente el 18% obtuvo algún tipo de contestación institucional, a través de condenas o minutos de silencio en los plenos municipales.

Una última diferencia de las víctimas del terrorismo con relación a otro tipo de víctimas de delitos violentos considera que la exposición a los actos terroristas suele ser muy intensa y dilatada en el tiempo, lo que incrementa el riesgo de estigmatización de las personas afectadas y de desarrollo de trastornos mentales, tema que abordaremos en el capítulo siguiente.

Según plantea Finkelhor (2007), los actos terroristas presentan un enorme potencial traumatogénico debido a las variables que interactúan en la situación, como son la malevolencia del acto, el sentimiento de traición por parte de otro ser humano, la injusticia del acto en sí mismo y el hecho que lo acontecido vaya en contra de las normas morales socialmente establecidas. Esto nos lo refleja muy bien Ana, cuando habla de la experiencia con sus vecinos, el sentimiento de traición y las sospechas que siente.

Al mismo tiempo, habría que considerar que el terrorismo se puede distinguir de otros delitos violentos o dolosos en la medida en que hace un uso indiscriminado de la violencia o es perpetrado por integrantes de un grupo más amplio (que se mueve por una ideología común y que realiza acciones de manera sistemática). De

este modo, las acciones terroristas se dirigen a civiles inocentes de manera aleatoria. Sus objetivos son claros, buscando a través de estos actos presionar para que las autoridades adopten determinadas decisiones políticas o sociales.

Según Echeburúa (2004), el concepto de víctima del terrorismo, hace alusión a dos componentes importantes que lo integran:

- I. **Componente objetivo:** hace referencia al hecho de haber perdido una vida humana o haber sufrido daño físico o psicológico, amenazas, menoscabo de la libertad etc. En relación a este componente, hay una realidad indiscutible, y es la de que la persona no va a dejar de ser víctima en este sentido, ya que no se puede borrar el hecho que le ha acontecido.
- II. **Componente subjetivo:** hace referencia a las reacciones emocionales negativas (miedo, ira, ansiedad, inseguridad, tristeza) que experimentan las víctimas y que son muy diferentes y varían considerablemente de unas víctimas a otras. Estas reacciones emocionales experimentadas pueden llevar a la persona a desarrollar una serie de conductas, que le influyen negativamente en la calidad de vida (miedo a salir solo a la calle, temor a viajar, cambio de residencia, necesidad de ir con escolta cambio de horarios y rutinas....).

Desde el punto de vista subjetivo, se trata de que las personas deben evolucionar en su concepto de dejar de considerarse víctimas a considerarse supervivientes. Estaríamos hablando de un proceso a conseguir lo antes posible; la persona debe intentar combatir las reacciones negativas emergentes, para poder afrontar de nuevo la vida. En este proceso puede necesitar ayuda profesional, según el caso. En definitiva, la víctima deberá abordar el componente subjetivo del que estamos hablando para no permitir que llegue a apoderarse de su vida hasta el punto de que sea casi exclusivamente lo único que le dé sentido. En última instancia, se trata de que la persona no se limite únicamente a sobrevivir, sino que pueda crecer y aprender de esta experiencia.

En lo referente a las Tipologías de víctimas de terrorismo, se debe considerar que estas podrían dividirse en tres clases en función del motivo por el que son escogidas por los terroristas, así encontramos (Echeburúa, 2005):

- Víctimas escogidas en relación a su responsabilidad profesional, como policías, militares, jueces, etc.
- Víctimas escogidas en relación a su moral y política.

- Víctimas escogidas de forma arbitraria, para demostrar que nadie está a salvo del terror.

Como se ha referido con anterioridad, dentro del concepto general de víctima, en la literatura se hace referencia a la distinción entre las víctimas directas – que designan a los sujetos expuestos directamente al atentado terrorista– de las víctimas indirectas, constituidas por las personas que han sido testigos directos del evento sin haber sido afectados personalmente. En este último caso, se trataría de aquellas personas cercanas y familiares de la víctima primera, que no habiendo sufrido directamente el atentado terrorista pueden sufrir ciertas consecuencias del mismo, y en las que puede aparecer daño psicológico. También dentro de las víctimas indirectas se encuentran las personas residentes en áreas cercanas a los lugares de los atentados, y la población general de la comunidad afectada, la cual es el objetivo final de los actos terroristas.

Una última diferenciación que se podría realizar a este respecto, hace referencia a ciertas leyes que hayan podido surgir de apoyo a las víctimas, y que en cuanto a las propias disposiciones, encontramos la existencia de víctimas indemnizables y víctimas no indemnizables.

Siguiendo los postulados de García Mengual (2013) el punto de partida del reconocimiento social de las víctimas en España hay que situarlo en la Ley de Solidaridad con las Víctimas del Terrorismo, de 1999. Ley aprobada por las Cortes Generales por unanimidad y que, por vez primera en nuestra historia, “da el salto desde la legislación compensatoria del daño sufrido a la legislación dignificadora de las víctimas”. Apenas un año después se firmó el Pacto por las Libertades y contra el Terrorismo (diciembre de 2000). Este Pacto, al decir de García Mengual (2013), constituyó un punto de no retorno en la lucha contra el terrorismo y dignificación de las víctimas.

Otro paso importante, esta vez a nivel internacional, en la dirección de dotar de derechos a las víctimas del terrorismo fue la propuesta de un fondo complementario de solidaridad para aquéllas, así como la necesidad de su máxima visibilidad, afectando en el I Simposio sobre Víctimas del Terrorismo de la ONU, celebrado en el año 2008, con ocasión del VII aniversario de los atentados del 11 de septiembre. O, como refleja Rodríguez Uribe (2012), el capítulo que el relator de Derechos Humanos de Naciones Unidas dedica, por primera vez, a las víctimas del terrorismo en su informe sobre la situación de los derechos en España y, la aprobación del Plan de Derechos Humanos por el Gobierno de España en diciembre de 2008 que incluye a las víctimas del terrorismo y que comprometió al Gobierno a las siguientes medidas:

1. Asegurar una política de protección integral de la víctima y de su entorno más próximo (...). 2. Reforzar el estatus de la víctima del terrorismo en el proceso penal, de acuerdo con los estándares establecidos en nuestro derecho interno o europeo con los estándares establecidos para las víctimas de delitos violentos y de orden sexual (...). 3. Tratar adecuadamente las distintas situaciones de victimización, en particular la de los españoles que sufran atentados en el extranjero. 4. Reconocer moral y políticamente las distintas situaciones de victimización, en particular la de los españoles que sufran atentados en el extranjero. 5. Apoyar al movimiento asociativo de las víctimas del terrorismo, tanto a nivel nacional como internacional, para contribuir a su visibilidad y reconocimiento. 6- Velar por la dignidad, el honor y la memoria de las víctimas, así como por la justicia efectiva hacia los victimarios (Rodríguez Uribe, 2012, pp. 255-256).

Todas estas medidas han sido desarrolladas y reafirmadas normativamente con la Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo (BOE de 23 septiembre). Sin duda, esta Ley significa una victoria para el reconocimiento de los derechos de las víctimas en España.

En esta dirección, en el marco europeo, La Directiva 2012/29/UE establece normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, refiriéndose a todas las víctimas de todos los tipos de delito, incidiendo especialmente en las más vulnerables, entre las que se incluyen las víctimas del terrorismo. Esta Directiva describe los derechos de las víctimas y sus familiares más próximos a la información, el apoyo, la protección y los derechos procesales en procesos penales. La misma se completa con la Directiva (UE) 2017/541 relativa a la lucha contra el terrorismo (ver Manual de la UE sobre víctimas del terrorismo, 2021).

En la Carta Europea de Derechos de las víctimas del terrorismo, a los derechos contemplados en las Líneas Directrices del Consejo de Europa en relación con las víctimas del terrorismo, se incluyeron dos derechos reconocidos por el derecho y la jurisprudencia internacionales a las víctimas de violaciones graves de los derechos humanos como son el derecho a la verdad y el derecho a la memoria.

Los derechos de las víctimas del terrorismo, recogidos en el Manual de la UE sobre víctimas del terrorismo (2021) según la normativa nacional e internacional vigente son:

- ✓ Derecho a la protección. Se velará por que dispongan de medidas para proteger a las víctimas y a sus familias frente a casos de victimización secundaria, intimidación y riesgo de daños emocionales y psicológicos.
- ✓ Derecho a la protección de su intimidad. Durante el proceso penal los estados miembros velarán por que las autoridades competentes

protejan la intimidad de las víctimas. Incluye el derecho de la víctima a negarse a ser entrevistada.

- ✓ Derecho nacional del Estado miembro afectado. Se garantizará que las víctimas del terrorismo que vivan en un Estado miembro que no sea aquel en el que se produjo la actuación terrorista tengan acceso a información sobre los sistemas de indemnización disponibles en el Estado miembro en el que se cometió.
- ✓ Derecho a la indemnización. Las víctimas dispondrán de una indemnización estatal «justa y adecuada» que, aunque no debe cubrir la reparación de todos los daños, no puede ser de una cuantía meramente simbólica.
- ✓ Derecho centrado específicamente en el menor. Se cubrirán las necesidades especiales de los menores de protección en razón de su vulnerabilidad a la victimización secundaria o reiterada.
- ✓ Derecho a recibir apoyo. Se deben hallar soluciones para las circunstancias específicas nacionales otorgando apoyo de parte del Estado, las organizaciones de apoyo a las víctimas o ambas.
- ✓ Derecho a recibir información desde el primer contacto con una autoridad competente. Se garantizará la información sobre todo lo que las víctimas del terrorismo tienen a su disposición en todo momento.
- ✓ Derechos procesales que garantizan que toda víctima tenga acceso a la justicia. De estos derechos caben destacar los siguientes:
 - ✓ Derecho a ser oído.
 - ✓ Derecho a la justicia gratuita.
 - ✓ Derecho al reembolso de gastos.
 - ✓ Derecho a obtener una decisión relativa a la indemnización por parte del infractor.
 - ✓ Derecho a participar por igual. Los procesos y juicios penales por un atentado son complejos y el número de víctimas y testigos elevado, por lo que se debe garantizar que todos ellos puedan participar por igual.
 - ✓ Derecho al reconocimiento de su condición de víctima
 - ✓ Derecho al acceso a los servicios de apoyo, independientemente de la presentación de una denuncia penal
 - ✓ Derecho a un trato profesional
 - ✓ Derecho a la verdad y a la memoria
 - ✓ Derecho a la participación en las políticas victímales

En un estudio europeo (VV.AA.2008, citado en Varona 2015), se analiza en qué medida las víctimas del terrorismo tienen necesidades adicionales o más profundas que otras víctimas y en qué medida dichas necesidades requieren un tratamiento diferente. Los resultados de esta investigación concluyen que, en general, las necesidades son similares en víctimas de delitos graves, pero se aprecian diferencias en el grado o las posibilidades de ejercer sus derechos para cubrir dichas necesidades, teniendo las víctimas del terrorismo, en algunos casos, un mayor grado de dificultad. En base a lo anterior, las víctimas del terrorismo requieren políticas victímales específicas y una atención integral, temas sobre los que ahondamos más adelante.

5. Procesos de victimización secundaria

Cuando una persona y una familia no han podido superar el trauma padecido a la hora de enfrentarse a un atentado terrorista, nos evidencian no sólo la persistencia del malestar individual y familiar ante el mundo, sino que nos expresa los déficits del contexto socioeconómico y político en que esas personas están inmersas para garantizar esa recuperación. Tanto las actitudes y valores que predominan en ese contexto, los factores políticos y económicos relacionados con la victimización, como los recursos comunitarios: -cantidad, calidad, accesibilidad-, han mostrado sus fallas para garantizar la recuperación del trauma sufrido en la persona y en sus familiares y allegados.

La victimización primaria deriva directamente del hecho delictivo. Pero es importante hacer referencia a los procesos de victimización secundaria. Este término fue acuñado por Khüne para referirse a todas las agresiones psíquicas -no deliberadas pero efectivas- que la víctima recibe a lo largo del proceso de investigación policial y del procedimiento judicial: interrogatorios, reconstrucción de los hechos, asistencia a juicios, identificaciones de acusados, lentitud y demora de los procesos, etc.

Ampliando la definición del término, la victimización secundaria se refiere no solo a los procesos que derivan de la relación posterior al atentado terrorista, establecida entre la víctima y el sistema jurídico- penal (policía, sistema judicial, etc.), el gobierno, las administraciones públicas, los servicios sociales defectuosos, los medios de comunicación masiva y la sociedad en general. En resumen, la victimización secundaria consiste en la victimización que se produce por la respuesta de las instituciones y los particulares a la víctima. Al decir de Varona (2015), se refiere a daños no intencionados ocasionados por la intervención de

distintos agentes sociales e institucionales que se relacionan con las víctimas en sus procesos de victimización y recuperación, desde conocidos y vecinos hasta gobiernos, universidades y ayuntamientos, pasando por policía, servicios sociales o jueces. Consiste en una falta de entendimiento del sufrimiento y consecuencias de la victimización. Este ataque se percibe como una actitud negligente que hace que la víctima se sienta cuestionada, confusa y agobiada. Produce sentimientos de soledad, ausencia de ayuda y desconfianza.

Causas de la victimización secundaria (Manual de la UE sobre víctimas del terrorismo, 2021, p. 22).

- ✓ Repetición de declaraciones en interrogatorios policiales
- ✓ Carencia de información
- ✓ Funcionarios públicos, agentes de policía o personal hospitalario centrados exclusivamente en los sucesos inmediatos, sin reparar en la conmoción que han sufrido las víctimas. Expertos que cuestionan la credibilidad o la salud mental de las víctimas
- ✓ Retrasos en los procesos judiciales, confrontaciones con los terroristas en la sala del tribunal, exponer nuevamente de manera pública y pormenorizada el suceso traumático vivido de manera pública y pormenorizada la experiencia traumática que han vivido
- ✓ Exposición a los medios de comunicación
- ✓ Falta de apoyo en el entorno laboral, escolar, universitario, etc.

De hecho, en los últimos años, se ha ido dando importancia progresivamente a este tipo de victimización por su contribución a la cronificación de las secuelas psicopatológicas típicas sobrevenidas tras la agresión. En esta línea, este concepto de victimización secundaria es muy relevante en el caso de las víctimas de actos terroristas, debido a su vinculación a las reacciones de indefensión, ansiedad y depresión. Por tanto, la victimización secundaria contribuirá a agravar aún más las posibles lesiones psíquicas generadas por el acontecimiento traumático que supone un acto terrorista. De hecho, es posible que estos procesos expliquen, entre otros factores, los altos niveles de prevalencia de trastornos psicológicos presentes en las víctimas de terrorismo en España, con porcentajes que superan con creces su prevalencia en población general, de lo cual hablaremos en el capítulo siguiente.

Así, hay que considerar que si en los momentos iniciales como en las semanas y meses posteriores al atentado las personas afectadas reciben atención inadecuada

por parte de los diferentes agentes de intervención y de las instituciones encargadas de su cuidado, el sufrimiento que presentan puede verse acentuado (al sentirse cuestionadas, sin apoyo), siendo afectados por la victimización secundaria.

Por eso se considera imprescindible que en los momentos, días y semanas posteriores al atentado terrorista, las víctimas sean atendidas por personal que esté formado y entrenado en la intervención con víctimas del terrorismo, asegurando un trato respetuoso y de acogida. Este conocimiento, junto con la utilización de habilidades de escucha activa y comunicación, resultan de utilidad para reducir el impacto de una posible victimización secundaria. ...

Desde una perspectiva psicosocial, la falta de apoyo social del contexto cercano que rodea a la persona, ligado a la depresión y al aislamiento, y una escasa implicación en relaciones sociales, dificultan la recuperación del trauma padecido a consecuencia del terrorismo. El principal antídoto contra la pena es poder compartirla y recibir reconocimiento del sufrimiento y valoración. El apoyo social institucional es también muy importante. Se trata del apoyo que representa el sistema judicial, la policía, de los medios de comunicación etc.

El sistema judicial actual, con su dilación y la falta de información concreta sobre la situación procesal, ha contribuido a la victimización secundaria. En concreto, recordamos hechos que han originado malestar en las víctimas como la necesidad de asistir a juicios en presencia de los terroristas, sin que su opinión sea tomada en cuenta. Las víctimas no han tenido voz en estos procesos. Estos actos han contribuido a que las víctimas hayan podido revivir los hechos traumáticos, padeciendo un gran sufrimiento y una sensación de abandono institucional y desprotección. Durante el desarrollo de estos juicios se han podido enfrentar a preguntas no siempre formuladas con delicadeza, o contemplar las actitudes irrespetuosas de los terroristas. Así mismo, el verse involucrados en procesos judiciales durante años, en la reclamación de sus derechos, contribuyen a estos procesos de victimización secundaria. El caso siguiente nos habla de la dilación de un proceso judicial que duró varios años hasta que a esta víctima de terrorismo se le reconocieron sus derechos.

El caso de Antonio: Los efectos de la victimización y la dilación del proceso judicial

Antonio, 70 años, jubilado y ex funcionario trabajador en prisiones, acude a consulta psicológica para comentar los aspectos referidos a la sintomatología a consecuencia de las amenazas de muerte sufridas por parte del grupo

terrorista ETA, las cuales se dilataron durante varios años. Fue objetivo de un operativo de ETA durante dos años en que su expediente, con sus datos más personales, circuló por los zulos etarras en varios sitios de España, mientras ejercía sus funciones como Secretario General de la Unión Sindical Obrera en la sección de prisiones. *Ellos sabían todo acerca de mí, mi teléfono, donde vivía, mi matrícula de coche, muchos de mis movimientos, el nombre de mi mujer y de mis hijos.... Es que estar tratando con quienes quieren matarte la verdad, es que no es muy agradable (...) En las últimas amenazas recibidas me enviaban telegramas diciéndome: "¡vamos a matarte!"*

Estas amenazas se extendieron a su familia, que sufrió las llamadas telefónicas amenazantes por parte de miembros de ETA. *"Vamos a matar a su marido y a sus hijos; ¡Viva ETA!"-esto le dijeron a mi mujer. A ella le afectaban las continuas amenazas más que a mí. A mí me pilló con los hijos relativamente pequeños, bueno la mayor tenía unos 20 años, y los otros más pequeños. Y cuando recibían llamadas telefónicas ellos los pasaban mucho peor que yo, porque yo estaba acostumbrado. Pero mi hijos y mi señora lo pasaban muy mal, yo siempre le quitaba importancia delante de ellos, aunque por dentro estaba sufriendo."*

Antonio afirma haber pasado miedo tras las amenazas, *así como* la fuerte convicción de que el mundo es un lugar peligroso e inseguro y una visión desconfiada hacia las personas. *A uno de mis compañeros funcionario le mataron a su madre con una carta bomba; el único atentado que hubo en Murcia capital fue en mi calle; esos (refiriéndose a los miembros de ETA) te decían que te iban a matar y lo peor es que sabías que te lo decían de verdad, que podía ser cierto.*

Los primeros síntomas psicopatológicos le surgen en el año 1987: mareo, vértigos, angustia, sensación de ahogo, vómitos y bajada de tensión arterial, desmayos, siendo diagnosticado, finalmente, de una depresión nerviosa. *Todo es de los nervios, me dijeron los médicos, después de haberme hospitalizado e ingresado muchas veces.* En 1989 comienza a padecer crisis de ansiedad que requieren intervención de urgencias e ingreso, ante sospecha de infarto que se descarta. En 1993 las amenazas se personalizan e incrementan, aumentando significativamente la sintomatología ansioso-depresiva. La persistente tensión emocional ha llevado al apaciente a presentar rasgos de personalidad de tipo paranoide. En marzo de 1994 recibe amenazas con mucha intensidad, produciéndose recaída en sintomatología. La preocupación diaria que sufría, exacerbaba los síntomas de estrés postraumáticos, como las pesadillas, los recuerdos intrusivos, etc.

Tras la jubilación, el 15 de octubre de 2004, persisten los miedos por su vida y por la de su familia, prosiguiendo con sus rutinas aprendidas en la vida laboral y que interfieren en su cotidianidad. Persisten los problemas para dormir y estado de ánimo deprimido.

En el momento de solicitar ayuda psicológica refirió presentar la siguiente sintomatología: ansiedad, intranquilidad, tristeza, sudoraciones, sobresaltos continuos, hipervigilancia. En ese momento persistían las conductas de evitación, negándose a leer la prensa para no leer nada relacionado con el terrorismo, quitando la televisión si escuchaba noticias relacionadas con ETA. En estos casos se acentuaba notablemente su malestar, a modo de nerviosismo, inseguridad, estado de alerta e hipervigilancia.

Toda la situación de amenazas continuas a su persona y su familia le llevó a sentir soledad, sentimientos de desprotección y un miedo durante años, que se vio reflejado en los mareos y desmayos que padeció a nivel laboral, hasta que finalmente tuvo que abandonar el trabajo. Antonio afirma haber pasado por una depresión “*de caballo*”, estados altos de hipervigilancia, nerviosismo y reacciones exageradas de sobresalto que continúan estando presentes a día de hoy.

Respecto al trato que ha recibido por parte de familiares y cercanos, afirma haber recibido la amabilidad y compasión que esperaba. Sin embargo, respecto a las instituciones y al Gobierno, refiere haberse sentido engañado y utilizado, describiendo las ayudas como “*pésimas e insuficientes*”.

Las quejas principales que muestra se basan en el mero cumplimiento de las premisas que los partidos políticos les ofrecían, restando importancia al beneficio económico prometido que nunca obtuvo. *Lo que de verdad necesitaba era el reconocimiento del daño que se me hizo y obtener una seguridad. Estuve reclamando mis derechos por el malestar sufrido durante muchos años, a nivel judicial, hasta que finalmente conseguí la jubilación por mis problemas de salud mental. Fueron años muy duros, a las víctimas nos tenían abandonados completamente, nos comíamos todo nosotros solos, no lo comentábamos con nadie.*

Los medios de comunicación también pueden convertirse en otra fuente de victimización secundaria, en la medida en que filtran la intimidad de la víctima al público y que, en ocasiones, buscan una justificación al delito. Pero también la ignorancia de los medios, el no hacerse eco de las víctimas, el no escuchar su discurso y no ofrecer el reconocimiento moral necesario, contribuye a su

revictimización. En el caso de Antonio hemos visto el malestar que sentía ante las noticias relacionadas con el terrorismo. Así, se ha observado como las víctimas, en general, pueden padecer recaídas o agravamiento de los síntomas cada vez que haya un nuevo atentado, cuando aparecen imágenes o noticias relacionadas con este tipo de sucesos, o cuando se llevan a cabo homenaje a los terroristas, o se justifican, de alguna manera, sus conductas (Trujillo, 2002).

En la actualidad, el universo mediático se ha ampliado a las redes sociales, los periodistas ciudadanos, los bloggers y vloggers que no siempre cumplen las normas y principios que los medios de comunicación tradicionales han desarrollado a lo largo de los años. Aunque las redes sociales pueden cumplir un papel positivo, también tienen sus inconvenientes en materia de terrorismo, pudiendo ser empleadas para transmitir noticias falsas sobre los atentados, personas implicadas, imágenes y videos que pueden dificultar la recuperación de las víctimas. Del mismo modo sucede con la sobrecarga de información. Se hace necesaria una regulación por parte de Los Gobiernos de estos nuevos medios de transmisión de información, por ejemplo, en lo que respecta a la divulgación de imágenes de víctimas. En especial, los niños y adolescentes son especialmente vulnerables a este tipo de contenido, poniéndose en riesgo su salud mental.

Por otra parte, el maltrato y abandono institucional contribuye a agravar el daño psicológico de las víctimas, que han sido las grandes olvidadas de la historia en el terrorismo en España, cuyo sufrimiento no fue tomado en consideración por estas instituciones. Como se verá en el capítulo siguiente, los efectos psicológicos más investigados en la victimización terrorista son el estrés, la ansiedad y la inseguridad y la depresión. Si bien la mayoría de los afectados no llegará a sufrir estrés postraumático (TEPT), uno de los factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno consiste en que la comunidad donde residen no les considere como víctimas.

Como evidencia del abandono social e institucional sufrido por las víctimas en el contexto español tenemos los datos que aporta el informe titulado “Los contextos históricos del terrorismo en el País Vasco y la consideración social de sus víctimas 1968-2010” (López, 2015). Este informe defiende que el nacimiento de Gesto por la Paz en 1986 fue clave para activar la movilización de la ciudadanía, ya que hasta el nacimiento de esta organización aproximadamente 500 muertos de la banda no habían suscitado ninguna contestación en la calle. “Durante años la desmovilización fue un fenómeno característico y muy presente” ha recordado López. Después subraya cómo “a partir de mediados de los 80 la respuesta fue creciendo aunque de forma muy tibia, gracias a asociaciones como Gesto por la Paz”.

López (2015) ha defendido la necesidad de “atribuir responsabilidades” a los terroristas y ha sostenido que ETA “ha sido el principal responsable de las escalada terrorista” en el País Vasco ya que ha sido “la más longeva, más mortífera y la que más apoyo social ha tenido” Además le atribuye el seguimiento hasta 2001 de un mínimo de 15.000 personas, “cuya actividad (principio, desarrollo y final) ha configurado el marco del proceso histórico del terrorismo en Euskadi (incluyendo la acción tanto de sus satélites como de sus oponentes también terroristas)”. (López, 2015, pp. 120-122).

Decir que con respecto a las víctimas de ETA, en el País Vasco, se ha observado cierta mejoría en el apoyo social recibido en los últimos años. Aunque, en la actualidad, persisten gestos de falta de reconocimiento, apoyo inadecuado, incomprensión, rechazo, etc. Por ejemplo, un problema actual allí sigue siendo la existencia de símbolos, carteles, pintadas etc., que recuerdan la etapa terrorista y que pueden llevar a revivir el trauma a las víctimas.

Han existido muchas etapas y luchas en la batalla de las víctimas por sus derechos que han pasado desde el abandono, la incomprensión de su tejido social, político e institucional hasta el reconocimiento de sus derechos más recientemente. El movimiento asociativo ha contribuido en esta dirección, siendo importante los temas de memoria, dignidad y justicia. Si se quiere profundizar en las diferentes etapas por las que han pasado las víctimas del terrorismo en España con respecto al reconocimiento de sus derechos véase el libro de Rodríguez Uribe (2013), que se exponen en las referencias bibliográficas de este escrito.

El caso de Pedro: El abandono social e institucional

Pedro es un hombre casado de 66 años, de profesión policía nacional, que en el año 1983 fue víctima de un atentado, perpetrado por la banda terrorista ETA, en San Sebastián, mientras ejercía sus funciones como policía nacional. Refiere que fue la primera vez que había subido al País Vasco para trabajar y durante el desarrollo del atentado pensaba continuamente en que *Yo no había hecho nada y no iba a volver a ver a mis dos hijos pequeños*. Durante el suceso, estaba en acto de servicio y resultó herido. Además, presenció la muerte de un compañero a causa del tiroteo.

En el momento en que acude a consulta psicológica en el año 2010, presentaba malestar asociado a este hecho. Los síntomas comenzaron poco tiempo después del atentado. Los síntomas de Pedro consistían en un recuerdos intrusos del suceso durante todos los días desde que ocurrió, tensión muscular intensa, pesadillas, espasmos súbitos e inconscientes

durante el sueño y un brusco cambio de personalidad acompañado de una fuerte sentimiento de tristeza, alarma, desconfianza y culpabilidad que le llevaron a aislarse socialmente y a perder interés en actividades significativas. Tuvo que recibir tratamiento psiquiátrico después del atentado, según consta en informe psiquiátrico que nos muestra.

Según refleja Pedro: *solo tuve derecho a 17 días de baja, el tiempo que tardaron sus heridas en curarse*. Sin embargo, no se reconoció en ningún momento la posibilidad de que el atentado haya podido tener efectos psicológicos graves en sus víctimas supervivientes, ni se les ofreció tratamiento psicológico. De hecho, Pablo refiere que si el Cuerpo de Policía tenía constancia en aquellos tiempos de que el paciente había buscado ayuda psicológica o psiquiátrica se le retiraba la licencia y se le daba un cargo en otro puesto (como camarero en la cantina de la Comisaría de Policía). Esta actuación puede producir mayor sensación de inutilidad, fracaso e incomprensión de los síntomas, como le ocurrió a él. Por otro lado, Pedro dice haber escuchado de algunos de sus superiores *“que las únicas víctimas de la banda terrorista eran aquellos que no sobrevivían”*, negando por completo las consecuencias psicológicas a aquellos que experimentaron el evento.

Pedro relata que, debido a la sintomatología de carácter ansioso-depresivo presentada solicitó pasar por el servicio de Psiquiatría del Cuerpo Nacional de Policía. Tras varias bajas en la policía nacional por informes psiquiátricos, se le otorga la baja definitiva entre el 1992 y el 1993.

El paciente manifiesta que él no supo que era víctima de terrorismo y que tenía derechos legales por ello hasta el año 2010, 27 años más tarde del suceso. Obtuvo esta información al ponerse en contacto con una asociación de víctimas para ver cómo podía ayudar. *No había hablado del atentado nunca con nadie, ni siquiera con mi mujer, y ese día me echó a llorar como un niño, al contarlo a un voluntario de la asociación, un hombre mayor que me inspiró confianza*. En ese año comenzó un proceso legal para que él y su familia pudiesen ser reconocidas como víctimas del terrorismo y poder recibir las ayudas prestadas.

En el contexto europeo Varios artículos de la Directiva sobre los derechos de las víctimas abordan la victimización secundaria, lo cual ha sido reflejado en el Manual de la UE sobre víctimas del terrorismo (2021):

La asistencia de los servicios de apoyo a las víctimas debe incluir (salvo que sea proporcionado por otros servicios públicos o privados) asesoramiento sobre el riesgo y la prevención de victimización secundaria o reiterada [artículo 9, apartado 1, letra e]]. Sin perjuicio de los derechos de la defensa, los Estados miembros velarán por que se dispongan medidas para proteger a las víctimas y a sus familiares frente a la victimización secundaria (artículo 18). La evaluación individual de las víctimas a la que hace referencia el artículo 22 debe emplearse para identificar (entre otras cuestiones) si podrían beneficiarse de medidas especiales en el curso del proceso penal por el hecho de que sean particularmente vulnerables a la victimización secundaria (Manual de la UE sobre víctimas del terrorismo, 2021, p. 21).

Consejos para evitar la victimización secundaria (Manual de la UE sobre víctimas del terrorismo, 2021, p. 22).

- ✓ Tomar conciencia de las graves consecuencias que tienen las experiencias negativas tanto en la salud como en el comportamiento de las víctimas del terrorismo, al igual que tener los conocimientos necesarios para saber como intervenir para ayudarlas a recuperarse.
- ✓ Reconocer signos y síntomas de trauma en las víctimas del terrorismo y sus familiares.
- ✓ Ofrecer una respuesta (políticas, procedimientos y prácticas) que considere en su totalidad todos los conocimientos sobre acontecimientos y experiencias traumáticas y tratar en todo momento de evitar la revictimización.
- ✓ **La victimización secundaria se puede evitar mediante la capacitación de todo el conjunto de profesionales.**

En resumen, es responsabilidad del Estado y de la sociedad reflexionar sobre el tratamiento de las víctimas y cómo impactan las medidas que se toman en su salud física y mental, si se quiere evitar procesos como la victimización secundaria. No olvidemos la naturaleza del trauma generado por el terrorismo y la posibilidad de recaídas debido a factores de tipo político, jurídico, social etc. En última instancia, se trata de reparar en la medida de lo posible el daño causado, prevenir los procesos de victimización secundaria y evitar la creación de nuevas víctimas.

6. Conclusiones

El número de personas afectadas por el terrorismo, en las últimas décadas, nos indica que este se ha convertido en un grave problema mundial. Lo evidente es

que el terrorismo supone incalculables pérdidas emocionales y materiales, daños, secuelas físicas y psicológicas en los supervivientes y sus familias, impactando así múltiples dimensiones de la vida de las personas. Más allá de los daños personales, al Estado y de carácter económico, el terrorismo supone una clara violación de los derechos humanos y libertades fundamentales, atentando contra el derecho a la vida, por lo que ataca la propia civilización humana y las bases sobre las que se sustenta.

Las tendencias terroristas internacionales sitúan al terrorismo internacional o terrorismo islamista o yihadista como el más frecuente y el que más atención ha recibido de los medios de difusión masiva. Éste pretende la universalidad y de sistematicidad como desafío directo a la civilización, y al decir de Rodríguez Uribes (2012), al atacar los cimientos de la civilización occidental, socava las bases de toda la civilización humana, por su nivel de gravedad, brutalidad y los derechos y valores contra los que atenta.

Además de este tipo de terrorismo, una de las tendencias más preocupantes del terrorismo político en los últimos cinco años es el aumento del terrorismo de extrema derecha, aunque el número absoluto de ataques de este tipo sigue siendo bajo en comparación con otras formas de terrorismo (START, 2020). Según esta fuente, en EE.UU, Europa Occidental y Oceanía, los ataques de extrema derecha aumentaron en un 320 por ciento en los últimos cinco años, motivados por motivos raciales y étnicos vinculados a las tendencias ideológicas relacionadas con la supremacía blanca, la xenofobia y las creencias contra los inmigrantes.

En esta línea, el terrorismo de ultraderecha, llevando al extremo algunos de los contenidos que han conformado la historia de aquella, pretende destruir otros como la secularización, la laicidad o la socialdemocracia, sin los que no se entienden muchos de los progresos en la historia del hombre (Rodríguez Uribes, 2012, p. 246).

En base a lo anterior, puede decirse que el terrorismo es un fenómeno con graves consecuencias sociales, políticas, económicas, filosóficas, jurídicas y psicológicas que requiere la intervención de diferentes disciplinas. En este libro se adoptará la perspectiva psicológica.

En España se ha sufrido la influencia de los actos terroristas de bandas como los GRAPO y, sobre todo, ETA. También hemos sido víctimas del terrorismo islamista en los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid y, más recientemente, en el año 2017 en Cataluña. Dentro del panorama nacional, al decir de López (2015), el terrorismo ha sido uno de los principales factores condicionantes de nuestra historia reciente: “En diversos planos (político, económico, social, cultural) y etapas (dictadura, transición, democracia).” (López, 2015, p. 122).

Se hace importante considerar que definir y distinguir entre guerra y terrorismo, hoy en día, no siempre es sencillo. A diferencia de las guerras convencionales, en las que el gobierno envía a sus ejércitos a luchar entre sí en nombre de las naciones, los conflictos modernos son cada vez más poco convencionales, con un número creciente de combatientes que carecen de estado, sin un frente de guerra claro y con líneas definidas (Sammons y Batten, 2008). También incluyen el uso creciente de tácticas terroristas, con ataques calculados contra la población civil para generar la mayor cantidad de miedo posible (Wilkinson, 2003). Por estas razones, el uso del término violencia masiva que fue acuñado por Murthy (2007), del que hablaremos en este libro, incluye tanto la guerra como el terrorismo.

Aunque no existe un consenso entre los diferentes organismos e instituciones en la definición de terrorismo, la mayoría de las definiciones señalan que se trata de un fenómeno que busca, con un fin político, religioso o ideológico, infundir terror, crear una alarma social e intimidar a la población, aprovechando la influencia de los medios de comunicación masiva. Esto se consigue a través de la acción de la violencia premeditada, afectando a la vida, la libertad, la seguridad y la integridad física de las personas. En base a lo anterior, se evidencia la necesidad de contar con una definición consensuada de terrorismo que permita el establecimiento de posturas y de políticas mundiales comunes contra el mismo por parte de las organizaciones internacionales.

Tradicionalmente e históricamente la preocupación de los Estados ha sido siempre el fenómeno terrorista, cómo se combate, etc. y desde hace unos años la mirada se ha puesto también sobre las víctimas. Como evento traumático, el terrorismo sería percibido por la persona como un suceso negativo, vivido de forma brusca que llevaría a la indefensión, pondría en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejaría a la víctima en una situación emocional negativa en la que estarían mermadas sus capacidades de afrontamiento con los recursos psicológicos habituales. Este tipo de hechos violentos puede suponer la ruptura de esquemas básicos de la persona en el área de la seguridad y la confianza y, por extensión, una afectación de todo el entorno de la persona.

En España, como bien señala López (2015), después del “cese definitivo” de la actividad de ETA, los atentados han desaparecido de la escena pública y el terrorismo ha dejado de estar entre los principales problemas. *No obstante, dicho fenómeno no pertenece únicamente al pasado, puesto que sus consecuencias (las víctimas o los debates sobre cómo abordar el relato de lo sucedido) se proyectan constantemente sobre nuestro presente y futuro* (López, 2015, p. 120).

Atendiendo a lo anterior, en este capítulo hemos llamado la atención sobre los procesos de victimización secundaria en víctimas del terrorismo, que consiste en la victimización que se produce por la respuesta de las instituciones y los particulares a la víctima. En el contexto del terrorismo en España, se ha destacado como estos procesos han acentuado el daño psicológico de las mismas. Como dice García Mengual (2013) refiriéndose a las víctimas del terrorismo: *Las víctimas han sido doblemente víctimas en este proceso. Han sido víctimas de los terroristas y víctimas de un Estado que no supo atender su realidad, ni defender su memoria ni, dignificar su sufrimiento* (García Mengual, 2013, p. 244).

En la línea de reducir el impacto de una posible victimización secundaria, se considera imprescindible que en los momentos, días y semanas posteriores al atentado terrorista, incluso años, las personas afectadas reciban atención por parte del personal encargado que debe estar formado y entrenado en la intervención con víctimas del terrorismo, asegurando un trato respetuoso, cercano y de acogida. Conjuntamente, será responsabilidad del Estado garantizar el cumplimiento de todos los derechos de las víctimas recogidos en la legislación nacional e internacional vigente.

Las víctimas del terrorismo, en la actualidad, son consideradas víctimas de violaciones de derechos humanos y no víctimas del delito particular. Como bien señala Rodríguez Uribe (2012) los bienes dañados por la acción terrorista son genuinos derechos humanos: vida, libertad, seguridad, integridad física y hasta cierto punto propiedad, los cuales son reconocidos en normas positivas de los Estados o del Derecho Internacional. Lo anterior no se presta a dudas, *“aunque siga siendo un reto permanente su eficacia práctica”*.

La perspectiva de los Derechos humanos en salud mental será la que se adoptará en este libro al pensar en la atención a las víctimas del terrorismo, lo cual tiene una estrecha vinculación con el de atención integral. Conjuntamente, se combina con un enfoque de la ética del cuidado. Más adelante ofreceremos pautas básicas de intervención, de gran ayuda en la asistencia a las víctimas del terror. En este sentido, pretendemos brindar recomendaciones a aquellos agentes de la intervención social que, por las exigencias de su trabajo, deben atender o tratar con personas que han sido con víctimas directas de atentados terroristas y sus familiares.

Las personas que atienden víctimas de atentados deben entender los efectos del trauma a lo largo de la vida. En el próximo capítulo valoraremos el impacto de las consecuencias psicológicas individuales del trauma generado por el terrorismo en adultos, niños y adolescentes que lo han sufrido.

Capítulo II

Consecuencias psicológicas de los Atentados terroristas

1. Introducción

Los atentados pueden implicar un grave impacto en términos de muertes, pérdidas, lesiones físicas y daños materiales. Por su nivel de brutalidad y gravedad, y su carácter inesperado, se perciben con un elevado riesgo de amenaza para la integridad física y psicológica de las personas. Sabemos que generan una fuerte sensación de pérdida de control, pudiendo romper el sentido de seguridad y protección que es necesario para vivir. De ahí que se haya dicho que presentan un elevado nivel traumatogénico.

¿Qué reacciones suceden frente a los mismos? ¿Cómo reacciona el organismo frente a una amenaza de este tipo? ¿Qué es normal que piensen y sientan sus víctimas cuando sufren estos eventos potencialmente traumáticos? ¿Cómo pueden comportarse? En este capítulo damos respuesta a estas cuestiones, explicando una serie de reacciones. En esta línea, Vázquez, Pérez-Sales y Matt (2006) plantean que estas reacciones pueden representar únicamente las respuestas emocionales intensas que forman parte del proceso de recuperación normal de las personas ante un acontecimiento traumático (citado en García-Vera y Sanz, 2016).

¿De qué factores depende entonces que estas respuestas se vuelvan disfuncionales? ¿Por qué pueden dar lugar a la aparición de trastornos mentales como consecuencia del terrorismo? ¿Por qué unas personas logran recuperarse de modo natural de estos sucesos y otras enferman y necesitan atención psicológica? ¿Qué tipo de trastornos son los más comunes? ¿Cuál es la prevalencia de estos trastornos mentales entre las víctimas? ¿Qué tipo de víctimas resultarán más afectadas? En el presente capítulo profundizamos sobre estos temas, explicando las repercusiones psicológicas de los atentados terroristas sobre los adultos y los factores de riesgo asociados a estas consecuencias. Para ellos adoptamos una perspectiva ecológica. Además, profundizamos sobre el curso de estos trastornos mentales en los diferentes tipos de víctimas afectadas.

Nos parece un tema de particular relevancia porque los efectos psicológicos individuales del terrorismo sobre sus víctimas pueden ser subestimados o desconocidos, por este motivo aquí ponemos el foco de atención sobre ellos. En general, puede decirse que un atentado terrorista es un suceso traumático, que provoca muchas consecuencias en la vida de las personas, en diferentes áreas de expresión (a nivel individual, en su salud mental y física; pero también a nivel familiar, social y comunitario). Estas repercusiones pueden llegar a suponer que la gente no pueda llevar a cabo una vida normal. Los diferentes profesionales y agentes de intervención que atienden a las víctimas del terrorismo y de la violencia masiva en general, necesitan conocer el impacto psicológico de estos sucesos sobre sus víctimas no solo a corto y medio plazo, sino también, a largo y muy largo plazo (García-Vera y Sanz, 2016).

En este apartado también nos centraremos en la experiencia de los niños y adolescentes que han sufrido el terrorismo. Nos parece esencial particularizar las consecuencias psicológicas de estos eventos sobre ellos, porque sus reacciones presentan elementos comunes con los adultos, pero también, muchas variables que les diferencian. Los resultados de diversos estudios sugieren que haber experimentado un acto terrorista en la infancia, el cual es un período de alta plasticidad neuronal, provoca desregulaciones en el desarrollo neurofisiológico cerebral. Por consiguiente, en este apartado hablaremos de las repercusiones neurobiológicas y neuropsicológicas de la violencia en los niños. La violencia terrorista impacta sobre los niños en un momento donde las estructuras cerebrales se encuentran en proceso de desarrollo y maduración, pudiendo este proceso ser interrumpido. Esto, a su vez, parece conllevar dificultades en la regulación del estado de ánimo y la conducta, problemas de relación, así como múltiples problemas sociales y emocionales en etapas posteriores. Sobre todos estos efectos negativos de la violencia profundizamos en este apartado.

En esta línea, abordaremos los trastornos mentales más comunes en la población infanto-juvenil asociados al terrorismo, su prevalencia y curso. Pero dado que el terrorismo impacta en diversas áreas del funcionamiento psicosocial de los niños, explicamos las consecuencias negativas del mismo en el área escolar y en la relación con sus iguales o con los miembros de las comunidades donde viven. También abordamos los factores de riesgo y de protección ante la violencia terrorista, destacando las variables que influyen en su resiliencia.

2. Las reacciones de estrés frente a un atentado terrorista

Cuando se produce un atentado terrorista, las personas tienen reacciones las cuales son respuestas normales ante una situación extrema. Se trata de respuestas que tienen un gran valor de supervivencia y que, por consiguiente, resultan adaptativas. Estas respuestas de estrés se manifiestan a nivel físico, emocional, cognitivo, comportamental e interpersonal. Además, pueden variar en su intensidad dependiendo de las diferencias individuales como, por ejemplo, son: la personalidad, la autoeficacia percibida o la experiencia previa con otras situaciones similares. En este capítulo se describen los factores de riesgo para la aparición de problemas de salud mental.

La mayor parte de las personas mostrará, después de un atentado, las reacciones que describiremos a continuación, pudiendo algunas de estas respuestas perdurar durante horas, días o, incluso, meses, regresando a los niveles previos de manera paulatina.

Las personas tienen, por ejemplo, reacciones de activación. Esto resulta congruente y lógico si pensamos que es una situación de máxima alarma para el organismo: la supervivencia está en juego. Esta respuesta de activación se debe a una hiperactivación extrema y repentina del sistema nervioso simpático, encargado de regular la respuesta de estrés. Todo esto favorece que se sienta el miedo de modo intenso, una emoción que es necesaria para sobrevivir ante la amenaza. Como parte de esta alarma se producen una serie de cambios fisiológicos con el objetivo de garantizar la respuesta del organismo para huir o atacar las cuales son respuestas frente al peligro (por ej., aceleración del ritmo cardíaco para garantizar el adecuado flujo sanguíneo a los músculos y poder correr, aumento de la respiración superficial para proporcionar un aporte extra de oxígeno a los músculos, tensión muscular intensa puesto que la musculatura debe responder a la amenaza, dilatación de las pupilas para percibir mejor los estímulos visuales y detectar el peligro, disminución de la actividad del sistema digestivo para poder concentrar la sangre en las extremidades, etc.).

Por otra parte, hay que considerar que una minoría de personas puede experimentar tras el atentado una parálisis. En estos casos, la hiperactivación del sistema nervioso simpático se acompaña seguidamente de una activación extrema del sistema nervioso parasimpático, encargado de regular la respuesta contraria de calma y relajación. De este modo, las personas quedan hipoactivadas; se contrarrestan los efectos producidos por la activación del sistema nervioso

simpático y se sitúa al organismo en un modo de ahorro de energía. Como consecuencia, las personas pueden enlentecer su ritmo de pensamiento y acción y quedarse paralizadas, confusas y desorientadas, mostrando una seria incapacidad para procesar lo que está ocurriendo y alejarse de la zona de peligro.

Asimismo, después de los atentados, aparecen las reacciones de evitación hacia las personas o lugares que recuerden lo sucedido porque estas personas no pueden soportar ni asimilar fácilmente lo que está pasando. Podemos dejar de sentir, bloquear las emociones y esto puede resultar ser adaptativo, porque sentir puede conllevar demasiado sufrimiento.

Estas y otras tantas respuestas nos ayudan a adaptarnos al principio pero cuando ya ha pasado el peligro y hay que elaborar la experiencia pueden resultar desadaptativas porque interfieren en el regreso a una vida normal. También resultarán más o menos adaptativas dependiendo de su nivel de intensidad y/o su frecuencia. En cualquier caso, si se mantienen después de haber pasado un tiempo desde el atentado o son demasiado intensas, pueden dar lugar a problemas de salud mental y física.

El caso de Ángela: Las reacciones de estrés en poblaciones expuestas al terrorismo

Ángela acude a consulta solicitando tratamiento psicológico con aparente sintomatología postraumática referente a un atentado sufrido por la banda terrorista ETA, ocurrido hace más de 30 años en la Casa Cuartel de la Guardia Civil de Zaragoza, junto a su marido y sus dos hijas pequeñas.

El atentado de Zaragoza fue muy bestia, murieron 11 personas, muchos niños, unas gemelas que no tenían los 3 años...muy salvaje. Fue una época de muchos atentados y siempre decías, no aquí en Zaragoza no, esto es tranquilo y a los 2 meses pasó y a lo bestia. El objetivo es que el cuartel entero cayera, habíamos 40 familias. La noche y la mañana del atentado pensaba que estaba muerta, me sentía como anestesiada, muy raro todo. Ese día me llaman y me dicen que mi marido se ha mareado y que bajara que me llevaban al hospital a verlo y yo no los creía, yo pensaba que mi marido estaba muerto.

La paciente relata los años en los que su marido trabajaba de Guardia Civil, antes del atentado, como situaciones de “miedo notable” que alteraban el sueño y sus labores cotidianas. Antes del atentado afirma haber pasado auténtico miedo sobre todo *por las noches, porque por aquella época había*

muchos ataques de ETA. Su marido también recuerda haber pasado miedo durante las noches de vigilancia. Disponían de señales de comunicación entre trabajadores con el objetivo de asegurarse de que se encontraban bien. Ella recuerda no dormir en toda la noche cuando su marido tenía turno ya que se encontraba en un estado continuo de nerviosismo. Necesitaba la luz encendida para dormir lo cual estaba prohibido porque podía llamar la atención de los terroristas. Actualmente, necesita también una luz para poder descansar. Nos expresa que su sueño se torció a partir de aquel momento, presentando insomnio que se mantiene en la actualidad. A raíz del atentado sufrido, sus peores pesadillas se confirmaron. Dice que a partir de ese momento, el miedo, en general, así como el temor de que le pase algo malo a sus seres queridos, en particular, le ha acompañado durante toda su vida. Presenta nerviosismo y se sobresalta con facilidad. Yo hubo una época que no podía dormir, me tenía que tomar pastillas para dormir. Tenía pesadillas sobre el atentado.

Aclara que los recuerdos que almacena del atentado parecen venir de ayer mismo y que la nitidez con la que recuerdo todo y lo que siento al recordarlo sigue como en los primeros años. (...). Cuando pasó me sentí muy nerviosa, inquieta, rara, como quien está en una especie de burbuja, desconectada del mundo, confusa, desorientada. Pensé que estaba muerta, no podía dormir (...). Se aprende a convivir con ello; ahora simplemente muchas veces me emociono cuando lo cuento. Antes no podía oír hablar del tema. En la actualidad, ahora, por otras situaciones, en situaciones límite, en relación a otras cosas, tengo la referencia de lo del atentado y digo "bueno si pasó una vez y me pasó a mí a pesar que me veía ajena. Ahora mismo en la vida, en cosas, también pienso eso "y porqué no me iba a poder tocar a mí esto".

Con el tiempo mi marido estaba tomando pastillas que le recetó el psiquiatra y se tomó una mal, cayó al suelo y se hizo una brecha, estaba todo ensangrentado. Yo me puse en lo peor... entonces pensándolo ahora digo, a ver si lo de ponerse en lo peor viene por eso... Creo que superarse, superarse, nunca se supera, que aprendas vivir de otra manera....

Como vemos en este caso, en poblaciones que están expuestas a la amenaza terrorista, pueden darse una serie de reacciones adaptativas previas a suceder un atentado (en este caso insomnio, por ejemplo), debido al temor intenso que le terrorismo provoca ya la necesidad de protegerse frente al mismo.

Reacciones normales de estrés a cualquier Edad				
CONDUCTU-ALES	FÍSICAS	SOCIALES	EMOCIO-NALES	COGNITIVAS
Impulsividad	Rígidez muscular, temblores y calambres	Dificultades para sentirse vinculado a los demás	Amplia variedad de emociones (miedo, ira, tristeza, ansiedad, etc.)	Confusión y desorientación
Hiperactividad	Dolores generalizados	Desconfianza hacia los demás	Embotamiento emocional	Problemas de atención y concentración
Llanto	Fatiga e insomnio	Sensación de sentirse abandonado y rechazado	Cambios bruscos emocionales e irritabilidad	Dificultad para pensar y tomar decisiones, ausencia valoración peligro
Hostilidad y agresividad	Reacciones de sobresalto y palpitaciones	Aislamiento	Culpa por no haberlo evitado, culpa del superviviente	Negación o Incapacidad de recordar información
Huida	Dificultad para respirar, sofocos, mareos		Sensación de vacío, vulnerabilidad y pérdida de control	Recuerdos intrusivos no deseados y pesadillas
Pánico	Hiperventilación		Miedo intenso a la muerte	Alteración del sentido del tiempo (cámara lenta / cámara rápida)
Paralización	Náuseas, pérdida de apetito		Pérdida de capacidad para manifestar interés, placer o amor	Alteración sentido de realidad (visión túnel, percepción deformada dimensiones ...)
Incremento consumo de alcohol o tabaco	Vómitos, diarrea		Sensación de pérdida de control y desesperanza	Alteración del sentido de uno mismo (sentirse separado del cuerpo)
				Hipervigilancia y preocupaciones recurrentes

Tabla 1: Reacciones normales de estrés a cualquier edad (De Vicente Colomina, 2019)

Tras un atentado terrorista, pese al aparente patrón de reacción común, los síntomas experimentados pueden ser muy variables, incluyéndose alteraciones del

sueño, cambios en los hábitos de alimentación, miedos generalizados, sobresaltos, malestar físico intenso, disminución de la autoestima, culpa y vergüenza, etc. Los sentimientos de culpa surgen a raíz de preguntarse por qué se sobrevivió al ataque mientras que otros perdieron la vida o fueron gravemente heridos. A partir de un episodio traumático, los individuos experimentan la sensación de que el mundo deja de ser un lugar tranquilo y controlable (en cierta medida), para convertirse en un lugar hostil, inseguro y peligroso. La culpa en este caso no es más que un mecanismo de defensa que consiste en atribuir la responsabilidad de un hecho externo incontrolable a uno mismo, haciendo que los individuos creen que podrían haber actuado para controlar o evitar lo sucedido. Aunque esto les genere altos niveles de ansiedad, resulta preferible atribuir un locus interno a la situación, antes que admitir que hay ciertos acontecimientos que no podemos controlar ni predecir. Todos estos aspectos reflejarían, en definitiva, dificultades de adaptación a la vida cotidiana.

Algunos de los problemas mentales que se pueden desarrollar como consecuencia de experimentar estrés crónico, como consecuencia del terrorismo, son el trastorno por estrés postraumático (TEPT), los trastornos de ansiedad, la depresión, o los problemas de abuso de alcohol y drogas. En el próximo apartado profundizaremos en las repercusiones psicopatológicas de los atentados.

Con respecto a la salud física, el estrés crónico puede facilitar el desarrollo o empeoramiento de trastornos respiratorios (asma, alergia, etc.), trastornos cardiovasculares, trastornos gastrointestinales (úlceras, síndrome de colon irritable, etc.), dolor crónico, trastornos dermatológicos (psoriasis, eccemas) y problemas de disfunción sexual, entre otros (De Vicente Colomina, 2019).

3. Repercusiones psicopatológicas del terrorismo en adultos

Centrándonos en las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas, en los últimos 15-20 años ha crecido considerablemente la literatura científica dedicada a los estudios que han evaluado la presencia y el tratamiento de trastornos psicológicos diagnosticables, más que en la mera presencia o tratamiento de síntomas psicológicos (García-Vera y Sanz, 2016).

Sin embargo, García-Vera y Sanz (2011) mencionan que se han estudiado de una manera prioritaria a las personas afectadas por estos sucesos en los atentados cometidos en países desarrollados y, especialmente, aquellos que han ocurrido en

los últimos 25 años en Estados Unidos de América, Europa Occidental e Israel, en los que ha habido un número considerable de muertos y heridos.

Por tanto, la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas del terrorismo y su tratamiento está sesgada hacia los atentados terroristas que se han producido en países desarrollados y presenta problemas para generalizar sus hallazgos a los actos terroristas que ocurren en los países menos desarrollados los cuales representan el porcentaje más importante de este gravísimo problema (García-Vera y Sanz, 2011). En este sentido, la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas fue impulsada de manera notable a raíz de los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington DC.

La realidad es que después de un atentado terrorista pueden aparecer una gran variedad de síntomas psicopatológicos y trastornos mentales diagnosticables. Lo anterior justifica que las consecuencias psicopatológicas de estos hechos y el tratamiento de estas se hayan convertido en objeto de estudio de la Psicología.

Centrándonos en las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas y en las últimas investigaciones al respecto, en una revisión de la literatura científica García-Vera y Sanz (2016) citan el hecho de que:

Actualmente el corpus de conocimiento empírico sobre los problemas de salud mental en adultos causados específicamente por el terrorismo y sobre su tratamiento ha permitido la realización de varias revisiones narrativas y metaanalíticas al respecto como, por ejemplo, las de DiMaggio y Galea (2006), García-Vera y Sanz (2016) y Gutiérrez Camacho (2015) sobre el trastorno por estrés postraumático (TEPT), la de DiMaggio, Galea y Li (2009) sobre el abuso de sustancias, las de García-Vera y Sanz (2010) y Gutiérrez Camacho (2015) sobre los trastornos depresivos y de ansiedad, la de Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarizaga, Cano-Vindel y Galea (2011) sobre el trastorno depresivo mayor (TDM) y la de García-Vera et al. (2015) sobre el tratamiento de esos trastornos psicológicos (García-Vera y Sanz, 2016, p. 2).

En base a estos estudios, García-Vera y Sanz (2016), y posteriormente, García-Vera; Sanz y Sanz -García (2021) y Sanz y García-Vera (2020) establecen varias conclusiones acerca de las consecuencias psicopatológicas del terrorismo que, a continuación, se describen. Nosotros iremos ejemplificando dichas consecuencias con casos tomados de la praxis clínica en la Asociación Murciana de Víctimas del terrorismo (AMUVITE).

1) Con relación al número de víctimas adultas que desarrollarán trastornos psicológicos

En la revisión de García-Vera y Sanz (2016) se explica que después de un atentado terrorista el porcentaje de víctimas que no presentan dicho trastorno es mayor que el porcentaje de víctimas que sí lo presentan. Se puede estimar que entre un 60% y un 80% de las víctimas directas no desarrollarán TEPT (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015). No obstante, aclaran los autores, un porcentaje muy importante de las víctimas adultas desarrollarán trastornos psicológicos.

En el caso del TEPT, las revisiones indican que un 18-40% de las víctimas directas desarrollarán dicho trastorno (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015), porcentajes que superan con creces la prevalencia del TEPT en la población general. Sobre la base de esto se estima que la prevalencia del TEPT en las víctimas directas multiplicaría por 36-80 su prevalencia anual en la población general española, por 5-11 en la estadounidense y, por último, por 20-44 en la europea.

El caso de Pedro: Conviviendo con el trastorno de estrés postraumático

Retomamos este caso expuesto en el capítulo 1. Un hombre casado de 66 años, al que llamaremos Pedro cuya profesión es policía nacional que sufrió un atentado de la banda terrorista ETA hace más de 25 años. Durante el suceso, estaba en servicio y resultó herido. Además, presenció la muerte de un compañero a causa del tiroteo. Pedro acude a consulta psicológica por primera vez en 2010 para solicitar una evaluación y tratamiento psicológico debido al gran malestar psicológico que sufría en ese momento.

Los síntomas comenzaron poco tiempo después del atentado. Sin embargo, a excepción de un tratamiento farmacológico que siguió, él no había recibido nunca ayuda para tratar los síntomas que presentaba, ni había hablado del tema con nadie.

En este caso se pudo realizar un diagnóstico de TEPT, cumpliendo con todos los requisitos para su diagnóstico según el DSM-5 (APA, 2013). En primer lugar, el paciente estuvo expuesto de forma directa a un suceso potencialmente peligroso y traumático como es un atentado terrorista (criterio A). En segundo lugar, presentó síntomas de intrusión como recuerdos recurrentes del suceso y malestar psicológico prolongado. Por ejemplo, recuerdos repetitivos del suceso desde que ocurrió, recuerdos

intrusivos del mismo, pesadillas, reacciones desproporcionadas ante estímulos que le recordaban el atentado, como golpes, cohetes, noticias de atentados e, incluso, personas llamando a la puerta de su casa porque cree que pueden ser malas noticias o que buscan generarle problemas, etc. (criterio B). El paciente ha presentado evitación de recuerdos y estímulos asociados al suceso. Pedro relata que, durante años, no habló con nadie del malestar que tenía, ni siquiera con su mujer (criterio C). Por otra parte, refiere tener dificultades para recordar aspectos del suceso, y creencias negativas y exageradas sobre uno mismo como desconfianza y culpabilidad. A partir de ese momento he *pensado que la gente era mala. Voy por la calle pensativo, creo que la gente me mira, desconfío de los demás y de mí mismo, de mi propia forma de funcionar*. Al mismo tiempo, presenta un estado emocional negativo (tristeza, pesimismo o sentimientos de fracaso) que le han llevado a aislarse y abandonar actividades placenteras (criterio D).

Además, Pedro ha sufrido en varias ocasiones alteraciones de la alerta y reactividad que han causado arrebatos de furia acompañados de agresiones verbales y físicas contra las puertas de su casa e incluso hacia algún miembro de su familia (hijo). El paciente también declara haber presentado hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada (criterio E). Por último, convive con estos síntomas durante varios años. *Yo pensaba que era así* -nos dice. La alteración causa malestar clínicamente significativo y no se debe a los efectos del consumo de otras sustancias.

Varios de estos síntomas aparecen descritos en un informe psiquiátrico que aporta información sobre los dos años siguientes al atentado donde deja constancia de cómo el paciente debe realizar psicoterapia junto con un tratamiento ansiolítico *Todo ello encaminado a eliminar la sintomatología que presenta su cuadro y procurar relajar o anular la tensión*.

En la actualidad ha manifestado tener ideación suicida, miedo a que suceda lo peor, miedo a la muerte y embotamiento afectivo. La crisis emocional actual se ha agravado este año 2020 a causa de la pandemia del COVID-19, respecto a esta situación pandémica el paciente argumenta una fuerte tristeza, desgana, desmotivación, no querer salir de casa y miedo a la muerte.

2) Con relación a los tipos de trastornos psicológicos más frecuentes

El trastorno psicológico más frecuente tras un atentado terrorista es el TEPT, pero las víctimas pueden presentar una gran variedad de trastornos psicológicos diagnosticables, de manera que los siguientes más frecuentes son, por este orden,

el trastorno depresivo mayor o TDM (con una prevalencia media del aproximadamente 20-30%; García-Vera y Sanz, 2010; Gutiérrez Camacho 2015; Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Galea, 2011), los trastornos de ansiedad, especialmente, el trastorno de ansiedad generalizada (con una prevalencia media del 7%), el trastorno de angustia-agorafobia (6%) (García-Vera y Sanz, 2010), y, por último, los trastornos por abuso o dependencia de sustancias. Respecto a este último trastorno mencionado, la prevalencia del abuso de alcohol en todo tipo de víctimas del terrorismo sería del 7,3% (DiMaggio, Galea y Li, 2009). Los porcentajes de víctimas que mostrarán estos otros trastornos estarán muy por encima de su prevalencia en la población general, llegando incluso a multiplicar por 5 o 10 dicha prevalencia.

Por otra parte las revisiones también señalan que, después de un ataque terrorista, se produce un aumento en el consumo de tabaco, marihuana, pastillas para dormir y medicamentos recetados en víctimas adultas directas o indirectas. En el caso del tabaco, este aumento es mayor entre las víctimas sufren de TEPT o TDM (DiMaggio et al., 2009; Perlmanet al., 2011, citados en García -Vera et al., 2021).

Otro problema que recogen García-Vera y Sanz (2016) y Sanz y García-Vera (2020) en sus revisiones es la elevada comorbilidad entre el TEPT y otros trastornos mentales como, por ejemplo, el TDM, lo cual es importante para el pronóstico y el tratamiento, ya que dicha comorbilidad se asocia con una mayor gravedad sintomatológica, un mayor deterioro en el funcionamiento cotidiano y un curso más crónico de los síntomas y del deterioro (Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005; Shalev et al., 1979). Por ejemplo, en García-Vera y Sanz (2016) se hace referencia al estudio de Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2004) donde se encontró, de 1 a 3 meses después de los atentados, que el TEPT y el TDM afectaban al 36% y al 31%, respectivamente, de las víctimas, pero que casi el 19% presentaban simultáneamente ambos trastornos, de manera que, más de la mitad de las víctimas que presentaban TEPT sufrían también TDM.

El caso de Sergio: El TEPT y el Trastorno de angustia por agorafobia

Sergio es un hombre de 41 años, Guardia Civil, que acude a consulta con sintomatología referente a cuadro de estrés postraumático. Sufrió un atentado terrorista por parte de la banda ETA hace más de trece años. Relata los hechos y afirma ser: *capaz de cerrar los ojos y revivir rasgos distintivos del hecho, sentirlo a cámara lenta, oler la pólvora, el ruido, los gritos...* Afirma haber pasado por una etapa con síntomas agorafóbicos presentando miedo a

los lugares públicos, ansiedad frente a las aglomeraciones, tendencia al aislamiento y un fuerte agobio al estar mucho tiempo en un sitio o realizando la misma actividad. *Gracias a Dios todo esto pasó y puedo volver a ir a un centro comercial, ya que antes cuando estaba en espacios donde había mucha gente siempre me mostraba en alerta. Me ponía nervioso en extremo y empezaba a sudar (...). Solía tener todo controlado en los sitios donde iba, las salidas de seguridad, las puertas... De hecho, me ponía tan nervioso que no pude volver a trabajar.*

El paciente se muestra colaborador y activo. Las emociones de rabia e ira hacia los que atentaron contra él son las más presentes en su discurso. La fuerza y dureza mental que admite tener contrasta con la vulnerabilidad que ha sufrido debido al atentado, lo que parece resonar en él como un sentimiento de debilidad, que, junto a los patrones rígidos de conducta que posee y asocia a un correcto modo de funcionar, le pueden estar creando un sufrimiento interno que se exterioriza en forma de irritabilidad y hostilidad contra quienes tiene cerca. No obstante, se presenta como una persona sensible, lo que dice ser una pena. Es destacable el hecho de que parece mostrarse ligeramente desesperanzado con verbalizaciones del estilo: *esto nunca se supera, solo aprendes a vivir con ello.*

Como vemos en este caso, Sergio, asociado al TEPT, ha presentado síntomas de ansiedad que han limitado su vida social y han provocado que no pudiese seguir desempeñando su actividad laboral. Estas serían otras de las consecuencias del terrorismo asociado a las pérdidas que producen producto de estos actos.

Además, respecto a las relaciones de pareja también se muestra pesimista afirmando que difícilmente pueda encontrar a alguien para él, ya que no cree que pueda comprender la experiencia que ha vivido.

Lo más alarmante es que esta alta comorbilidad de los trastornos se mantiene a muy largo plazo. Según (García-Vera, 2020), que estudiaron la prevalencia de los mismos en víctimas que habían sufrido el atentado como media 22 años antes, la comorbilidad entre el TEPT y el TDM fue de un 13,2 %. Dentro de las víctimas que presentaban TEPT (26,8%) había un 49,3% con TDM. Por otra parte, dentro de las que tenían TDM (17,9 %) un 73,6% presentaba TEPT.

Por último, dentro de las consecuencias psicopatológicas comórbidas en las personas que han perdido a un ser querido en atentados terroristas se encuentran los duelos como proceso que puede complicarse, cuestión que ha sido reconocida

en los últimos años en las Clasificaciones internacionales de los trastornos mentales: DSM -5 (APA, 2013) y CIE-11 (2018). Sin embargo, como bien aclara Sanz et al. (2020) todavía no existe un gran acuerdo en la literatura científica sobre el estatus conceptual del duelo patológico, para el cual se han propuesto muy diversos nombres. De hecho, ni las clasificaciones diagnósticas consideraban una categoría distinta para el duelo complicado hasta hace pocos años.

El duelo es el trastorno más común en los familiares de los fallecidos en atentados terroristas (García Vera et al., 2021). Solo algunos estudios han investigado la prevalencia del duelo complicado en los familiares de los fallecidos en actos terroristas (Donahue, Jackson, Shear, Felton y Essock, 2006; Neria et al., 2007; Shear, Jackson, Essock, Donahue y Felton, 2006, citados en Sanz et al. 2020).

En la revisión de Sanz et al. (2020) se puede estimar que la prevalencia del duelo complicado en los familiares y allegados de personas fallecidas en atentados terroristas es aproximadamente del 42,6% varios años después del atentado, lo cual sugiere que prácticamente una de cada dos personas que han perdido una persona significativa en un atentado terrorista sufren duelo complicado varios años después del atentado. Sin embargo, como bien plantean estos autores, sería conveniente comparar estos resultados con la prevalencia del duelo complicado entre las personas que han perdido un ser querido por una muerte no violenta. La prevalencia del duelo complicado en muestras de adultos no psiquiátricos que han experimentado un duelo no violento permiten estimar que en esta población dicha prevalencia es aproximadamente del 21,7%, cifra similar a la que obtuvieron Lundorff et al. (2017) en su metaanálisis cuando también solo analizó los estudios que habían utilizado el IDC (20,5%). Por consiguiente, la prevalencia del duelo complicado en víctimas de atentados terroristas duplica, aproximadamente, a la de las personas que han sufrido duelos no violentos. El duelo debido a atentados terroristas puede ser un duelo traumático debido a los factores asociados a la naturaleza traumática de la muerte.

El caso de María: El duelo traumático

María es una mujer de 60 años. En 1991 se produce la muerte de su hija de 11 años, la hija mayor de la familia. Varios niños de la familia se ven afectados por esta situación, quedando bajo los escombros y siendo rescatados por la propia Guardia Civil. María y su pareja recorren los hospitales buscando a la niña hasta que finalmente la encuentran muerta. Pudieron reconocer el cadáver solo por la ropa. A partir de ese momento, María presenta dificultades para elaborar el duelo. En la casa no se habla del

tema, pues se considera un tema tabú, ya que ella se pone muy mal tan solo de oír el hecho, *nada más mentarla se viene abajo, dice la pareja*, no le es posible visionar las cintas de video de la niña de pequeña, no puede ver fotos de la hija porque se echa a llorar enseguida etc.

En la entrevista la paciente expresa sentimientos de culpabilidad por la muerte de la hija: *Los críos iban solos al colegio, si hubiéramos estado uno de nosotros pues hubiera sido diferente. La que los llevaba siempre es la que murió (...). Si yo no hubiera estado trabajando (...)*. La paciente tardo casi 3 años en dejar de llevar ropa negra (color característico del luto) y evita en todo momento hablar del tema: *Estaría todo el día llorando si habláramos de estas cosas (...)* Prefiero nunca hablar del tema.

María nos refleja el miedo que tiene de olvidar a su hija, la idea de que si elabora el duelo estaría “fallándole y olvidándola” por ello. *Es que si eso se habla, si eso se habla para sacarlo, ya luego cuando me acuerde no va a ser de la misma manera*. De algún modo, María tiene la creencia de que si deja de sufrir por esta muerte va a olvidar a su hija, como si fuese una especie de honra a su memoria el que cada vez que saque el tema le duela. Esta creencia le dificulta la elaboración del duelo, sintiéndose culpable. *Con mis padres no es lo mismo (ambos fallecieron), pero es natural y no me acuerdo tanto. En cambio cuando hablo de ella es diferente, no quiero que se me olvide, no quiero que pase igual que con mis padres. Es como un miedo a que, si hablo de esto, ella se va a perder en el recuerdo y no va a existir más... es lo que siento más o menos*.

En la entrevista con uno de los hijos de la paciente, se obtiene más información sobre el proceso de duelo y comportamiento de su madre desde el fallecimiento de su hermana.

Mi madre estaba bastante hundida a raíz de lo de mi hermana (...) Durante bastante tiempo nos fuimos al pueblo de mi padre (...). Yo veía a mi madre muy triste, más preocupada, más nerviosa, llena de miedo. Se nota en una afectación por el problema de su madre, refiriendo que la ve continuamente hundida y que esto a él le afecta, además de que, si aparece el tema del atentado, ella entristece enseguida.

En la exploración psicológica realizada a María, con el objetivo de explorar los síntomas de duelo el cual lleva presente durante más de 20 años desde que sucedió el atentado, utilizamos el Inventario de duelo complicado (IDC) de Prigerson, Maciejewski, Reynolds, Bierhals, Newson, Fasiczka, Doman y Miller, 1995. Se empleó la Adaptación española: Limonero, Lacasta, García,

Mata y Prigerson, 2005. Este cuestionario, conjuntamente con la entrevista clínica, nos facilita el diagnóstico de un duelo patológico y el poder diferenciarlo de un duelo normal. La puntuación obtenida de 59 se trata de una puntuación muy alta, lo cual nos expresa la abundante sintomatología de duelo complicado presentada por la paciente. Describimos de modo cualitativo aquellos ítems que puntuaron más altos en el momento de la exploración: pensar durante tanto tiempo en la persona que ha fallecido que le resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente, recuerdos de la persona que murió que la trastornan, sentir que no puede aceptar la muerte de la persona fallecida, anhelar a la persona que murió, sentirse atraída por los lugares y cosas relacionadas con la persona fallecida, no poder evitar sentirse enfadada con su muerte, no poder creer lo que haya ocurrido, sentirse aturdida por lo sucedido, dificultad para confiar en la gente a raíz de su muerte, desviarse de su camino para evitar los recuerdos de la persona que murió, sentir que la vida está vacía sin la persona que murió, sentir que es injusto que ella viva mientras que la persona haya muerto, sentir amargura por la muerte de la persona, sentir envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano, sentirse solo la mayor parte del tiempo desde que ella ha muerto.

El caso de María nos muestra como el duelo asociado a atentados terroristas puede ser un duelo traumático debido a los factores relacionados a la naturaleza traumática de la muerte. Los síntomas de duelo como la añoranza de la persona fallecida, la tristeza, la soledad excesiva, las preocupaciones acerca de la forma en que tuvo lugar la muerte, los recuerdos intrusivos que despiertan malestar, la culpa o el enfado persistían en su caso, interfiriendo en su vida diaria por un tiempo prolongado. María presentaba evitación de los pensamientos y emociones asociadas al duelo e incluso evitación de lugares o situaciones que pudiesen recordarle la pérdida de la hija. Además, la muerte de la hija en acto terrorista había roto esquemas importantes como la confianza y la seguridad. En su caso el duelo estaba asociado con TEPT y TMD. Ella se encontraba atrapada en el pasado a causa de este duelo que no podía concluir, sintiéndose incapaz de salir. No se podía relacionar adecuadamente con su entorno y su futuro había dejado de tener importancia, no pensaba en él ni establecía planes para el mismo.

Los resultados de la revisión de Sanz et al. (2020) también sugieren que existe una alta comorbilidad entre el duelo complicado y el TEPT o el TDM, de manera que se puede estimar que el 50-65% de los familiares y allegados de los fallecidos que

sufren duelo complicado también sufren TEPT o TDM. Por otra parte, los resultados de esta revisión también sugieren que el 15-20% de todos los familiares y allegados de los fallecidos sufren únicamente duelo complicado, por lo que los autores concluyen que, al parecer, el duelo complicado en las víctimas del terrorismo es una condición psicopatológica distinta del TEPT y del TDM.

En la misma línea, investigaciones recientes realizadas por el Equipo de investigación Intervención y Tratamiento en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad Complutense de Madrid, dentro del proyecto de Seguimiento y tratamiento psicológico de las víctimas del terrorismo, han estudiado la prevalencia del duelo complicado en víctimas del terrorismo y factores asociados (García de Marina et al., 2021). Estos autores encontraron que a largo plazo (una media de 26 años de haber sucedido un atentado terrorista) existe un porcentaje notable de familiares de los fallecidos en estos atentados que presentan niveles moderados o graves de síntomas de duelo complicado (48, 3%) o de depresión (35,7%). Ellos mencionan que el porcentaje de personas que presentan niveles moderados o graves simultáneos de síntomas de duelo complicado y de depresión es de (48,9%). Estos porcentajes superan con creces la prevalencia del duelo en familiares fallecidos por otras circunstancias y tras un período de tiempo menor.

3) Con relación a los tipos de víctimas que se verán más afectadas

Los trastornos psicológicos pueden aparecer tanto en víctimas directas como indirectas. Si la prevalencia media del TEPT entre las víctimas directas es del 18-40%, dicha prevalencia es, aproximadamente, del 29% entre los familiares de fallecidos y heridos, del 4-11% entre los residentes de las zonas o ciudades afectadas y del 6-12% entre el personal de emergencias, rescate y recuperación (García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015). En todas las víctimas la prevalencia del TEPT estará por encima de su prevalencia en la población general (0,5%, 3,5% y 0,9% de respectivamente, España, EE. UU. y Europa), aunque, la prevalencia será más alta entre las víctimas directas y los familiares de los fallecidos y heridos que entre el personal de emergencias, rescate y recuperación o entre las personas de las zonas o ciudades afectadas.

García Vera et al. (2021) señalan como

las diferencias en la prevalencia de TEPT entre diferentes tipos de las víctimas tienen que ver con el grado de exposición al ataque y sus consecuencias en términos de al menos los siguientes niveles de análisis: victimización directa versus observación del ataque o sus consecuencias; daño físico y severidad; pérdida de familiares, colegas o amigos del ataque y grado de relación con el difunto; número de ataques que se han experimentado directa o indirectamente; tiempo de

exposición u observación del ataque o sus consecuencias, y la proximidad espacial al sitio del ataque (p. 181).

Prevalencia del TEPT según el Tipo de víctima		
Víctimas directas	18	40%
Familiares de heridos o fallecidos	29%	
Residentes de zonas afectadas	4 - 11%	
Personal de rescate - emergencia - recuperación - emergencia	6 - 12%	

Ilustración 1: Prevalencia del TEPT según el tipo de víctima (García-Vera y Sanz, 2016)

4) Con relación al curso más probable de esos trastornos

Se plantea que tras un año desde los atentados, sus repercusiones psicopatológicas habrán disminuido considerablemente en los residentes de las zonas o ciudades afectadas y en el personal de emergencias, rescate y recuperación. En este sentido, los resultados de la revisión de García-Vera y Sanz (2016) encontraron una reducción importante en la frecuencia del TEPT a los 6-9 meses de los atentados del 11-M, tanto entre los residentes de Madrid como entre el personal de emergencias y asistencia; siendo el porcentaje de personas con TEPT en esos dos grupos de víctimas similar al porcentaje de su prevalencia en la población general española.

Sin embargo, parece que esta reducción no se observada en la misma medida en los heridos por los atentados ni en los familiares de los heridos o fallecidos, encontrándose resultados contradictorios en las investigaciones. Por ejemplo, los autores señalan que en un estudio se confirmó la reducción en la frecuencia del TEPT (de 28,2% a 15,4%), mientras que en otro, no se observó ninguna reducción significativa en la frecuencia del TEPT (de 34% a 31,3%).

En este sentido, García-Vera, Sanz y Gutiérrez (2016) señalan la importancia de tener en cuenta también la posible existencia de casos de retraso en la aparición

del TEPT, mencionando revisiones de estudios donde se llegó a la conclusión de que el comienzo retardado del TEPT era una condición muy rara, pero que el TEPT retardado que representa una exacerbación de los síntomas anteriores se encontró en promedio en el 38,2% del personal militar de combate con TEPT y en el 15,3% de la población civil con TEPT (Andrews, Brewin, Philpott y Stewart, 2007, citado en García-Vera et al., 2016).

Respecto al curso de los trastornos depresivos y de ansiedad en las víctimas del terrorismo sucede algo parecido que con el TEPT. Por ejemplo, García-Vera y Sanz (2010) mencionan el hecho de que los estudios longitudinales realizados con las víctimas directas e indirectas de los atentados del 11-M han revelado que, a los 6-9 meses de los atentados, se había producido una reducción muy importante en la frecuencia del TDM entre los residentes madrileños (de 8% a 2,5%) y el personal de emergencias y asistencia (de 2% a 0%), mientras que dicha reducción era menor entre los familiares de fallecidos y heridos (de 31,2% a 15,2%) y aún menor en las víctimas heridas (de 28,6% a 22,7%).

Por lo tanto, García Vera y Sanz (2016) concluyen que, incluso a muy largo plazo (después de 5, 10 o 20 años desde los atentados), habrá un porcentaje muy importante de víctimas directas y de familiares de heridos o fallecidos que seguirán presentando trastornos psicológicos.

Estos autores mencionan una revisión de los estudios realizados con víctimas directas, realizados tras 1 y 10 años de haber sufrido los atentados terroristas, donde se ha encontrado que casi el 28% de dichas víctimas padecían TEPT y un 10% TDM (Gutiérrez Camacho, 2015), porcentajes que, aún siendo menores que los que se encuentran entre un mes y un año después de los atentados (41% y 24%, respectivamente), representan porcentajes muy superiores a los de la población general de España (0,5% para el TEPT y casi un 4% para el TDM; Haro et al., 2006) o de Europa (0,9% para el TEPT y 3,9% para el TDM) (TheESEMEd/MHEDEA 2000 Investigators, 2004; citados en García-Vera y Sanz, 2016).

Pero las consecuencias del terrorismo se extienden a más largo plazo aún. En García-Vera et al. (2021) se citan los datos de un estudio formado por 507 víctimas directas e indirectas- familiares de fallecidos y heridos - de todo tipo de atentados terroristas en España. El mismo constató que, tras una media de 21 años desde el ataque, el 27% de las víctimas sufría de TEPT, el 18% de TDM y el 37% de un trastorno de ansiedad (Gutiérrez et al., 2020). En la misma línea, García-Vera (2020) expone los datos que muestran como después de 22 años de sucedido los atentados terroristas, la prevalencia del TEPT en víctimas directas fue de 35,8%,

22,4% en familiares de fallecidos y 17,8% en familiares de heridos. Con respecto a la prevalencia del TDM en víctimas directas fue de 22,2%, en familiares de fallecidos 16,4% y en familiares de heridos 13,2%. Por último, con relación a los trastornos de ansiedad, la prevalencia en víctimas directas fue de 38,6%, en familiares de fallecidos 37,0% y en familiares de heridos 34,1%. Por lo que podemos apreciar, a muy largo plazo de sucedido los atentados, estos porcentajes resultan muy superiores a los de la población general.

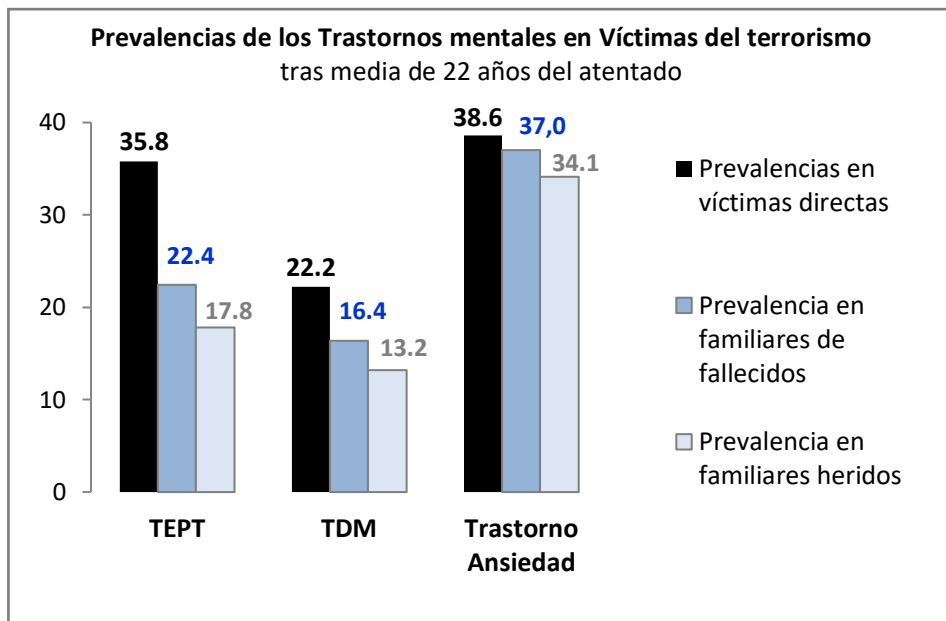


Ilustración 2: Prevalencias de los trastornos mentales en víctimas de terrorismo tras media de 22 años del atentado (García- Vera, 2020)

4. Factores de riesgo en víctimas del terrorismo

Son muchos los factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo y el mantenimiento del TEPT, así como sobre otros trastornos de ansiedad, de depresión y el abuso de sustancias derivados de la exposición a sucesos traumáticos, en especial de la exposición al terrorismo, que es el tema que aquí nos ocupa. Conjuntamente, estos factores influirán en los diferentes grados ajuste psicosocial de la persona frente al terrorismo.

La reacción de la víctima, según el paradigma de Lazarus y Folkman (1984), depende de parámetros objetivos relacionados con acontecimientos estresantes externos (tales como la intensidad, la duración y la acumulación de sucesos de vida

estresantes), pero también, de la evaluación cognitiva de la víctima en relación con los recursos psicológicos disponibles para hacer frente a los eventos estresantes. Además, existen otros factores intrapersonales que determinarán su respuesta. Por lo tanto, hoy en día está claro que las reacciones de las víctimas están mediadas por características individuales, tratándose, entonces, sus respuestas de una combinación de factores intra e interpersonales y de la influencia del contexto socioeconómico, político y cultural donde convive la persona. De ahí que las diferencias de reacción ante un mismo acontecimiento traumático puedan ser muy diferentes de unas personas a otras.

Considerando la información anterior y atendiendo a los postulados de Bronfenbrenner (2002) adoptamos una perspectiva ecológica de factores de riesgo frente al impacto del terrorismo. La teoría de los sistemas ecológicos de este autor subraya la influencia en el desarrollo de las personas (nosotros incluimos aquí su grado de ajuste psicosocial y salud mental) de diferentes entornos de nivel y tamaño. En primer lugar, entornos sociales y culturales.

En la teoría se hace una distinción entre los micro, meso, exo y macrosistemas. Como se aprecia en el modelo, el entorno ecológico está conceptualizado como un número anidado de sistemas alrededor de la persona: el microsistema (todos los entornos en los que la persona en desarrollo es un participante activo, son sus microambientes e incluye actividades directas, funciones y relaciones interpersonales en un determinado entorno, por ejemplo, su familia, los compañeros de trabajo o de colegio etc.), el mesosistema (comprende las interrelaciones entre dos o más de estos escenarios), exosistema (en el que la persona no participa activamente pero que influye y es influenciado por ella) y el macrosistema (elementos que forman la cultura en los micro, meso y exosistemas). Este modelo contempla las interacciones entre diferentes niveles y entre todos estos componentes. En el capítulo I hemos abordado varios de los factores de riesgo, asociados al terrorismo, que se dan en los niveles Macro, Exo y Meso y que se nombran en el gráfico.



Ilustración 3: Modelo ecológico de Factores de riesgo en Víctimas del terrorismo

A continuación vamos a enumerar los factores de riesgo para víctimas del terrorismo encontrados con más frecuencia en la literatura dedicada a este tema.

4.1 **La edad**

Se ha planteado que, en comparación con las personas que sufren atentados terroristas en la edad adulta, las personas que padecen estos sucesos durante la infancia o la adolescencia presentaran niveles superiores de sintomatología clínicamente significativa en la edad adulta. Prieto et al (2021) presentan una serie de argumentos teóricos que justificarían el mayor impacto psicológico a largo plazo que tendrían los ataques terroristas cuando ocurren en la infancia o la adolescencia, puesto que los mismos afectarían: los mecanismos de regulación emocional, los sistemas biológicos relacionados con la respuesta al estrés y la formación de creencias positivas sobre la humanidad, la existencia de un mundo seguro y la capacidad para hacer frente al mismo (Maercker et al., 2004; Comer y Kendall, 2007). En línea con lo anterior, la relación entre la exposición a diferentes situaciones traumáticas durante la infancia o la adolescencia y la presencia de síntomas y trastornos emocionales en la edad adulta ha sido ampliamente investigado en la literatura científica (Maercker et al., 2004; Kessler et al., 2010; Maschi et al., 2013; Nelson et al., 2017; Copeland et al., 2018; Hailes et al., 2019, citados en Prieto et al., 2021).

Prieto et al. (2021) analizaron la influencia de la edad en la que se sufrió un atentado terrorista en las repercusiones psicopatológicas del mismo (TEPT, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad) muchos años después del atentado. Los resultados del estudio sugieren que las personas que han sufrido un atentado terrorista en la niñez o adolescencia no presentan más trastornos emocionales en la edad adulta que aquellas que han sufrido un atentado terrorista en la adultez. Por consiguiente, no queda claro que la edad en la que se sufrió un atentado terrorista está significativamente asociada a sus consecuencias psicopatológicas en la edad adulta. Al parecer, concluyen los autores, es necesaria más investigación en este sentido, profundizando en los factores que influyen en la resiliencia, resistencia y recuperación de niños y adolescentes frente al terrorismo.

4.2 **El sexo**

Con respecto al sexo, se sabe que las mujeres son más propensas a desarrollar TEPT (a todo tipo de acontecimientos traumáticos), aproximadamente, dos veces más que los varones (Bleich et al., 2003; Hobfoll, Tracy y Galea, 2006; Neria et al., 2006 citados en Weinberg, Besser, Campeas, Shvil y Neria, 2012). Estas diferencias de género podrían explicarse por una serie de respuestas cognitivas entre las que destaca la valoración del evento (Ehlers -Clark, 2000). Al mismo tiempo, estas

diferencias en la valoración cognitiva del evento provocarían diferentes respuestas emocionales peritraumáticas y postraumáticas. Dentro de ellas, encontramos la mayor frecuencia de aparición de reacciones emocionales intensas y ataques de pánico en mujeres frente a varones, que a su vez son un predictor del desarrollo de TEPT tras un evento traumático (Miguel-Tobal et al., 2006).

En el contexto del terrorismo Neria y sus colegas (2010) encontraron que las mujeres que habían experimentado respuestas emocionales intensas frente a los ataques tenían más probabilidades de reportar, con el tiempo, niveles más altos de síntomas de TEPT, TDM y TAG. En línea con lo anterior, el metanálisis de Lowell et al. (2018) señala que el género femenino es un factor de riesgo significativo y notable para el TEPT relacionado con los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001. Más recientemente, Prieto et al. (2021) encontraron que el sexo fue una variable significativamente asociada con la presencia de los diferentes trastornos emocionales en víctimas del terrorismo que habían sufrido los atentados 21 años antes, de manera que la prevalencia de TEPT, TDM o trastornos de ansiedad fue mayor en mujeres que en hombres. Esto sugiere que las diferencias de género en las respuestas psicológicas relacionadas con el trauma son sólidas en diferentes momentos, comenzando con respuestas tempranas al trauma e incluyendo resultados de salud negativos a largo plazo.

4.3 La naturaleza del estresor

La naturaleza del estresor incluye el tipo de suceso traumático (explosión, atentado terrorista, atraco, violación o abuso sexual, incendio, inundaciones, terremotos y otras catástrofes naturales, etc.).

Dentro de este factor podría considerarse la causa del desastre (natural o intencionado). De este modo, la intención de provocar daño deliberadamente a manos de otro ser humano es un factor de riesgo asociado con la posibilidad de traumatización tras un suceso de este tipo. Los estudios sugieren que los traumas provocados de esta manera (atentado terrorista, violación, homicidio, etc.) producen un mayor efecto en la población que los provocados por desastres naturales (terremoto, inundación, huracán, etc.). En Wells (2006) se citan las investigaciones que hablan de esta cuestión (por ejemplo, Brooks y McKinlay, 1992; Galea et al, 2003; North y col., 1999; Schuster et al., 2001). Esto es especialmente cierto en el caso de los atentados terroristas, acontecimientos provocados por otros seres humanos que generan violencia interpersonal de forma intencionada (Fullerton, Ursano, Norwood y Holloway, 2003). El trauma

interpersonal se ha asociado con una mayor gravedad de TEPT (Forbes et al., 2014).

4.4 El grado de exposición al evento traumático

Los estudios realizados sobre este tema señalan que cuanto mayor es el grado de exposición, mayores serán las consecuencias psicopatológicas y su duración en el tiempo. Eso explica el porqué las víctimas directas de atentados terroristas y los familiares de los fallecidos y heridos suele mostrar un nivel de afectación mayor en comparación con el personal de emergencia y rescate y la población de la comunidad donde tiene lugar el acto terrorista (García Vera y Sanz, 2016).

Los estudios sobre la prevalencia de trastornos psicológicos tras un atentado muestran resultados muy diversos dependiendo, fundamentalmente, del tipo de población estudiada. El mayor grado de afectación se encuentra, lógicamente, entre las víctimas directas, seguido de los familiares de los fallecidos y heridos. En tercer lugar, resultan dañados los grupos de personas implicados en las labores de rescate y, por último, la población general, si bien en este caso el número de afectados es mucho más amplio. Estos grupos presentan un nivel diferente de exposición a la situación catastrófica dando como resultado diferentes niveles de desarrollo psicopatológico. Se puede deducir en base a estos resultados, que cuanto mayor es el grado de exposición mayor es el impacto psicopatológico, incluso a medio y largo plazo (véase García Vera y Sanz, 2016; García-Vera et al., 2021; Sanz y García-Vera, 2020).

De hecho, señalan García-Vera et al. (2021) “el grado de exposición al ataque es la variable más fuertemente relacionado con el riesgo de TEPT y su persistencia (Liu et al., 2014; Lowell y col., 2017; Neria et al., 2011; Perlman y col., 2011; Smith et al., 2019)” (P. 181). Como evidencia de lo anterior se hace referencia al metanálisis de Liu et al. (2014) donde se explica que entre el personal de emergencia y la población de la zona afectada tras los atentados del 11 de septiembre en NuevaYork, el riesgo de TEPT era dos veces mayor en las personas más expuestas a tales ataques en comparación con personas poco expuestas. En esta línea, los hallazgos del estudio realizado por Besser et al. (2009) sugiere que la exposición directa a la experiencia traumática tiene un efecto debilitante mayor que la exposición indirecta, con respecto al nivel de síntomas de TEPT.

En casos de terrorismo, Besser et al. (2009) también encontraron que la gravedad de la exposición traumática (exposición continua del grupo al terrorismo) se asoció con niveles más altos de estrés y que aquellos que habían experimentado mayores

niveles de estrés exhibieron niveles elevados de síntomas de TEPT. Por tanto, la interacción entre la gravedad de la exposición traumática y las diferencias individuales en la percepción del estrés es importante para determinar el riesgo de problemas de salud mental, un hallazgo que enfatiza el papel de la valoración subjetiva en la determinación del efecto de sucesos traumáticos. Este estudio demuestra que la exposición a la violencia continua y repetida puede no solo provocar malestar excesivo en forma de TEPT, sino también, una menor satisfacción con la vida y aumento de las actitudes prejuiciosas hacia el enemigo. Por otra parte, Besser y Neria (2010) encontraron que la exposición crónica al trauma puede producir una fuerte sensación de vulnerabilidad, acompañada no sólo de TETP, sino de TDM y Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), que pueden ser independientes de la ubicación exacta del individuo o la cantidad de eventos traumáticos experimentados. En esta línea, los hallazgos de Neria y sus colegas (2010) están de acuerdo con varios otros estudios realizados en poblaciones israelíes (por ejemplo, Bleich et al., 2003; Shalev et al., 2006) que hacen referencia al hecho de que las pequeñas distancias espaciales y la amenaza constante del terrorismo en Israel pueden difuminar la distinción entre exposición directa e indirecta, creando una sensación de amenaza nacional.

4.5 La gravedad e intensidad de la situación

Este factor engloba el número de heridos, pérdidas humanas, magnitud de la destrucción y de los daños, proximidad al evento, y los recursos disponibles. Atendiendo al modelo de conservación de los recursos (Hobfoll, 1989) el impacto de este tipo de estresores sobre los individuos está en función de los recursos disponibles del sujeto, de tal manera que cuantos más recursos se pierdan, mayor es la probabilidad de desarrollar estrés psicológico.

El papel del contexto de exposición podría interpretarse de acuerdo con la teoría de la conservación de los recursos (COR) (ver Hobfoll, 2001, para una revisión). La teoría COR sugiere que el impacto psicológico del estrés depende, principalmente, de la amenaza de pérdida y/o la pérdida real de recursos sufrida. Ante estas pérdidas, aquellos que carecen de recursos personales y sociales pueden ser más propensos a emplear estrategias improductivas e incluso conductas de afrontamiento perjudiciales (Holahan, 2000; Holahan et al., 1999), como hostilidad, negatividad, y actitudes prejuiciosas hacia el adversario, que pueden ser mecanismos de afrontamiento contraproducentes (Hobfoll, Tracy y Galea, 2006). De acuerdo con esta explicación, se encuentran los hallazgos de un estudio realizado en Israel que sugiere que el exclusionismo era más frecuente entre

personas que creían que el terrorismo les había causado daños sustanciales (Hobfoll, Canetti-Nisim y Johnson, 2006).

Para Hobfoll, 2001, los recursos procederían de cuatro fuentes: objetos (bienes materiales o posesiones), estatus o rol social (empleo, pareja, familia, etc.), características de personalidad (autoestima, autoeficacia percibida, procesamiento cognitivo de la situación, valoración de las consecuencias, valoración de la propia reacción, madurez emocional, etc.) y recursos energéticos (recursos económicos, disponibilidad de tiempo, conocimientos, habilidades, destrezas, etc.).

En víctimas de terrorismo, los hallazgos de Besser y Priel (2010) subrayan la importancia de la percepción que tienen las personas de la disponibilidad de recursos interpersonales como una principal fuente de resiliencia.

4.6 Actitudes disfuncionales / Factores cognitivos

En víctimas del terrorismo, dentro del conjunto de factores de riesgo que pueden estar relacionados con la aparición y curso de la respuesta psicopatológica, se encuentran los factores cognitivos. Más concretamente, las actitudes disfuncionales han mostrado un importante papel explicativo del TEPT, el TDM y los Trastornos de ansiedad en esta población, lo cual ha sido demostrado en España en estudios recientes realizados por el Equipo de investigación Intervención y tratamiento en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad Complutense de Madrid (Fausor et al., 2021, Liébana et al., 2021; Navarro et al., 2021).

En este tipo de víctimas pueden generarse actitudes disfuncionales a través de la experiencia de haber vivido atentados terroristas, dentro de las que se incluye una visión negativa del yo, del mundo, de los demás y del futuro que se ve reflejado en los pensamientos negativos automáticos y se convierte en un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva. Estas actitudes disfuncionales llevan a los errores a la hora de interpretar la realidad interna y externa, a los pensamientos automáticos negativos y a una mayor percepción de amenaza. En síntesis, los esquemas cognitivos previos de las personas interactúan con la experiencia de haber vivido el atentado terrorista y al interactuar dan lugar a creencias y pensamientos negativos voluntarios e involuntarios sobre la naturaleza del mundo, sobre la amenaza personal y sobre la competencia del yo para hacerle frente.

En línea con lo anterior, se han desarrollado modelos cognitivos que explican el inicio, mantenimiento y el curso del TEPT y de la depresión. Por ejemplo, los

teóricos del procesamiento cognitivo, plantearon que el TEPT se asocia a cinco áreas de creencias básicas que se afectan debido al trauma: seguridad, control, confianza, autoestima e intimidad (Resick y Schnicke, 1993; Resick, Monson y Chard, 2008), lo cual implica cambios en el concepto de las personas sobre sí mismas, el mundo, los otros y perjudica sus relaciones interpersonales. Por otra parte, la Teoría del Procesamiento Emocional (Foa y Riggs, 1993; Foa y Rothbaum, 1998) integra los aportes de las teorías asociativas de redes, las teorías de esquemas y de la teoría relacionada con el procesamiento y la manipulación del significado referencial proporcionando una descripción muy sólida del inicio, mantenimiento y recuperación del TEPT, así como de la sintomatología central del trastorno. Según esta última teoría el trauma rompe los esquemas pre-existentes, especialmente los relacionados con el yo (el cual se experimenta como vulnerable e incompetente) y el mundo (que se interpreta como un mundo totalmente peligroso). Además, entre estos dos esquemas se influyen y retroalimentan entre sí. Asimismo, a esta teoría se ha añadido el rango de respuestas postraumáticas tanto de uno mismo como de los demás.

Atendiendo a los supuestos de estos modelos teóricos, para las personas que sufren TEPT el mundo se vive como un lugar peligroso, inseguro e impredecible. Concorre una visión negativa de la sociedad, del ser humano. Además, existen sesgos atencionales de la información percibiendo un mayor número de amenazas, con lo cual presentan mayor tendencia a victimizarse. Por ejemplo, Beevers, Lee, Wells, Ellis y Telch (2011) sugieren que los sesgos de atención hacia las amenazas puedan funcionar como un factor de riesgo para el desarrollo del TEPT. Por otra parte, las personas con TEPT hacen una evaluación más negativa de sí mismas (se ven más incompetentes, menos capaces a la hora de afrontar el mundo que se percibe amenazante, lleno de demandas). Existe falta de confianza sobre los demás y sobre uno mismo, percibiendo escaso apoyo social. En este sentido, emplean mayor uso de estrategias de rumiación para resolver problemas, estrategias de supresión del pensamiento (intentado evitar pensamientos) y la evitación de emociones negativas (LoSavio, Dillon y Resick, 2017) que, al mismo tiempo, se generan continuamente y refuerzan el trastorno. Estos últimos autores abordan el papel de la metacognición y de la flexibilidad cognitiva, postulando que el TEPT y la culpa estarían asociados con una menor flexibilidad cognitiva (capacidad de observar alternativas y adaptarse a retos específicos) y con procesos de metacognición más frecuentes y pobres.

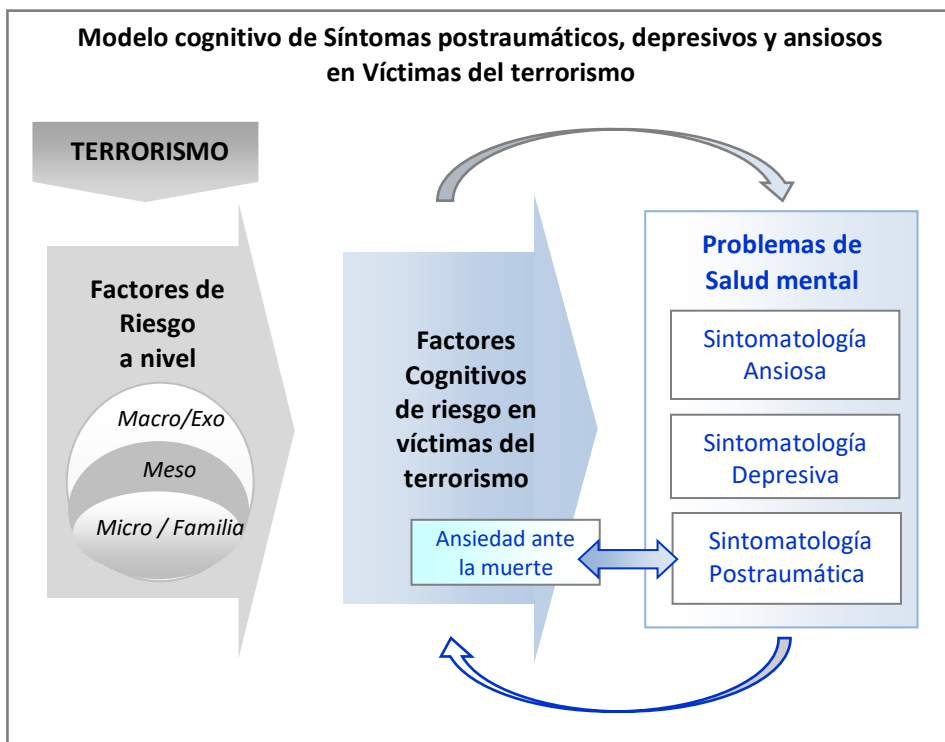


Ilustración 4: Modelo cognitivo de Síntomas postraumáticos, depresivos y ansiosos en Víctimas del terrorismo

En base a lo anterior, según el DSM-5, dentro de los criterios diagnósticos para el TEPT se tienen en cuenta las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. Estas incluyen creencias o expectativas negativas sobre el yo, los demás o el mundo (tríada cognitiva negativa). Asimismo, están presentes cogniciones distorsionadas de culpabilizarse o culpar a otros y estado emocional negativo (miedo, horror, ira, culpa, vergüenza). Las personas con TEPT tienen creencias disfuncionales traumáticas más intensas que otro tipo de patología. Las creencias postraumáticas están relacionadas con la patología que presentan.

4.7 La personalidad y vulnerabilidad de la víctima

Con relación a los rasgos de personalidad, específicamente en el contexto del terrorismo, Besser y Priel (2010) asumieron que las personas con altos puntajes de dependencia están en riesgo de desarrollar afectividad negativa cuando perciben interrupciones en sus relaciones con otros, pérdida interpersonal o rechazo social.

Los resultados de este último estudio evidencian que las personas dependientes expuestas directamente a una amenaza prolongada presentan los niveles más altos de rumiación, catastrofismo y culpabilización, así como, un déficit de percepción interpersonal de apoyo. Los autores argumentan que cuando el estrés es continuo, prolongado y compartido por toda la comunidad, los individuos dependientes pueden carecer de las representaciones internas de seguridad necesarias para una adecuada regulación del malestar en estas condiciones extremas. Este déficit puede impedir la resolución del trauma y aumentar la probabilidad de que se desarrollen los síntomas del TEPT y malestar clínicamente significativo.

Dado que la dependencia es una dimensión de la personalidad relacionada principalmente con las relaciones interpersonales, en consecuencia, parece ser la más afectada por las percepciones de pérdida de apoyo que se han demostrado que acompañan al estrés extremo. Paradójicamente, los intercambios de apoyo social en el contexto de miedos y preocupaciones compartidos bajo condiciones estresantes crónicas pueden exacerbar los síntomas de angustia (Hobfoll y London, 1986).

También con relación a la personalidad, las investigaciones anteriores han demostrado que la dimensión de la autocrítica es el principal factor en el contexto del TEPT. Estas personas con puntajes altos de autocrítica están en riesgo de desarrollar afectividad negativa cuando perciben que no cumplen con sus propios estándares los cuales suelen ser altos (por ejemplo, Besser, 2004; Besser y Priel, 2003, 2005 citados en Weinberg et al., 2012). En su estudio con civiles expuestos al terrorismo y al trauma de guerra en Israel, Besser y Priel (2010) encontraron que la autocrítica estaba relacionada con el TEPT tanto en lo que respecta a exposición directa como en casos de exposición indirecta.

Por otra parte, una vulnerabilidad emocional previa y una mala adaptación a los cambios, así como una percepción del acontecimiento como algo extremadamente grave e irreversible, disminuyen la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar desamparo, desprotección, indefensión y desesperanza. La vulnerabilidad de la víctima se acentúa cuando hay un historial previo de sucesos traumáticos, cuando hay un estrés acumulativo y cuando hay antecedentes psicopatológicos familiares (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Echeburúa, 2007). Asimismo, se acentúa con la presencia de reacciones disociativas durante el suceso traumático y con la ausencia o disminución del apoyo familiar y social. En el área del terrorismo, Neria et al. (2010) encontraron que un mayor apoyo social percibido puede reducir niveles de vulnerabilidad entre las personas que

presentan intensas respuestas iniciales después de la exposición a eventos traumáticos.

Por otra parte, se ha estudiado que existen factores psicobiológicos que aumentan la vulnerabilidad para desarrollar el TEPT tras el atentado terrorista del 11 de septiembre de 2001, de la misma forma que los posibles correlatos una vez que se ha desarrollado este trastorno (Romero-Martínez y Moya-Albiol, 2018). Yehuda et al. (2005) examinaron también los efectos transgeneracionales del TEPT en los bebés de las madres expuestas, durante su embarazo, a estos mismos ataques, concluyendo que los efectos del TEPT materno relacionados con el cortisol pueden observarse muy temprano en la vida de sus descendientes y subrayan la relevancia de los efectos en el útero como contribuyentes al factor de riesgo biológico para el TEPT en los descendientes.

Sin embargo, es muy importante considerar que, a pesar de los avances obtenidos en el descubrimiento de los factores asociados a la vulnerabilidad genética, ningún estudio neurobiológico ha encontrado aún un marcador biológico, que aparente e inevitablemente destine a una persona a la enfermedad mental en reacción a un foco de estrés (véase la revisión de Encephale, 2012). Más bien, se sabe que el desarrollo de enfermedades mentales después de un evento estresante es la interacción de ciertas predisposiciones genéticas y determinantes psicológicos en un contexto social.

4.8 El tipo de apego

Las investigaciones sobre el apego de los adultos se han centrado en el papel del tipo de apego y su vinculación con la autorregulación emocional y las respuestas de los individuos frente al estrés (como ejemplo tenemos la revisión de Mikulincer y Shaver, 2007). En el marco de los factores de riesgo intra e interpersonales examinados en el contexto del terrorismo, Besser, Neria, y Haynes (2009) examinaron las relaciones entre la exposición al terrorismo, diferencias individuales en las dimensiones del apego de los adultos, estrés percibido y TEPT. Estas relaciones fueron observadas en una muestra representativa de 254 adultos que habían experimentado más de 7 años de exposición continua al terrorismo y una muestra de 308 personas que no habían estado expuestas al terrorismo. Se descubrió que el apego inseguro ansioso es un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas de TEPT, mientras que el apego evitativo no lo fue.

En cuanto al mecanismo subyacente al vínculo entre estilo de apego y psicopatología, estos resultados parecen corroborar un modelo que sugiere que

los individuos con apego inseguro pueden evaluar eventos particulares como más estresantes, en comparación con las personas con apego seguro, lo que lleva al desarrollo de la psicopatología. Por tanto, la valoración subjetiva de eventos juega un papel crucial en el vínculo entre la gravedad de la exposición traumática, así como diferencias individuales en los estilos de apego inseguro de los adultos y el desarrollo de síntomas de TEPT.

Además, los resultados apoyan los hallazgos sobre la asociación de una estrategia de regulación del apego basada en la evitación con niveles más bajos de sensibilidad al estrés. Los hallazgos del estudio realizado por Besser et al. (2009) ampliaron la investigación previa al indicar que los individuos expuestos al trauma también tenían niveles más altos de apego inseguro que sus contrapartes que no estuvieron expuestas al fuego de cohetes. Estos resultados sugieren que la exposición continua al trauma puede afectar el funcionamiento de los modelos de apego y que estos modelos de apego inseguro pueden afectar la percepción de eventos traumáticos adicionales. Una posible explicación de esto es que la exposición continua a experiencias traumáticas moviliza recursos internos y externos para hacer frente al estrés, como representaciones internas de seguridad, que pueden interferir con el proceso de regulación e intensificar el estrés y la angustia. El estado mental de una persona que está sufriendo un trauma puede ser caracterizado por una conmoción abrumadora e intensos sentimientos de pánico, vulnerabilidad, indefensión y agotamiento. Estas condiciones pueden activar automáticamente el sistema de apego a un alto nivel (ver Mikulincer et al., 2003). La exposición crónica puede conducir a activación de estrategias de apego secundarias, que pueden resultar en cicatrices duraderas. Esto significa que incluso cuando la exposición desaparece, las personas que estuvieron continuamente expuestas al terror pueden seguir mostrando niveles más altos de evitación del apego y ansiedad por el apego.

En otro estudio (Besser y Neria, 2010) encontraron que los niveles más altos de ansiedad por el apego predijeron mayores niveles de síntomas de TEPT y TDM y disminución de los niveles de apoyo social percibido 4 meses después del alto el fuego. Estos hallazgos proporcionan más evidencia de la idea de que la ansiedad por el apego es un factor de vulnerabilidad, dado que se asoció con síntomas de TEPT y TDM más graves y redujo los niveles de apoyo percibido 4 meses después del alto el fuego. Este estudio indica resiliencia general con un aumento en el apoyo social percibido y una disminución de los síntomas a lo largo del tiempo. Sin embargo, los individuos con altos niveles de ansiedad por el apego permanecieron vulnerables y, por lo tanto, presentaban altos niveles de síntomas de TEPT y TDM. Como se señaló anteriormente, es posible que los individuos ansiosamente

apegados tiendan a reaccionar de forma exagerada a sus sentimientos negativos con el fin de provocar que los otros le ofrezcan su apoyo (Mikulincer y Florian, 1995). Para investigaciones futuras se debería investigar si los individuos con apego ansioso, que enfrentan un estrés traumático extremo, pueden volverse demasiado necesitados de los demás y sobrecargarlos. También son necesarios estudios futuros sobre el apego, que utilicen un diseño longitudinal desde la niñez hasta la edad adulta, para conocer el apego en la primera infancia y la respuesta posterior durante y después de un trauma mayor.

4.9 El apoyo social y su percepción

Con relación al apoyo social, múltiples estudios han reconocido su importancia en la aparición de patología mental, así como, en la gravedad y la persistencia de esta. Así, existe un gran número de estudios que avalan que a menor apoyo social, las víctimas presentan un mayor número de síntomas de TEPT (véase Franz, Arnkoff, Glass, y Dutton, 2011). Las revisiones realizadas con las víctimas de varios eventos traumáticos (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2008; Zalta et al., 2020) confirman que la falta de apoyo social es un factor de riesgo fuertemente asociado con el TEPT. Así mismo, tener una buena red de apoyo tras vivir una situación traumática es un factor protector contra el estrés postraumático. (Van IJzendoorn et al., 2000, 2003. véase en Barel, Van IJzendoorn, Sagi-Schwartz, Bakermans-Kranenburg, 2010).

Específicamente en el contexto del terrorismo, el papel del apoyo social ha sido relevante. Varias investigaciones realizadas tras los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York demostraron que un bajo apoyo social estaba relacionado con una mayor probabilidad de padecer TEPT (Adams y Boscarino, 2006; Laugharne, Janca, y Widiger, 2007, véase en Franz, et al., 2011). En García-Vera et al. (2021) se citan las revisiones de Lowell et al. (2017) y Smith et al. (2019) que señalan, de modo consistente, el importante papel del apoyo social experimentado por las víctimas después de un ataque terrorista en la predicción del curso de trastornos psicológicos y síntomas derivados del ataque. En esta dirección, según la revisión de Smith et al. (2019), se encontró que diez años después de los ataques del 11 de septiembre, era más probable que el TEPT persistiera o empeorase en el personal de emergencia y recuperación si tenían poco apoyo social. En la misma línea, la revisión de Lowell et al. (2017) de estudios longitudinales demostró como el bajo apoyo social tras los ataques del 11 de septiembre contribuyó a la cronicidad del TEPT entre las personas más expuestas a tales ataques.

Por otra parte, también hay que valorar la percepción de este apoyo. En el área del terrorismo, los hallazgos de Neria et al. (2010) sobre el papel predictivo de la percepción del apoyo social en psicopatología a lo largo del tiempo son consistentes con un creciente cuerpo de investigación que indica que la percepción del apoyo disponible es un potente moderador/ amortiguador del estrés, como bien se encontró entre los civiles israelíes expuestos al terrorismo (Besser y Priel, 2010; Besser y Neria, 2012). Se ha teorizado que el apoyo social percibido pueda desempeñar dos roles distintos y simultáneos en la relación entre las dimensiones del apego y el TEPT, actuando como un mediador y un moderador. Existe un creciente cuerpo de investigación para indicar que el apoyo percibido es un potente mediador de la relación estrés-malestar. Estos estudios han encontrado que el apoyo percibido se ve erosionado por factores estresantes crónicos generalizados y que aquellos individuos que perciben niveles más bajos de disponibilidad de apoyo presentan mayores niveles de malestar

Besser y Neria (2012) encontraron que los bajos niveles de apoyo social percibido median en la asociación de la ansiedad por el apego y los síntomas del TEPT. Esta relación es consistente con investigaciones anteriores que demuestran un vínculo positivo entre la ansiedad por el apego y la necesidad de tranquilidad de los demás y el vínculo positivo entre la necesidad de tranquilidad de los demás y psicopatología (Davila, 2001; Declercq y Willemsen, 2006 López, 2001; Joiner y Metalsky, 2001; Mallinckrodt y Wei, 2005; Wei, Heppner y Mallinckrodt, 2003; Wei, Russell, Mallinckrodt y Zakalik, 2004). Así, cuando aquellos con altos niveles de ansiedad por el apego buscan el apoyo social y la tranquilidad de los demás y no logran recibir dicho apoyo, esta falta de apoyo puede influir en su estado psicológico y aumentar sus síntomas de TEPT.

Por otra parte, en el estudio de Besser y Neria (2012), con evacuados debido al terrorismo que estaban todos al alcance de los misiles y se enfrentaban a diario con situaciones potencialmente mortales, desviar las emociones negativas de la conciencia podría haber sido un mecanismo de defensa útil. Sin embargo, es posible que aquellos individuos con una puntuación alta en la evitación del apego simplemente nieguen los síntomas del TEPT en lugar de no experimentarlos.

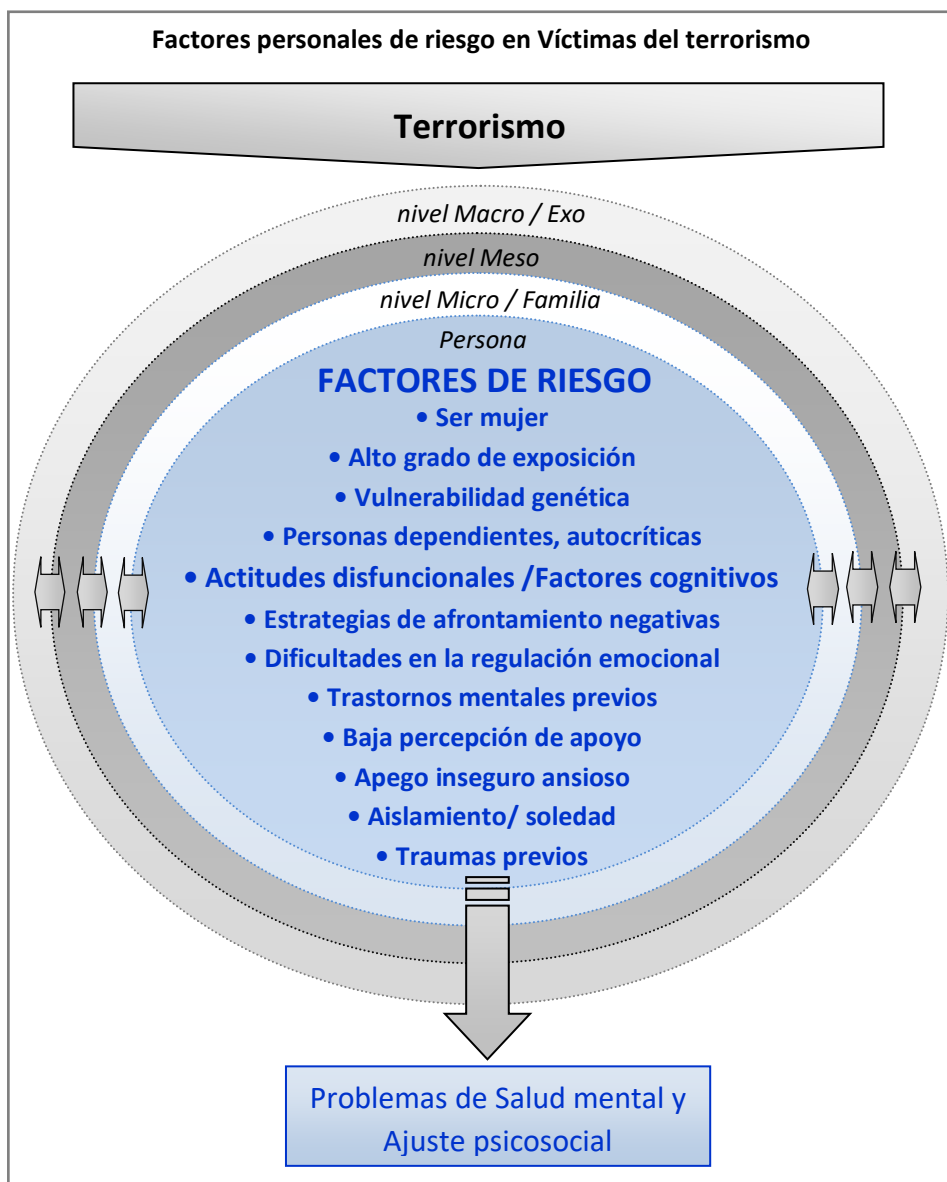


Ilustración 5: Factores personales de riesgo en Víctimas del terrorismo

Por último, resulta importante destacar que los hallazgos de Neria y sus colegas (2010) indican que los altos niveles de apoyo social no solo predicen niveles más bajos de psicopatología a lo largo del tiempo, sino también, que moderan el efecto longitudinal de la respuesta emocional inmediata sobre los síntomas del TEPT, el TDM y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). El estudio realizado por Neria

et al. (2010) amplió los conocimientos previos sobre el amplio impacto del trauma de guerra y terrorismo más allá de los síntomas del TEPT, así como, el papel potencial del apoyo social en moderar el efecto negativo de la respuesta emocional inmediata en una amplia gama de sintomatología psiquiátrica a lo largo del tiempo.

4.10 Factores de vulnerabilidad de las víctimas del terrorismo en España

Si nos centramos, concretamente, en el contexto de las víctimas del terrorismo en España, marcado por el abandono institucional y social durante muchos años, - hecho denunciado por las propias víctimas-, entendemos la dificultad que han podido presentar las mismas para elaborar estas experiencias. Este proceso de asimilación y elaboración del evento potencialmente traumático debe ser facilitado a nivel comunitario y social. En el proceso de enfrentarse a estos hechos las personas y sus familias han utilizado mecanismos de defensa que, en un primer momento, pudieron resultar adaptativos, pero que con el tiempo han creado reacciones (tanto a nivel personal como interpersonal) que se convierten en estables, prolongadas y disfuncionales, dificultando el procesamiento de la experiencia terrorista. Sobre las reacciones de las familias frente al terrorismo se hablará en este libro más adelante. Si estas respuestas se combinan con el abandono institucional, la desprotección, el desamparo, o la manipulación de las emociones, todos estos factores pueden contribuir a reforzar el daño psicológico presente en este colectivo. De hecho, dada la connotación política e ideología que tiene el terrorismo, tanto exagerar como minimizar sus consecuencias tiene efectos negativos sobre la salud mental y la adaptación de las víctimas.

Hay que tener en cuenta que, gran parte de las víctimas adultas del terrorismo en España -en particular las víctimas de bandas como ETA, los GRAPO y otros grupos terroristas-, han expresado de forma clara y definida que fueron abandonados por las instituciones y la sociedad en general tras el atentado (véanse los resultados del Proyecto Fénix en Baca et al., 2003, o el informe Foronda, de López, 2015). En este último informe se destaca, como una de sus conclusiones más relevantes “el alto grado de abandono social” que durante años sufrieron las víctimas de ETA. Según su autor, esa falta de apoyo tocó fondo en 1984, cuando el 82% de los asesinatos de ETA pasaron desapercibidos y únicamente el 18% obtuvo algún tipo de contestación institucional, a través de condenas o minutos de silencio en los plenos municipales. Esta proporción es comparada con el 24% de 1978, siendo menor que en este año. En contraposición, “todos los asesinatos de miembros de

ETA contaron con réplicas en forma de huelgas y manifestaciones, incluyendo en ellas constantes expresiones de apología del terrorismo” ha acentuado el autor. (López, 2015, p. 120).

Específicamente en España, para explicar el alto grado de prevalencia de trastornos psicológicos en víctimas del terrorismo, García Vera, Sanz, Navarro, Reguera y Altungy (2017) enumeran algunas variables que pueden explicar estos resultados y que van en la misma dirección que los factores de riesgo enunciados en este apartado:

- a) El hecho de que la mayoría de las víctimas no hayan recibido una atención adecuada o no hayan tenido el tratamiento psicológico adecuado. Este hecho resulta comprensible si se tiene en cuenta que la investigación y el tratamiento de las víctimas del terrorismo se ha aparecido en los últimos años ya que hace 20 o 30 años en nuestro país no había tratamiento psicológico para estas personas.
- b) La influencia del apoyo por parte de la sociedad.
- c) La exposición repetida.
- d) La cantidad de muertes durante tantos años.

Como ya se ha comentado en el capítulo 1 con respecto a las víctimas del terrorismo en España, desde una perspectiva psicosocial, un apoyo social próximo insuficiente, ligado a la depresión y al aislamiento, y la escasa implicación en relaciones sociales, dificultan la recuperación del trauma padecido a consecuencia del terrorismo. El principal antídoto contra la pena es poder compartirla y que haya un reconocimiento de daño moral. El apoyo social institucional es también muy importante. Con el apoyo social institucional nos referimos al apoyo por parte del sistema judicial, la policía, los medios de comunicación, etc. En el capítulo 1 se ha hablado de la victimización secundaria y como ha acentuado el daño psicológico de las víctimas del terrorismo en el país.

En una publicación posterior García-Vera et al. (2021) profundiza en los factores sociales que influyen en las víctimas del terrorismo en España. La autora recalca como “la influencia de los factores sociales en el curso de las repercusiones psicopatológicas es muy importante, tanto como elemento amortiguador como de victimización secundaria, y deberían incluirse en cualquier intervención psicológica con las víctimas”. (P. 184). Dentro de los factores que enumera se encuentran:

- a) Malestar general por los procesos legales de los atentados y haber sufrido el atentado en el País Vasco son dos factores de riesgo para el desarrollo de sintomatología de estrés postraumático.
- b) Victimización secundaria: la producida por la respuesta a la víctima de instituciones, agentes sociales y particulares.
- c) El apoyo social después del atentado sirve de amortiguador o protector para el desarrollo de sintomatología postraumática.
- d) El papel de los Recursos sociales: la integración y el apoyo social recibido y percibido son factores de protección (o resiliencia) para el desarrollo y curso de síntomas y trastornos psicológicos tras un acontecimiento traumático, en general, y un atentado terrorista, en particular.

Considerando una perspectiva ecológica a la hora de explicar los factores de riesgo de las víctimas del terrorismo en España (véase Ilustración 3) destacamos la importante contribución de aquellos que conforman el contexto socioeconómico, político y cultural en el daño psicológico y los problemas de ajuste psicosocial de las víctimas del terrorismo (nivel Macro y Exo). Conjuntamente, han resultado muy relevantes aquellos factores del entorno más cercano del individuo (niveles Meso y Micro) determinando la falta de apoyo social y reconocimiento del daño moral producto del terrorismo.

5. Impacto del terrorismo sobre los niños y adolescentes

Los niños y adolescentes son particularmente vulnerables a los problemas psicológicos debidos a los efectos del terrorismo. Esto es así debido a que aún están desarrollando un sentido de seguridad sobre el mundo y, además, las estructuras cerebrales claves para la regulación emocional se encuentran, en esta franja de edad, aún en proceso de maduración, especialmente, en los niños preescolares. Por consiguiente, dichos procesos podrían verse afectados a consecuencia del evento traumático. También habría que considerar que el funcionamiento posterior de los niños y adolescentes depende, en gran medida, del estado de salud mental de sus padres. Éstos, igualmente, podrían verse afectados por sucesos traumáticos lo cual tendría consecuencias en el desarrollo del niño.

El terrorismo, además, genera sentimiento de vulnerabilidad y, también, genera cambio en las creencias básicas sobre el mundo y sobre uno mismo, lo cual ha sido

expresado con anterioridad. El mundo deja de ser un lugar seguro, predecible y controlable, caracterizándose a partir de ese momento por el pesimismo e incertidumbre. En los niños, cuyas estructuras básicas de la personalidad y su visión del mundo están construyéndose, este tipo de consecuencias pueden llegar a ser muy negativas.

Varios autores han llevado a cabo revisiones teóricas sobre las consecuencias psicológicas de la violencia en los niños y adolescentes, concluyendo que ninguna etapa del desarrollo se encuentra protegida del impacto del terrorismo (Alkhatib, Regan y Barrett, 2007; Arnaiz, Sanz y García-Vera, 2020; Comer y Kendall, 2007; Comer, Bry, Poznanski y Golik, 2016; Hamiel, Wolmer Pardo-Aviv y Laor, 2017; Pereda, 2012; Slone y Mann, 2016; Stough, Ducey y Kang, 2017). La mayoría de los hallazgos que explicamos en este apartado proceden de estas revisiones.

Como bien Finkelhor (2007) plantea, el impacto que sobre los niños, niñas y jóvenes tiene la victimización interpersonal y, dentro de ésta, los actos terroristas, es mucho mayor que sus efectos inmediatos y visibles, afectando no solamente a los niños y adolescentes y a sus relaciones con su familia, sino también, a la sociedad en su conjunto. Ellos se encuentran expuestos al terrorismo de distintas formas.

Pereda (2012), resume estas formas de exposición a la violencia:

La exposición directa, como es ser víctima de un atentado terrorista o residir en una zona en la que se producen éstos; la exposición interpersonal, como perder a un ser querido o conocido en un atentado, los denominados familiares de víctimas por Baca, Cabanas y Baca-García (2003); la exposición a través de los medios de comunicación, siendo testigos de los actos terroristas o de sus devastadoras consecuencias a través de la televisión u otros medios; y la exposición al clima de amenaza, expectación y alerta o second hand terrorism que deriva de estos actos en la comunidad del menor, en su escuela y en su propia familia y que puede llegar a generar o exacerbar un amplio espectro de consecuencias psicológicas adversas para su desarrollo (Comer y Kendall, 2007) (Pereda, 2012, pp. 14-15).

5.1 Repercusiones psicopatológicas del terrorismo

En primer lugar mencionamos que los ataques terroristas suponen un estrés intenso que afecta a los niños y sus familias y que dará lugar a diferentes reacciones a nivel emocional, cognitivo y comportamental. Estas reacciones, que son normales como hemos dicho al principio del capítulo, en dependencia de su frecuencia e intensidad pueden pasar de ser adaptativas a convertirse en disfuncionales y originar trastornos mentales.

Reacciones de estrés específicas en Menores de edad		
0 - 5 Años	6 - 11 Años	12 – 17 Años
<p>Muestran un pánico persistente ante la separación de sus figuras cuidadoras principales (padres, tutores legales).</p> <p>Conductas regresivas (vuelven a realizar un mal hábito que ya se había superado). Ej.: Mojar la cama habiendo dejado ya de hacerlo.</p> <p>Inquietud, rabieta, llanto frecuente, constantes quejas físicas y alteraciones del sueño con presencia de pesadillas, sonambulismo y terrores nocturnos.</p>	<p>Además de sumar todo lo expuesto en la columna anterior, presentan en ciertas ocasiones culpabilidad excesiva y preocupación por sus familiares. Problemas de concentración y de rendimiento académico.</p> <p>Conductas disruptivas, juegos repetitivos sobre lo sucedido y necesidad de contarlos una y otra vez.</p> <p>Retraimiento, miedos irracionales, explosiones de ira, ansiedad y tristeza o embotamiento emocional.</p>	<p>Explosiones de Ira.</p> <p>Conductas disruptivas.</p> <p>Se involucran en conductas de riesgo.</p> <p>Deseo de venganza.</p> <p>Problemas de sueño y alimentación.</p> <p>Desesperanza hacia el futuro.</p> <p>Ideaciones suicidas.</p>

Ilustración 6: Reacciones de estrés específicas en menores de edad (De Vicente Columina, 2019)

La investigación ha demostrado que los niños suelen presentar síntomas ligeramente distintos a los que manifiestan los adultos, especialmente los preescolares, como son: conductas regresivas, somatizaciones, dificultades para conciliar el sueño, trastornos de la alimentación, conductas agresivas, irritabilidad, rabieta, conductas oposicionistas y destructivas, pesadillas y terrores nocturnos y sentimiento de culpa (Tareen, garralda y Hodes, 2007; Hamiel et al., 2017). Estudios que analizan los efectos en niños menores de 6 años muestran que estos pueden presentar problemas de sueño, alteración en el juego, cambios en los hábitos alimenticios y síntomas psicopatológicos. Especialmente, en esta edad en la que hay tantos cambios fisiológicos, cognitivos y emocionales, puede desarrollarse autoculpabilidad, agresividad y confusión excesiva, así como, una interferencia en el desarrollo de la confianza e independencia (Slone y Mann, 2016).

Entre las consecuencias psicopatológicas que pueden presentar los niños y adolescentes que han sufrido encuentros terroristas o bélicos se encuentran: el TEPT, la ansiedad, los síntomas depresivos y las alteraciones de la conducta (Cobham et al., 2016 y Stough, et al., 2017). Por ejemplo, en la revisión de Comer,

et al. (2016) se citan los resultados de varias investigaciones al respecto. En esta línea, Fairbrother, Fairbrother, Stuber y Galea (2003) encontraron que el 18% de los jóvenes de la ciudad de Nueva York presentaba síntomas de TEPT 4 meses después de los ataques del 11 de septiembre. También Hoven, Duarte, Lucas, et al. (2005) sugirieron que, aproximadamente, el 11% de los jóvenes de Nueva York mostraban síntomas compatibles con un diagnóstico probable de TEPT 6 meses después de estos ataques. Tales hallazgos concuerdan en gran medida con estimaciones de síntomas de TEPT infantil después del terrorismo (véase las investigaciones de Comer, Dantowitz, Chou, et al. 2014 y de Pfefferbaum, Nixon, Krug, et al. 1999). Más recientemente, García-Vera et al. (2021) encontraron que la prevalencia del TEPT en niños y adolescentes que habían sufrido un ataque terrorista (entre 4 y 13 meses después del mismo) oscila entre el 10 y el 30%.

En esta dirección, el trastorno más consistentemente documentado entre los niños y jóvenes que han sufrido el terrorismo es el TEPT. Sin embargo, los estudios sobre prevalencia del TEPT son escasos en población infantil y adolescente. A pesar de esto, las revisiones sistemáticas sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo en niños y adolescentes (Arnaiz et al., 2020; Comer y Kendall, 2007; Pereda, 2013; Slone y Mann, 2016) señalan que la prevalencia del TEPT y de la sintomatología de TEPT en niños y adolescentes víctimas del terrorismo es elevada. Los resultados de esas revisiones señalan que

al igual que ocurre en la población adulta afectada por terrorismo, en la población infanto-juvenil puede aparecer un amplio espectro de consecuencias psicopatológicas después de un atentado terrorista, pero la sintomatología más frecuente es también la del TEPT, con tasas de prevalencia del TEPT o de sintomatología moderada o grave de TEPT que oscilan entre 7,8% y 66% según la revisión de Comer y Kendall (2007), entre 28% y 77% según la revisión de Pereda (2013) y entre 5% y 80% según la revisión de Slone y Mann (2016) (Arnaiz et al., 2020, p. 177).

Asimismo, Arnaiz et al. (2020), en su revisión sistemática de la literatura con el objetivo de determinar la prevalencia del TEPT en los niños y adolescentes víctimas de atentados terroristas, encontraron 10 estudios empíricos sobre la prevalencia del TEPT en población infanto-juvenil que había sufrido de manera directa o indirecta atentados terroristas ocurridos en diversos países del mundo, estimando que dicha la prevalencia es aproximadamente del 13%, con diferencias importantes entre las víctimas directas (59%) y las víctimas indirectas, en particular los niños y adolescentes que viven o estudian en los barrios o en las ciudades en las que se producen los atentados, o que son familiares o allegados de algún fallecido o herido en los atentados (10-21%).

Para darnos cuenta del impacto psicológico negativo tan importante que supone haber vivido un acontecimiento de este tipo Arnaiz et al. (2020) señalan como la prevalencia del TEPT en niños y adolescentes víctimas directas del terrorismo es 12 veces mayor que en la población general infanto-juvenil, mientras que la prevalencia del TEPT en niños y adolescentes víctimas indirectas del terrorismo es el doble o el cuádruple que la encontrada en la población general infanto-juvenil. Los autores plantean que esta diferencia en la prevalencia del TEPT entre víctimas directas e indirectas en la población infanto-juvenil replica la misma diferencia consistentemente encontrada en la población de víctimas adultas (García-Vera y Sanz, 2016; García-Vera et al., 2016).

Prevalencia del TEPT según el Tipo de víctima en Niños y Adolescentes	
Población infanto-juvenil	13 %
Víctimas directas	59 %
Familiares de heridos o fallecidos y residentes de zonas afectadas	10 – 21 %

Tabla 2: Prevalencia del TEPT según el tipo de víctima en niños y adolescentes (Arnaiz, Sanz y Gacia-Vera, 2020)

Se debe tener en cuenta que el TEPT se expresa de manera diferente en niños de diferentes edades y, por tanto, se caracteriza por criterios diferentes en el DSM-5. Los resultados de la revisión de Arnaiz et al (2020) parecen sugerir que la prevalencia del TEPT en víctimas del terrorismo es menor entre los niños más pequeños que entre los adolescentes.

La mayoría de los niños no desarrollan un TEPT con todos sus criterios diagnósticos. En su lugar, tienden a mostrar uno o más de los siguientes síntomas: miedos específicos y comportamiento dependiente, desorganización sensoriomotora y alteración de los ritmos biológicos (llanto prolongado, falta de respuesta al consuelo, trastornos del sueño, alteraciones en la alimentación, agitación muscular, rigidez, agitación e inquietud), falta de interés por el medio ambiente, problemas somáticos sin causa orgánica detectable, así como, sintomatología agresiva. Además, los patrones de juego también pueden verse afectados, como se manifiesta en el uso de temas mórbidos y menos juegos de fantasía, mayor inhibición, afecto negativo, agresión, ansiedad y reducción de la interacción social.

En el contexto del terrorismo, varios estudios examinaron la influencia a largo plazo de la exposición al trauma entre los preescolares. Por ejemplo, 5 años después de la exposición a un ataque con misiles contra niños en edad preescolar en Israel, se encontró una disminución significativa en la gravedad en la mayoría de los dominios de síntomas postraumáticos y un aumento en los síntomas de evitación (Laor, Wolmer y Cohen, 2001). En la misma dirección, un estudio más reciente (Mowder, Guttman, Rubinson y Sossin, 2006) encontró que estos niños preescolares que habían sufrido la guerra tenían psicopatologías más comórbidas y que el número de comorbilidades aumentó con la edad, hasta la edad media de 5 a 8 años y la niñez tardía (9 - 11 años). Como bien señala Comer et al. (2016), los síntomas del TEPT infantil, a su vez, ponen a los jóvenes en riesgo de desarrollar una variedad de problemas de salud mental, incluida la aparición posterior de depresión, trastornos del sueño, abusos de sustancias, tendencias suicidas, problemas en el ámbito familiar y una reducción general de la calidad de vida.

Desde hace varios años, algunos autores se han pronunciado por ir más allá del trastorno por estrés postraumático y tomar una perspectiva amplia respecto a las consecuencias psicológicas asociadas con los actos de violencia terrorista (Engdahl, 2005).

Por otra parte, también se ha sugerido que, aunque el TEPT es el trastorno mental identificado con mayor frecuencia entre los jóvenes afectados por el terrorismo, esto puede deberse simplemente al hecho de que los síntomas de TEPT son los que se evalúan con mayor frecuencia. De hecho, tomando como referencia las investigaciones recogidas en la revisión de Colmer et al. (2016), la cual cita los resultados de Hoven, et al. (2005), conocemos que después de los ataques del 11 de septiembre, las tasas de probable agorafobia juvenil y del trastorno de ansiedad por separación superaron a las de TETP. También, se encontró que las tasas de ansiedad generalizada y de depresión mayor fueron altas. Resultados similares se encontraron en muestras de jóvenes tras el atentado de la ciudad de Oklahoma City. Estos jóvenes mostraron altas tasas de síntomas emocionales y ansiedad generalizada.

En este contexto, en la revisión de Kar (2019) se examina la depresión en niños y adolescentes tras acontecimientos traumáticos como desastres, terrorismo y violencia. La exposición al terrorismo conduce a la depresión en los jóvenes. Por ejemplo, después de los atentados terroristas en Niza (Francia), los síntomas depresivos fueron uno de los problemas de salud observados junto con ansiedad, reacciones agudas de estrés, disociación, desrealización, despersonalización, amnesia y síntomas somáticos (Chauvelin et al., 2016). En la misma dirección, todos los niños y adolescentes refugiados kurdos yazidíes que

migraron después del ataque terrorista de ISIS y vivían en campamentos de refugiados tenían problemas de salud mental. Dentro de estos la depresión (36,8%) fue la segunda más común después de las alteraciones del sueño (Ceri et al., 2016). Por último, tras el ataque terrorista de 2011 en la isla de Utoya (Noruega), las dificultades en el rendimiento académico observadas transcurridos 14 -15 meses del ataque se asociaron con depresión (Stene, Schultz y Dyb, 2019).

Es relevante considerar que el impacto del ataque terrorista continúa, en la edad adulta, con un mayor riesgo de depresión. En la revisión de Kar (2019) se cita varios estudios que evidencian lo anterior y reflejan las negativas consecuencias para la salud mental. Por ejemplo, los adolescentes con problemas de conducta después del 11 de septiembre tenían 6 veces más probabilidades de tener depresión en la edad adulta (Gargano, Locke, Li y Farfel, 2018). La gravedad de esta situación queda resaltada si consideramos que la depresión secundaria a eventos traumáticos afecta negativamente el sentido de la vida (Schulenberg, Smith, Drescher y Buchanan, 2016) y trae ansiedad existencial (Weems, Russell, Neill, Berman y Scott, 2016)

Otra consecuencia psicopatológica que ha sido poco examinada en los niños son sus reacciones de duelo ante pérdidas relacionadas con desastres o terrorismo. Un estudio fue realizado con una muestra de 121 niños que perdieron a sus padres durante el atentado terrorista del 11 de septiembre de 2001. Se realizó un seguimiento con estos niños durante un período de 5 años mientras recibían servicios psicológicos y se observó que cuatro de estos niños con problemas de aprendizaje mostraban una serie de conductas de duelo entre las que se incluían retraimiento y arrebatos emocionales. En comparación con sus compañeros, estos niños mostraron conductas de duelo menos intrusivas, así como una aparición tardía de las conductas relacionadas con el trauma (Christ y Christ, 2006).

Un creciente cuerpo de investigación también ha relacionado los síntomas de externalización infantil con la exposición al terrorismo. Por ejemplo, Chemtob, Nomura y Abramovitz (2008) encontraron un aumento de los problemas de conducta entre los niños en edad preescolar que estuvieron expuestos a los ataques del 11 de septiembre. También Crum, Cornacchio, Coxe, Green y Comer (2015) encontraron, en un seguimiento a los jóvenes del área de Boston después del bombardeo al maratón que sacudió en esa ciudad, que una mayor exposición al bombardeo predijo más problemas de conducta, particularmente, entre los jóvenes previamente expuestos a violencia en el barrio donde residían.

Impacto del terrorismo sobre los Niños y Adolescentes
Trastornos mentales (TEPT, Depresión, T. de ansiedad, duelo traumático, trastorno de conducta, uso de alcohol y drogas).
Conductas regresivas
Dificultades para conciliar el sueño
Cambios en los hábitos alimenticios, trastornos de la alimentación
Conductas agresivas, irritabilidad, rabietas, conductas oposicionistas y destructivas
Pesadillas y terrores nocturnos
Sentimiento de culpa
Problemas somáticos sin causa orgánica detectable
Prejuicios, estereotipos y odio, posiblemente contribuyendo al ciclo de la violencia
Actitudes negativas e intolerantes hacia determinados grupos y una mayor aceptación de la violencia como forma de relación

Tabla 3: Impacto del terrorismo sobre los Niños y Adolescentes

Además, las investigaciones en este ámbito reflejan los niveles elevados de abuso de sustancias entre jóvenes expuestos al terrorismo. Por ejemplo, Wu, Duarte, Mandel, et al. (2006) encontraron que después de los ataques del 11 de septiembre, aproximadamente el 11% de los adolescentes de Nueva York informaron un aumento del consumo de alcohol. Por otra parte, Chemtob, Nomura, Josephson et al. (2009) destacaron que los adolescentes de Nueva York que habían estado expuestos a los ataques del 11 de septiembre consumieron cinco veces más sustancias. En cambio, estos mismos autores encontraron que los adolescentes de la ciudad de Nueva York con tres o más exposiciones a estos mismos ataques consumieron 19 veces más sustancias, lo cual confirma la hipótesis de que el grado de exposición es un factor de riesgo importante en el desarrollo de problemas de salud mental. Similares resultados encontraron Schiff, Zwei, Benbenishty y Hasin et al (2007) entre los adolescentes israelíes, documentando que la proximidad física a los ataques terroristas predijo el

consumo excesivo de alcohol y el consumo de cannabis, incluso después de controlar los síntomas de TEPT y depresión.

5.2 Repercusiones neurobiológicas y neuropsicológicas de la violencia

Para comprender las repercusiones neurobiológicas y neuropsicológicas de la violencia sobre los niños hay que entender que el proceso de maduración cerebral de cada niño es diferente y esto se traduce en diferencias en la afectación que cada persona muestra en función de su biología personal, pero también en el modo en que percibe la violencia, en la intensidad de la misma, en su frecuencia, en si la recibe directamente o no, en los distintos tipos de violencia y en si estas coinciden en el desarrollo del niño. Pero, además de todos estos factores, también se relaciona con otra serie de factores de riesgo no solo personales, sino, familiares y sociales en los cuales profundizaremos más adelante.

Para la explicación de este apartado utilizaremos los hallazgos documentados por Soto Castro (2020), en un interesante artículo que explica las repercusiones neuropsicológicas de los menores víctimas de delitos violentos. Además, complementaremos la información con literatura específica de víctimas del terrorismo. Este autor señala que sufrir la violencia durante la infancia supone que el desarrollo y la maduración del sistema nervioso puede verse afectado e interrumpido. En primer lugar, por las lesiones físicas que se producen producto de esta violencia. En segundo lugar, porque los niños se ven sometidos a un estrés crónico que les provocará secuelas a nivel anatómico, estructural y funcional en su cerebro (Amaro, 2018).

En concreto, sigue diciendo Soto Castro (2020), apoyándose en los resultados de las investigaciones que cita:

Los efectos biológicos de la violencia suponen inhibición de la generación de nuevas neuronas y en la pérdida acelerada de otras, retraso en el proceso de mielinización y alteraciones en la poda neuronal (De Bellis, 2005; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). Posteriormente, se producen alteraciones en estructuras esenciales, como el hipocampo, amígdala, cerebelo, cuerpo calloso, corteza prefrontal e hipotálamo, así como en los sistemas cd y en el funcionamiento del sistema de liberación y absorción de neurotransmisores. La alteración del eje de activación hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), responsable de las respuestas de estrés ante amenazas a la integridad del individuo, produce un incremento considerable en la densidad de receptores para los glucocorticoides (De Bellis, 2005; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011; Moya-Albiol y Martín-Ramírez, 2015. (Soto Castro, 2020, p. 210).

Del mismo modo este autor plantea que el estrés crónico se asocia a la alta presencia de glucocorticoides en el sistema, a la que el individuo se habitúa. Este proceso desencadena una hiperexcitabilidad de las neuronas del hipotálamo y del eje HHA ante nuevas situaciones. El problema es que debido a un proceso básico de condicionamiento, este proceso ocurre independientemente de que los estímulos sean altamente estresantes, mínimamente estresantes o, incluso, neutro. Este condicionamiento a las situaciones percibidas por el individuo como potencialmente provocadoras de estrés se ha asociado a problemas conductuales (como la impulsividad) y alteraciones del estado de ánimo (como la ansiedad o la depresión). En última instancia, se trata de tener en cuenta que un estado emocional es el resultado de una interacción entre la activación fisiológica y la interpretación cognitiva de este arousal (Reisenzein, 1983, citado en Rosenzweig, Leiman y Breedlove, 2001, citados en Soto Castro, 2020).

Este tipo de cambios que suceden producto del impacto de la violencia en el sistema nervioso son acumulativos y, en cuantiosos casos, irreversibles, debido a que se producen en el momento en que la generación de neuronas, la arborización dendrítica y la mielinización están en desarrollo y son la base del funcionamiento del sistema nervioso.

A pesar de estar genéticamente determinado, este proceso avanza en interacción con factores ambientales, los cuales pueden favorecer el desarrollo de las fases que lo componen o interfieren en el mismo; además, sentará las bases para el posterior desarrollo y funcionamiento de las diversas estructuras y sistemas cerebrales (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011, citado en Soto Castro, 2020, p. 211).

La influencia sobre cualquiera de estos procesos biológicos afectará a las funciones superiores y repercutirá en el modo en que estas personas a corto, medio y largo plazo experimenten los diversos sucesos vitales, incluyendo aquellos de carácter traumático. Un problema que sucede es que la detección de las disfunciones en muchas de estas regiones no es posible mientras no finalice el proceso de maduración (Capilla et al., 2007; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011, citado en Soto Castro, 2020).

Específicamente en el contexto del terrorismo, en la revisión de Hamiel et al. (2017) se menciona sobre los hallazgos biológicos, en lo referente al estrés infantil preescolar, que estos pueden tener efectos neurológicos, neuroendocrinales, aspectos fisiológicos y genéticos, corroborando los planteamientos sobre la violencia en general. Se sabe que los niños de preescolar que experimentan un trauma corren un riesgo particular debido a la vulnerabilidad de sus cerebros en maduración. El trauma infantil se ha asociado con un tamaño reducido de la corteza cerebral, el área responsable de funciones complejas incluyendo memoria,

atención, conciencia perceptiva, pensamiento, lenguaje y conciencia. Estos cambios pueden afectar el coeficiente intelectual y capacidad de regulación emocional. Además, este estrés en etapas tempranas se ha asociado con diferencias estructurales en la amígdala y el hipocampo, dos importantes estructuras involucradas en el procesamiento y la regulación de las emociones que jugarán un papel central en la psicopatología más adelante en la vida.

Con respecto al hipocampo, se sabe que esta estructura es muy vulnerable a los efectos del estrés ya que concentra una gran cantidad de receptores glucocorticoides, además, el hipocampo se caracteriza por una alta plasticidad neuronal. Aunque se encuentran datos contradictorios, existe la hipótesis de que el estrés producido durante la maduración neuronal puede tener un gran impacto sobre el volumen hipocampal. De este modo sería posible la afectación en la memoria y las emociones. Con relación a la amígdala, su principal alteración durante el desarrollo de los niños, como consecuencia del impacto del estrés crónico, es su hiperactividad. En este sentido:

La amígdala es crucial en el condicionamiento del miedo, así como, para el control de conductas agresivas, por lo que las conductas de descontrol episódico y de violencia impulsiva podrían tener su foco en la hiperresponsividad de esta estructura” (Amaro, 2018, citado en Soto Castro, 2020, p. 212).

También, una de las funciones de la amígdala es el desarrollo de las capacidades de comportamiento social. Está implicada en el procesamiento de la información social, en el desarrollo de la confianza en los demás y la propia sensación de control (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011).

Siguiendo las reflexiones de Soto Castro (2020), otras estructuras que pueden resultar dañadas como consecuencia de la violencia son:

1) Cerebelo:

Las lesiones en esta área se relacionan con una alteración de las capacidades ejecutivas como la planificación, la memoria operativa, la inhibición de impulsos, la organización visoespacial, la expresión y desarrollo del afecto, la capacidad para el seguimiento de señales posturales, gestuales y verbales, lo cual incide claramente y puede producir déficits en la comunicación e interacción social (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). También el cerebelo resulta especialmente vulnerable a los efectos del estrés a edades tempranas (Grassi-Oliveira et al., 2008) debido a que es rico en receptores de glucocorticoides.

2) Cuerpo calloso:

Su función es tan importante como su vulnerabilidad en casos de violencia, posibilitando esta vulnerabilidad que se vea afectado el proceso de mielinización posnatal que determina su correcto funcionamiento (De Bellis, 2005). Este autor reporta los resultados de diversos en los cuales se ha encontrado una reducción del volumen del cuerpo calloso en niños diagnosticados con trastorno de estrés postraumático.

3) Corteza prefrontal:

Su función es esencial para el desempeño de funciones superiores, así como, para el desarrollo del comportamiento y la personalidad del individuo. La violencia tendrá un mayor impacto en el desarrollo neurológico de esta región cuanto temprano se produzca dicha violencia, cuanto más duradera sea y cuanto mayor intensidad tenga.

Los daños tanto cognitivos como conductuales que presentan los menores que han sufrido violencia:

Evidencian el retraso madurativo cortical cuando es comparado con el de otros menores que no lo han sufrido y tienen la misma edad (Cuervo, Martínez y Ávila-Matamoros, 2010). Si a todo eso se unen los déficits dan el volumen del cuerpo calloso, junto a una menor actividad de la corteza prefrontal debido a la hiperactividad límbica (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011) con la que entra en competencia, nos encontramos con que estos niños van a presentar déficits para procesar de modo adecuado la información de su entorno y, por tanto, se observaran conductas impulsivas y dependientes de reacciones emocionales (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017) (Citado en Soto Castro, 2020, p. 215).

En esta dirección, se ha demostrado que la hipoactivación en el córtex orbitofrontal, unida a la hiperactivación de la amígdala, se relaciona con un bajo control de impulsos, estallidos de agresividad y falta de sensibilidad personal, que predispone a la conducta agresiva y violenta (Lee y Hoaken, 2007). Al mismo tiempo, la corteza prefrontal presenta una alta densidad de receptores de glucocorticoides, que desempeñan un importante papel en el desencadenamiento de respuestas de estrés.

4) Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal:

Se sabe que las regiones neurológicas afectadas por el hecho de haber sufrido violencia durante edades tempranas muestran un aumento en la densidad de receptores de glucocorticoides, lo que lleva al padecimiento de estrés crónico. Por lo tanto, este eje será muy sensible a la percepción y valoración de situaciones potencialmente amenazantes, gracias a la hiperexcitabilidad del hipotálamo y de la

consiguiente cadena de reacciones biológicas que se producen en estas estructuras (De Nicola, 2015; Grassi-Oliveira, Ashy y Stein, 2008, citados en Soto Castro, 2020).

La afectación en la edad adulta de este eje dependerá, en el caso de haber sufrido violencia, de muchas variables, lo que da una idea de la complejidad del estudio de esta problemática. Por ejemplo, del tipo y gravedad de esta, de la presencia o no de otros eventos traumáticos posteriores, de los factores de protección (individuales, familiares y sociales) con los que pudiera contar el individuo, así como, de factores genéticos y epigenéticos (Nemeroff, 2016).

5) Funciones cognitivas superiores:

Soto Castro (2020) señala como producto de la violencia se desarrollan problemas para regular las respuestas emocionales (Heleniak, Jenness, Vander, McCauley y McLaughlin, 2016). Esto podría explicar las dificultades para interactuar en sociedad, la mala adaptación al entorno escolar y otros problemas de conducta en la edad adulta.

Los niños que han sufrido violencia:

Muestran dificultades en su capacidad de flexibilidad cognitiva, impulsividad, planificación de la conducta y escaso razonamiento a la hora de tomar decisiones. Incluso, podemos encontrar errores en la metacognición, no pueden ejercer un control cognitivo sobre otros procesos cognitivos, dando lugar a la toma de decisiones impulsivas, a una escasa planificación previa a la acción y escaso control de la propia respuesta comportamental (Davis et al., 2015) (Soto Castro, 2020, p. 217).

En esta línea, se ha estudiado el funcionamiento cognitivo de los niños después de un atentado terrorista. Dicho funcionamiento cognitivo se relaciona con el funcionamiento académico. Así, después del 11 de septiembre, Chemtob et al. (2008) encontraron una relación clínicamente significativa entre el grado de exposición al evento y los problemas de atención clínicamente significativos entre los niños. En esta dirección, Pfefferbaum, Noffsinger, Jacobs y Varma (2016) estudiaron el funcionamiento cognitivo de los niños expuestos a desastres y terrorismo. Se encontró que las evaluaciones eran críticas para el contenido codificado en la memoria durante un evento traumático y se asociaron con ciertas emociones que probablemente son reexperimentadas a medida que se recuerdan imágenes intrusivas. La revisión enfatizó la necesidad de una investigación más amplia sobre el impacto del trauma sobre los procesos cognitivos. Como plantean estos autores, el verdadero impacto a corto y largo plazo de los desastres y el terrorismo en la atención y concentración de los niños sigue siendo, en gran parte,

desconocido. Estudios como el de Hock et al. (2004) demuestran que, incluso, los niños que viven a gran distancia del lugar donde ha ocurrido un desastre importante, presentan problemas de concentración de la atención.

La cuestión del papel que los pensamientos intrusivos pueden jugar en los problemas de concentración posteriores a un desastre o atentado terrorista requiere ser más estudiado debido a que otros factores pueden contribuir a los déficits atencionales.

Pfefferbaum et al. (2016) concluyen destacando que la investigación adicional sobre los procesos de atención y valoración puede servir como base para futuras investigaciones de los efectos de los eventos traumáticos en la memoria. Los flashbacks y los pensamientos intrusivos son respuestas esperadas a la exposición al trauma, sin embargo, no son indicadores de la memoria. El estudio de Pynoos y Nader (1989) revela la necesidad de una comprensión integral del efecto de la exposición al desastre sobre la distorsión de la memoria. Diversos resultados sugieren la necesidad de entrenamiento e intervención cognitivos para ayudar a los niños a afrontar los recuerdos problemáticos de sus experiencias traumáticas. Además, también resulta relevante conocer el papel que pueden desempeñar los estresores secundarios en factores como los recuerdos intrusivos y el funcionamiento académico (Lamb, Gross y Lewis, 2013). Lo anterior deberá ser tenido en cuenta en la prestación de apoyo después de eventos de este tipo.

El estrés crónico provoca secuelas a nivel anatómico, estructural y funcional en el cerebro:

- ✓ Inhibición de la generación de nuevas neuronas y pérdida acelerada de otras
- ✓ Retraso en el proceso de mielinización
- ✓ Alteraciones en la poda neuronal
- ✓ Disminución del volumen del hipocampo
- ✓ Hiperactividad de la amígdala cerebral
- ✓ Hipoactividad del córtex prefrontal
- ✓ Retraso madurativo cortical
- ✓ Alteraciones de las estructuras cerebelares y del cuerpo caloso
- ✓ Hiperactivación de eje hipotalámico, hipofisario-adrenal (eje del estrés)
- ✓ Hiperactivación o hipoactivación del sistema nervioso simpático

Por otra parte, la evidencia preliminar indica que el estrés temprano interrumpe el desarrollo de la reciprocidad social y la empatía al influir en regiones cerebrales como son: el surco temporal superior, la ínsula, la corteza medial y orbitofrontal, la amígdala y la corteza cingulada anterior. Además, se descubrió que el estrés temprano iniciaba una cascada de procesos fisiológicos que alteran el desarrollo de los niños. En este sentido, los marcadores neuroendocrinos de estrés en los niños preescolares expuestos a la guerra difieren de los encontrados en los no expuestos. Estas diferencias se asociaron con un diagnóstico de TEPT (Feldman, Vengrober, Eidelman-Rothman y Zagoory-Sharon, 2013, citado en Pfefferbaum et al., 2016).

5.3 Otras consecuencias del terrorismo en niños y adolescentes

Se hace necesario considerar que para evaluar de forma adecuada el impacto del terrorismo en el funcionamiento psicosocial de los niños no sólo hay que centrarse en la sintomatología que puedan presentar, sino también, en los cambios que se hayan producido en su funcionamiento y en el del contexto más general en el que se desarrollan (La Greca, 2007). Ampliar el alcance de los resultados de la psicopatología a otras áreas del funcionamiento y la calidad de vida es una importante y necesaria dirección para futuras investigaciones. Por ejemplo, se ha constatado que la exposición de los menores al terrorismo puede generar problemas en su funcionamiento cotidiano, como el ámbito académico o la relación con sus iguales (Comer y Kendall, 2007).

El caso de Ana: Los problemas académicos y de relación de su hijo a raíz del terrorismo

En el capítulo 1 ya hablamos del caso de Ana, viuda de un policía nacional asesinado por ETA hace más de 25 años en el País Vasco. *Nos cambiamos de comunidad autónoma después del atentado porque yo no podía estar en la puerta de la casa (...) Fue romperles mucho de golpe el ambiente a mis hijos, sin que pudiesen entenderlo. Nos separamos de la familia, amigos, la casa que conocían. Ellos estaban acostumbrados a vivir de una manera.*

A día de hoy, todavía no me siento ni de allí (refiriéndose al País Vasco) ni de Murcia. Una de las cosas que sufrimos mis hijos y yo cuando llegué aquí (a Murcia) fue que, para la gente éramos etarras. Los otros niños, al saber que mis hijos eran del País Vasco, no querían juntarse con ellos porque pensaban que eran etarras, porque aquí si se hablaba mucho de lo que pasaba allí

(acerca del terrorismo), *sonaba más en la calle o en los medios. Se decía que son unos sinvergüenzas como tal, como cual. Yo he notado que, al tener mi tono de voz, mi acento vasco, igual que mis hijos claro, nos pasó factura aquí (refiriéndose a Murcia). Allí sentíamos que éramos normales, a mí nadie me dijo que por ser del País Vasco tenía que ser de la ETA, no se puede juzgar a nadie, porque allí hay mucha gente. Y unos eran y otros no. Pero por ser de allí ya tengo que ser de la ETA o pensar como ellos. Hasta mis hijos, unas criaturas, los mismos niños le decían lo que oían en casa y ellos se quedaban desconcertados.*

Como vemos, resulta muy grave que el terrorismo cree divisiones dentro del propio país y sus diferentes regiones, haciendo que las víctimas y sus hijos pudieran sufrir discriminación por pertenecer al País Vasco, tachándoseles de etarras. De igual modo, otros niños han relatado como sufrieron discriminación y acoso en el País Vasco cuando estudiaron allí y provenían de otros sitios de España.

Ana nos relata el sufrimiento de uno de sus hijos y las dificultades para adaptarse al nuevo colegio, a su nuevo barrio, así como, los ataques que sufrió por parte de sus compañeros de clase en la primaria. *A mi hijo, como le faltaba el padre, creo yo que tenía miedo de sentirse diferente de los otros niños. Era un niño muy inteligente. Como se le daban muy bien los estudios, casi sin estudiar tuvo notas muy buenas. Los demás niños se empezaron a meter con él “por empollón” y mi hijo llegó a suspender los exámenes para que no se metieran con él, para no ser diferente a sus compañeros. Suspendió un curso de primaria. Recuerdo que el director del colegio me preguntó si mi hijo tenía algún tipo de retraso mental. Me quedé sorprendida, cuando en el País Vasco nos habían dicho, en su antiguo colegio, a su padre y a mí que era superdotado. Recuerdo que, después de la muerte del padre, se sentía muy inseguro. También se ponía agresivo con facilidad, por cualquier cosa. Yo tenía que acompañarlos a los partidos del fútbol y se molestaba conmigo porque él decía que era la única madre que iba y no quería ser diferente. En aquellos años eran los padres los que iban a los partidos del colegio y él no tenía al suyo. No quería que los niños se enterasen de que no tenía padre. Tampoco quería decir de donde éramos porque los niños identificaban al País Vasco con ETA y se metían con ellos.*

Dada la importancia de la escuela y los logros académicos en la vida de los niños, es sorprendente la poca frecuencia con la que este ha sido estudiado en relación con los desastres y el terrorismo. Algunos estudios han encontrado como la

exposición a ataques terroristas puede conducir a un deterioro en el rendimiento escolar, deteriorando el bienestar psicológico como sucedió en los supervivientes del atentado de la isla de Utoya, en Noruega (Stene et al., 2019). Además, la investigación que examina jóvenes expuestos al terrorismo en países no occidentales y / o en regiones del mundo en desarrollo han encontrado deterioro del funcionamiento cognitivo y disminución del rendimiento académico entre los jóvenes expuestos (Scrimin, Moscardino, Capello y Axia, 2009; Waheed y Ahmad, 2012).

En este sentido, Pfefferbaum et al. (2016) señalan que se requiere de más investigación sobre el funcionamiento académico de los niños tanto antes como después del desastre. Hay escasez de información sobre cómo los desastres pueden influir en el funcionamiento ejecutivo. En base a lo anterior, los autores de la revisión concluyen que los investigadores y los médicos se beneficiarían de esta información pudiéndola usar en la evaluación, la protección y la mejora de los procesos cognitivos ante el desastre o el evento terrorista.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la exposición a la violencia terrorista en los niños, niñas y adolescentes puede suponer graves consecuencias psicosociales a largo plazo. Comer y Kendall (2007), observaron que los niños y adolescentes expuestos al terrorismo también desarrollan actitudes negativas e intolerantes hacia determinados grupos y una mayor aceptación de la violencia como forma de relación, que posteriormente van a ser muy difíciles de erradicar. Por ejemplo, Even-Chen eltzhaky (2007) encontraron que los adolescentes israelíes expuestos al terrorismo posteriormente mostraron comportamientos violentos elevados entre ellos. Además Crum et al. (2015), en un seguimiento a los jóvenes del área de Boston después del bombardeo al maratón, constataron como la exposición al evento predijo, entre los jóvenes, hiperactividad, impulsividad y problemas con los compañeros (Comer et al., 2014).

Se hace muy necesario considerar que, en un contexto violento, los niños acaban incorporando la violencia no sólo como una forma de solucionar los problemas, sino, como la única forma de protegerse a sí mismo y a los que quieren de las amenazas del exterior. En estos casos, la familia y la educación escolar son decisivos para romper este patrón o perpetuarlo (Pereda, 2012). Por ejemplo, Solomon Even-Chen y Itzhaky (2007), en su estudio con muestras israelíes, observaron como los menores provenientes de zonas de baja exposición al terror presentaban mayores niveles de uso de la violencia que aquellos sometidos a atentados de forma crónica, si bien la esperanza en el futuro, la habilidad para afrontar la vida, para cambiar el entorno, para influir en el futuro y la satisfacción vital reducían el riesgo de violencia.

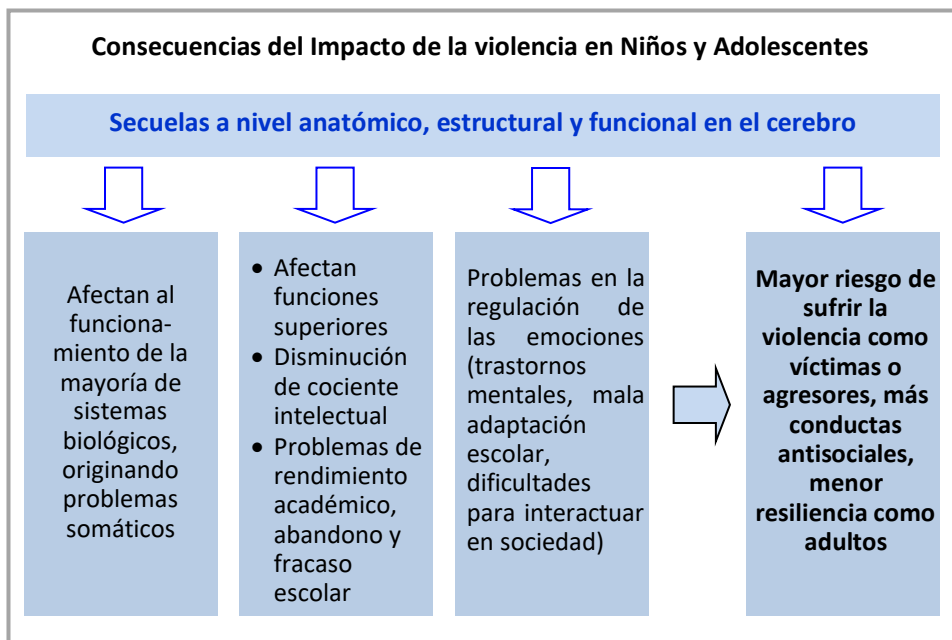


Ilustración 7: Consecuencias del Impacto de la violencia en Niños y Adolescentes

Se ha encontrado que los niños y adolescentes desarrollan sus actitudes políticas como parte de su contexto sociopolítico y nacionalidad. La investigación ha encontrado que para los niños y adolescentes que viven en zonas de guerra y experimentan situaciones de guerra, las situaciones violentas pasan a formar parte de su socialización política a través de los años. Un estudio realizado en Israel con niños en edad preescolar expuestos a la guerra demuestra como los síntomas externalizantes y postraumáticos y los mecanismos de defensa más inmaduros se asociaron con actitudes muy negativas hacia el enemigo (Laor, Wolmer y Cohen, 2004). Estos resultados ilustran que el trauma experimentado como resultado de un conflicto político puede ser un factor en el desarrollo de estereotipos y odio, posiblemente, contribuyendo al ciclo de la violencia.

En resumen, la exposición al terrorismo puede dar lugar a un peor rendimiento escolar, que a su vez condicionará su futuro profesional. Asimismo, estos niños tendrán mayores problemas para entablar relaciones sociales de calidad y se verán inmersos en comportamientos que comprometen su salud y su adaptación al contexto donde viven.

5.4 Factores de riesgo en niños y adolescentes expuestos al terrorismo

No todos los niños y niñas presentan sintomatología psicopatológica o ven afectado su funcionamiento habitual tras haber sufrido la experiencia de un atentado terrorista, a pesar de los resultados altamente preocupantes ampliamente asociados con la exposición al terrorismo en la infancia.

En esta dirección, las investigaciones señalan una enorme heterogeneidad en los resultados encontrados entre los jóvenes que habían sufrido eventos traumáticos. La relación entre la experiencia de victimización terrorista en la infancia y el desarrollo de trastornos mentales no parece ser directa, por lo que los investigadores se han centrado también en el concepto de resiliencia (Masten, 2001).

Como bien plantea Rutter (2007) existen variables cuya presencia o ausencia facilitarían la aparición de trastornos psicopatológicos en situaciones de estrés, mientras que, otras minimizarían o anularían los posibles efectos psicológicos relacionados con esa situación y proporcionarían al individuo la capacidad de resistencia frente a los actos terroristas. Así, Pereda (2012) explica como la interacción entre múltiples variables, individuales y del entorno, ilustra las dificultades que existen al intentar establecer relaciones causales entre la exposición al acto terrorista y el desarrollo de síntomas psicopatológicos en los niños y adolescentes y muestra la complejidad metodológica que deben seguir los futuros estudios que pretendan analizar estos aspectos.

La capacidad de los niños para adaptarse a las consecuencias de una experiencia de este tipo se encuentra directamente relacionada con la capacidad que tengan los diferentes contextos en los que éste se desarrolla (familia, escuela y comunidad) para adaptarse a la situación (Comer y Kendall, 2007). Recomendamos nuevamente ver La ilustración 5 para entender, de acuerdo a una perspectiva ecológica, basado en el trabajo de Bronfenbrenner (2002), como los diferentes factores de riesgo propios de los diferentes niveles pueden interactuar entre sí, creando problemas de salud mental y ajuste psicosocial en niños y adolescentes.

En la revisión de Colmer et al. (2016), basándose en modelos de desarrollo que tienen en cuenta factores de riesgo y resiliencia después de una variedad de experiencias traumáticas (Furr, Comer, Edmunds y Kendall, 2010; Masten y Narayan, 2012; Bonano et al., 2010; La Greca, Silverman, Vernberg y Prinstein, 1999), **se plantea que los factores asociados con las diferencias individuales en las respuestas de los niños al terrorismo se pueden dividir en tres dominios:**

- A) Características del niño y experiencias previas al ataque
- B) Experiencias de ataque infantil
- C) La recuperación posterior al ataque.

A continuación desarrollamos estos factores incorporando los resultados de varias investigaciones, además de la revisión de Colmer et al. (2016).

A) Características del niño y experiencias previas al ataque

En primer lugar, con respecto a las características de los niños y experiencias previas al ataque, se ha estudiado como el género parece predecir los problemas de salud mental de los niños después de la exposición al terrorismo. Los estudios posteriores a los atentados terroristas han encontrado niveles más altos de síntomas de TEPT, malestar general, ansiedad y depresión entre las niñas. En esta dirección, (Laufer y Solomon 2009) señalan que las niñas expuestas a un acto terrorista presentan más síntomas y trastornos internalizantes, como culpa, sintomatología postraumática, ansiedad y depresión así como preocupaciones y miedo por su seguridad y la de sus seres queridos. Por el contrario, los niños tienden a mostrar mayores niveles de problemas de conducta, toma de riesgos y deterioro en su funcionamiento tras la exposición al terrorismo (Nomura y Chemtob, 2009; Pat-Horenczyk, Peled y Miron, 2007). No obstante, sería importante considerar cuando se examine la gravedad de la sintomatología postraumática presente en los menores, el hecho de que aunque las niñas muestran más síntomas, son los varones los que suelen presentar síntomas más graves (Laufer y Solomon 2009). Aunque cabe destacar que estas diferencias no se han encontrado en todos los estudios (Phillips, Prince y Schiebelhut, 2004; Ronen, Rahav y Appel, 2003).

En segundo lugar, se ha planteado que la edad del niño también puede predecir los resultados de salud mental. Hay alguna evidencia que demuestra que después del terrorismo, los niños más pequeños son más vulnerables a los síntomas de ansiedad por separación que los adolescentes. Por ejemplo, Hoven et al. (2005) encontraron que 6 meses después de los ataques del 11 de septiembre, los estudiantes de Nueva York de la escuela primaria mostraron niveles significativamente más altos de trastorno de ansiedad por separación que los estudiantes de secundaria. Estos mismos autores señalaron que los niños más mayores muestran más síntomas externalizantes como, por ejemplo, el uso del alcohol más frecuente como forma de afrontar el efecto inmediato del terrorismo. En la misma dirección, se ha sugerido que estos últimos tienen más acceso a imágenes y noticias sobre atentados terroristas, lo que incrementa su

vulnerabilidad psicopatológica (Becker-Blease, Finkelhor y Turner, 2008), pudiendo presentar más síntomas postraumáticos.

También, en relación con la edad, los estudios reflejan algunos resultados contradictorios. En algunos, no se han encontrado diferencias en el malestar psicológico presentado en función de la edad de los menores (Phillips et al., 2004). Otros estudios constatan que los niños y niñas más pequeños presentan más síntomas postraumáticos (Laufer y Solomon, 2006). Pero otros trabajos han encontrado un mayor temor a ser víctima de nuevos atentados en adolescentes (Stein et al., 2004). En la revisión de Arnaiz et al. (2020) se encontró que la prevalencia del TEPT en víctimas del terrorismo es menor entre los niños más pequeños que entre los adolescentes. Como señalan Colmer et al. (2016) considerando que la mayoría de los estudios sobre jóvenes expuestos al terrorismo han examinado rangos de edad relativamente restringidos, se requiere demás investigaciones que utilicen rangos de edad más amplios, antes de que los hallazgos puedan considerarse concluyentes.

En tercer lugar, la exposición al trauma, que tiene en cuenta las experiencias previas al ataque, también puede servir como factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental infantil tras la exposición terrorismo. Así, el nivel socioeconómico más bajo y la pobreza se han vinculado con tasas más altas de psicopatología después del terrorismo (Calderoni, Alderman, Silver, Bauman, 2006; Mullet-Hume, Anshel, Guevara y Cloitre, 2008). Por ejemplo, después del atentado ocurrido en el maratón de Boston, Crum et al. (2015) encontraron vínculos más fuertes entre la exposición a los bombardeos y los problemas subsiguientes de conducta infantil entre jóvenes que vivían en barrios marginales y que habían estado expuestos a mayores niveles de violencia, en el vecindario, 1 año antes del ataque. De igual modo, Pfefferbaum et al. (2003) y Hoven et al. (2005) encontraron que la exposición previa a un trauma predice de manera significativa los problemas posteriores de salud mental entre los jóvenes que habían estado expuestos al terrorismo.

En cuarto lugar, los factores familiares previos al ataque deberán de ser tenidos en cuenta. Así por ejemplo, la demografía familiar, los ingresos, el empleo y la educación de los padres pueden contribuir a la exposición de los niños a los desastres (Stough et al., 2017). Además, la percepción de conflicto familiar o de poca cohesión familiar así como la psicopatología previa de los padres y un negativo estilo de crianza también puede agravar los síntomas producidos por una situación traumática (Cobham et al., 2016).

En quinto lugar, otra variable que ha sido estudiada tiene que ver con la existencia de discapacidades previas en los niños. Estos niños pueden tener más consecuencias negativas como resultado de la exposición. Como ejemplo podemos citar a los niños con TDAH que serán menos capaces de prestar atención a las instrucciones de evacuación y a los niños con autismo que tendrán más dificultades en situaciones en las que hay estímulos novedosos e inesperados (muy común en atentados terroristas). Además, el TEPT en estos niños será más probable si los síntomas de este se comparten con los síntomas de la enfermedad mental preexistente (Stough et al., 2017).

Desde el punto de vista biológico, algunas investigaciones parecen indicar que la alteración de regiones específicas del cerebro, especialmente, aquellas relacionadas con el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y la presencia de respuestas neuroquímicas atípicas ante el acontecimiento traumático, como un bajo nivel de cortisol y una elevada aceleración cardíaca, pueden facilitar el desarrollo de los síntomas depresivos, ansiedad y sintomatología postraumática que aparecen posteriormente a un acontecimiento de este tipo (véase la revisión de Pereda, 2012).

B) Experiencias de ataque infantil

Considerando los resultados de Colmer et al. (2016) en su revisión de los factores que pueden llevar a psicopatología infantil, y la revisión de Arnaiz et al. (2020) hablaremos a continuación de las experiencias vinculadas al ataque terrorista.

En primer lugar, se sabe que, al igual que sucede en adultos, una mayor exposición durante el ataque predice problemas de salud mental (Agronick, Stueve, Vargo y O'Donnell, 2007; Comer et al., 2014; Hoven et al., 2005). Así, dentro de los factores de vulnerabilidad asociados al ataque terrorista se encuentran: la proximidad física y el nivel y duración de la exposición de los niños a dichos ataques, así como, la falta de recursos sociales y materiales para responder a las consecuencias derivadas de éste (Murphy, 2010). En esta línea, en el estudio de Comer et al. (2014) se encontró que la prevalencia de TEPT 2-6 meses después del atentado de la maratón de Boston entre los adolescentes que habían asistido a dicha maratón era significativamente diferente y casi seis veces más elevada que la encontrada entre los adolescentes que vivían en Boston, pero que no habían asistido a la maratón (11% frente a 2%).

Los resultados de la revisión de Arnaiz et al. (2020) también sugieren que existe una relación directa entre el grado de exposición a los atentados y la prevalencia del TEPT en los niños y adolescentes afectados por esos atentados,

ya que la prevalencia media ponderada del TEPT entre los niños y adolescentes que vivieron directamente los atentados y que, incluso, fueron heridos en los mismos, es tres o seis veces mayor que entre los niños y adolescentes que vivieron los atentados más indirectamente, es decir, entre los niños y adolescentes que vivían o estudiaban en las zonas en las que se produjeron los atentados o que eran familiares o allegados de una persona fallecida o herida en los atentados: 59% frente a 10-21% (.) (Arnaiz et al., 2020, p. 187).

En esta dirección también apuntan las comparaciones directas entre tipos de víctimas en función de su grado de exposición a los atentados que aportaban algunos de los estudios incluidos en la revisión de Arnaiz et al. (2020). Por ejemplo, Geronazzo-Alman et al. (2019) descubrieron como la exposición directa a los atentados fue una de las variables que encontraron significativamente asociada con el nivel de sintomatología de TEPT de los niños y adolescentes de los colegios públicos de Nueva York seis meses después de los atentados del 11-S, incluso tras controlar el efecto de los síntomas depresivos y de duelo sobre la sintomatología de TEPT. En la misma línea, Comer et al. (2016) encontraron que una mayor sintomatología de TEPT se asoció de manera significativa a una mayor exposición a los atentados a través de internet y de las redes sociales. De hecho, aquellos adolescentes que mostraron un TEPT probable informaban de haber pasado cuatro horas o más diarias de exposición mediática al atentado de la maratón de Boston y a la persecución posterior de los terroristas que cometieron este atentado.

En segundo lugar, otra de las líneas de investigación futura a desarrollar tiene que ver con las diferencias en el estado psicológico de aquellos menores que residen en zonas donde el acto terrorista es un acontecimiento puntual, de aquellos que residen en zonas en las que éste acto es constante (Comer y Kendall, 2007).

Aunque la literatura general sobre trauma apoya una relación entre la cantidad de eventos traumáticos y la psicopatología infantil posterior, se han obtenido resultados contradictorios. Solomon y Lavi (2005) descubrieron como residir en las zonas con ataques terroristas más frecuentes se relacionaba con mayores niveles de sintomatología postraumática y, a su vez, la presencia de estos síntomas favorecía unas actitudes más favorables al proceso de paz. En el estudio de Ronen y colaboradores (2003) se observa cómo el grupo de estrés agudo, que habían recibido la influencia del terrorismo de modo puntual, presentaba mayores niveles de miedo, produciéndose una habituación por inoculación al estrés en el grupo sometido a terror constante. Sin embargo, en el grupo de estrés terrorista continuo, el hecho de presentar rasgos de ansiedad anula la habituación y produce

una sensibilización mayor en el joven, que se traduce en más síntomas de ansiedad y más miedo.

En relación con lo anterior, en la revisión de Arnaiz et al (2020) se mencionan los resultados del estudio de Pat-Horenczyk et al. (2016) sobre la relación entre la prevalencia de TEPT y la exposición continuada a atentados terroristas y a su amenaza. Según estos autores, existe una relación directa dosis-respuesta entre la exposición a los atentados y sus efectos sobre la salud mental en niños y adolescentes. Se menciona los resultados de los niños pequeños de Sderot, una ciudad de Israel castigada por continuos atentados con misiles desde que nacieron dichos niños y que aún continuaban en el momento de realización del estudio. Dentro de estos niños había un 45% que mostraba TEPT, porcentaje significativamente mayor que los encontrados entre los de Kiryat Shmona y Haifa (12% y 15%, respectivamente). En estas dos ciudades de Israel, aunque habían sufrido en el pasado atentados terroristas con misiles durante 33 días seguidos, no habían padecido ningún atentado terrorista en los últimos 6-18 meses.

En resumen, los resultados de la presente revisión confirman una relación directa entre el grado de exposición a los atentados y la prevalencia del TEPT que está en línea con los hallazgos obtenidos en población adulta sobre el incremento de la prevalencia TEPT en función del grado de exposición al atentado (García-Vera y Sanz, 2016) y con los hallazgos obtenidos en población infanto-juvenil sobre la relación dosis-respuesta entre el grado de exposición a los atentados y los niveles de sintomatología de TEPT y que fueron examinados en las revisiones previas de Comer y Kendall (2007) y Pereda (2013) (Arnaiz et al., 2020, p.187).

En tercer lugar, y en línea con lo anterior, otra cuestión que sugiere la investigación hasta la fecha es el hecho de que los problemas de conducta infantil pueden ser más susceptibles que los síntomas de TEPT a los efectos acumulativos de la exposición al terrorismo. Por ejemplo, en la revisión de Colmer et al. (2016) se citan algunas investigaciones que han encontrado que la exposición repetida al terrorismo se asocia con un aumento de la delincuencia y el consumo de sustancias entre los adolescentes israelíes. Sin embargo, con respecto a los síntomas del TEPT, otras investigaciones han informado que los jóvenes israelíes que viven en regiones que soportan un mayor número de ataques terroristas muestra menos síntomas de TEPT que los jóvenes israelíes que viven en regiones menos expuestas al terrorismo.

La investigación sobre adolescentes israelíes que han experimentado exposición al terrorismo ha descubierto que los sentimientos persistentes de peligro e inseguridad son mejores predictores de problemas de salud mental que la cantidad de exposiciones directas a estos ataques. Como se ha dicho con

anterioridad, los estudios en adultos también sugieren que los síntomas del TEPT no son necesariamente mayores entre los individuos que han estado expuestos de manera repetida al terrorismo en comparación con las personas expuestas a un solo ataque terrorista.

En quinto lugar, a la hora de valorar las repercusiones psicopatológicas del terrorismo en la infancia, resultan también muy importantes la valoración subjetiva de la situación y las reacciones peritraumáticas del niño como miedo, impotencia y/ o horror en el momento del ataque (Pfefferbaum et al., 2002). Dentro de estas reacciones emocionales inmediatamente después del acontecimiento traumático, que se pueden convertir en factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología, Pereda (2012) cita las investigaciones que aportan asociaciones positivas con los síntomas de estrés agudo (Gil-Rivas et al., 2004), la identificación con las víctimas (Otto et. al., 2007) y los sentimientos de inseguridad, preocupación, miedo o tristeza (Laufer y Solomon, 2006; Pfefferbaum et al., 2006).

Lo cierto es que la vivencia de diferentes acontecimientos traumáticos por parte del menor, además del acto terrorista, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología psicológica (Aber, gershoff, Ware y Kotler, 2004) más importante que una mayor o menor exposición de los niños y adolescentes al atentado.

En sexto lugar, otro elemento a tener en cuenta son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los niños ante un atentado terrorista. Se sabe que el malestar resultante de los atentados conduce al uso de estrategias de afrontamiento y a su vez estas afectan a dicho malestar (La Greca et al., 1996). Estudios empíricos de las reacciones de los niños ante desastres apoyan esta noción, ya que el afrontamiento parece estar asociado con la inadaptación. Laufer y Solomon (2009) observaron que aquellos menores más intolerantes ante ideologías políticas distintas a las propias, presentaban más riesgo de desarrollar TEPT asociado al terrorismo. Con respecto a estas estrategias, una de las variables que se ha relacionado con una mayor respuesta adaptativa es la percepción de control que el menor tenga de la situación (Wadsworth et al., 2004; Zeidner, 2005, citado en Pereda, 2012).

En línea con lo anterior, Pfefferbaum, Noffsinger, Wind y Allen (2013) revisaron la literatura existente sobre cómo afrontan los niños las situaciones de desastre y concluyeron que era necesaria una mayor aclaración de las conceptualizaciones del afrontamiento y cómo afecta este a la salud mental de los niños. Por ejemplo, en esta revisión se mencionan los resultados de Cardeña y colaboradores (2005),

los cuales encontraron que tres semanas después de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001, las estrategias de afrontamiento explicaron la mayor parte de la varianza en el estrés agudo de los adolescentes, incluso, teniendo en cuenta las variables demográficas. Además, en la revisión también se menciona que el afrontamiento parece estar asociado directa y positivamente con los síntomas de estrés postraumático (LaGreca et al., 1996; Falta y Sullivan, 2008; Pina et al., 2008; Stallard y Smith, 2007; Terranova et al., 2009), a pesar de algunos resultados contradictorios (por ejemplo, Udwin, Boyle, Yule, Bolton y O’Ryan, 2000; Yule, Udwin y Bolton, 2002). Por otra parte, el afrontamiento también parece estar asociado con síntomas de depresión en jóvenes que han sufrido desastres (Jeney-Gammon, Daugherty, Finch, Belter y Foster, 1993; Vigil y Geary, 2008). En esta línea, Stallard y Smith (2007) encontraron que el uso de rumiación, supresión de pensamientos y distracción se asociaron con mayores puntuaciones de estrés. Pfefferbaum et al. (2013) concluyen que es necesaria una mejor comprensión de las estrategias de afrontamiento presentes en los niños en el contexto de un desastre y terrorismo debido a que esto puede contribuir al desarrollo de programas de prevención e intervención los cuales fomentarán la resiliencia de los niños y las familias frente al trauma masivo.

En séptimo y último lugar, la exposición familiar al terrorismo también predice las consecuencias en la salud mental de los niños. Los niños que pierden a un ser querido en un ataque terrorista muestran tasas elevadas de síntomas de TEPT y duelo traumático en comparación con otros jóvenes expuestos (Hoven et al., 2009; Brown y Goodman, 2005; Pfefferbaum et al., 1999). Además, los niños cuyos padres pertenecen a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del estado (p. ej., agentes de policía, bomberos, etc.) son un grupo particularmente vulnerable (Comer et al., 2014; Duarte et al., 2006). Por ejemplo, después del atentado del maratón de Boston, la participación de un familiar en la persecución de los terroristas se relacionó significativamente con síntomas elevados de TEPT infantil, síntomas emocionales, hiperactividad y falta de atención (Hoven et al., 2009).

C) La recuperación posterior al ataque

Según la revisión de Colmer et al. (2016) deberemos considerar el entorno de recuperación posterior al ataque el cual puede ejercer una considerable influencia en la determinación de los resultados de salud del niño. Se conoce que las influencias del contexto, particularmente, las relacionadas con la familia, se han asociado en gran medida con la salud mental del niño.

En primer lugar, la presencia de psicopatología parental posterior al ataque ha sido estudiada en su influencia sobre los niños. Después de los ataques del 11 de

septiembre, la existencia del TEPT y depresión entre los padres aumentaron, en los niños en edad preescolar, el riesgo de desarrollo de problemas de conducta (Nomura y Chemtob, 2009; Chemtob et al., 2012).

En esta línea, las reacciones de los padres posteriores al ataque y el malestar de estos, se ha asociado con el malestar infantil y un aumento en los problemas de los niños después de sucesos terroristas. Por tanto, dentro de los factores de vulnerabilidad asociados al contexto de violencia terrorista se encuentran la respuesta de los cuidadores principales al atentado (Pfefferbaum et al., 2005). Por ejemplo, Kerns et al. (2013) encontraron, después del bombardeo del maratón de Boston, asociaciones significativas entre la angustia del cuidador y el funcionamiento del niño, incluso, después de tener en cuenta la relación entre el cuidador y la exposición traumática del niño. En particular, se encontraron asociaciones significativas entre la exposición a los bombardeos, los problemas de conducta infantil y los síntomas de TEPT entre los hijos de cuidadores muy angustiados.

En segundo lugar, se ha estudiado la existencia de una situación de estrés, derivada de una relación conflictiva con los padres, tras el atentado del 11 de septiembre de 2001 que incrementó el riesgo de TEPT un año después del atentado (Gil-Rivas, Holman y Silver, 2004). En esta dirección, otra variable estudiada dentro del contexto familiar tiene que ver con la existencia de discusiones domésticas relacionadas con el evento terrorista. Así Carpenter et al. (2015) constataron, después del atentado del maratón de Boston, que los jóvenes de esta ciudad mostraban mayores síntomas de TEPT cuando sus cuidadores no hablaron sobre los bombardeos y/o pidieron a otros que evitasen comentar estos sucesos frente a sus hijos. Igualmente, cuando los cuidadores continuaban expresando miedo y preocupación por la seguridad de sus hijos, los jóvenes tenían más síntomas de TEPT. En contraposición, los jóvenes del área de Boston mostraron un menor número de síntomas de TEPT cuando sus cuidadores expresaron confianza en su seguridad.

En tercer lugar, otra variable que se ha examinado han sido las interrupciones de la vida relacionadas con el ataque en la recuperación posterior al ataque. El medio ambiente también puede predecir qué los jóvenes posteriormente muestren problemas de salud mental más pronunciados. En las secuelas del terrorismo, las escuelas pueden cerrar por períodos de tiempo, las familias pueden verse obligadas a trasladarse, los viajes pueden interrumpirse y las consecuencias económicas relacionadas con los ataques pueden afectar al empleo de los padres y generar estrés familiar. Es importante destacar que cada una de estas interrupciones de la vida relacionadas con los ataques, a su vez, afectan al ajuste

posterior al ataque. Después de los ataques del 11 de septiembre, Comer et al. (2016) encontraron que los niños de Nueva York con un miembro de la familia que perdió su trabajo debido a los ataques tuvieron el doble de probabilidades de sufrir un probable trastorno de estrés postraumático y trastornos de ansiedad que los jóvenes en cuya familia no hubo pérdida de empleo. Además, los jóvenes de la ciudad de Nueva York cuyo recorrido habitual después del ataque en toda la ciudad estuvo restringido tenían casi el triple de posibilidades de presentar síntomas de TEPT y el doble de probabilidades de presentar ansiedad o depresión que los jóvenes cuyo recorrido habitual no estaba restringido. Similares resultados se han encontrado en la juventud israelí, demostrándose que mantener rutinas posteriores al terrorismo, incluida la dependencia continua del transporte público, predice mejores resultados de salud mental en los niños.

En cuarto lugar, en Pereda (2012) se señalan las investigaciones que estudiaron otras variables que aumentan el riesgo de síntomas de estrés tras el atentado: la presencia de síntomas de ansiedad u otros trastornos previos al acto terrorista, el uso de medicación psiquiátrica antes de éste (Calderoni et al., 2006), la existencia de lesiones derivadas de la exposición directa al terror (Scrimin et al., 2006), así como la pertenencia a etnias minoritarias (Lengua, Long, Smith y Meltzoff, 2005; Stein et al., 2004) se asoció con más síntomas postraumáticos en no caucásicos (Murphy, 2010). La presencia de heridas en el menor o en sus familiares (Pine y Cohen, 2002) también se considera otro factor de riesgo.

Por último, se hace necesario comentar que la mayoría de los estudios llevados a cabo sobre el impacto del terrorismo se centran en los aspectos negativos pero no analizan los aspectos positivos y los factores de protección que podrían desarrollarse en estos niños expuestos al terror por lo que en el próximo apartado profundizaremos en los mismos.

5.5 Factores de protección

Pereda (2012) cita las investigaciones que demuestran que hay niños y niñas que desarrollan emociones positivas, como resultado de esta experiencia. De hecho, parece posible desarrollar una mayor unión a los seres queridos, mayor gratitud ante la vida, más conductas altruistas, más seguridad y alerta, y sentimientos patrióticos y de unidad nacional (Whalen, Henker, King, Jamner y Levine, 2004). Incluso, parece posible desarrollar una mayor empatía hacia las víctimas y sus familias (Beauchesne, Kelley, Patsdaughter y Pickard, 2002). También se han encontrado en esta población de personas víctimas de terrorismo sentimientos de

crecimiento personal (Laufer y Solomon, 2006) y una proyección de futuro optimista (Solomon y Lavi, 2005).

Continuando en esta línea, destacamos que el crecimiento postraumático se ha estudiado en niños y adolescentes, lo que indica una asociación negativa con problemas de salud mental entre otros resultados positivos (Meyerson et al., 2011). De este modo, existen ciertos factores que protegen a los jóvenes de desarrollar síntomas patológicos tras haber sido víctimas o haber presenciado un ataque terrorista. Los más destacados son los siguientes:

A) Factores individuales:

La edad de la víctima puede ser un factor crítico indirecto en el desarrollo de síntomas tras el desastre ya que la edad estaba relacionada con el apoyo social. Por lo tanto, cuantos mayores eran los niños, estos eran más propensos a tener redes de apoyo que incluían más amigos, relaciones extrafamiliares y adultos. Sin embargo, el efecto protector del apoyo social entre iguales se daba sólo cuando la exposición al desastre era pequeña (Cobham et al., 2016). En la misma línea, se sabe que el funcionamiento positivo de los compañeros puede servir como factor de protección contra la aparición de problemas de salud mental después de la exposición al terrorismo. Por ejemplo, después del atentado del maratón de Boston, jóvenes del área de Boston con comportamientos muy prosociales y/o que presentaban pocos problemas con los compañeros realmente no mostraron asociaciones significativas entre la exposición al ataque y los síntomas del niño. En cambio, si se apreciaron vínculos significativos entre la exposición al ataque y síntomas infantiles entre los jóvenes del área de Boston con comportamientos poco prosociales y / o problemas con los compañeros.

También dentro de estos factores protectores individuales se ubica la autopercepción positiva, los mecanismos de afrontamiento previamente establecidos, la perseverancia y la autoestima (Tol et al., 2014).

En concordancia con los resultados del metaanálisis realizado por Yule, Houston y Grych (2019) que incluye más de 100 estudios realizados en los últimos 30 años y examina qué mecanismos protegen a los niños en diferentes contextos de violencia a los que son expuestos (como la violencia comunitaria), se ha hallado que los principales factores de protección provienen, en primer lugar, de los propios niños y, en segundo lugar, del apoyo social al que están expuestos. Con relación a los propios niños se valora su capacidad de autorregulación y de control sobre su conducta, sus emociones y sus impulsos, lo que suele conducir a desarrollar competencias emocionales, sociales y académicas. En dicho metaanálisis se señalan otros factores de protección, que tendrían en cuenta las

características individuales (como la percepción de autoeficacia, control y competencia y el uso de estrategias de afrontamiento).

B) Factores familiares:

La relación madre-hijo se ha estudiado como el moderador más esencial entre la exposición al trauma y el desarrollo de psicopatología. Esta comprensión ha sido evidente desde Freud y Burlingham que demostraron que durante la Segunda Guerra Mundial los niños pequeños mostraron más síntomas de angustia cuando fueron separados de sus padres lo cual ha sido corroborado en investigaciones posteriores. En este contexto, la reacción materna al estrés y la salud mental materna (p. ej., TEPT) predice las respuestas de los niños al trauma (p. ej., síntomas de estrés postraumático, problemas de comportamiento y quejas somáticas). Una madre con disponibilidad emocional, con capacidad de respuesta empática y contención sensible, la piedra angular de la teoría del apego (Bowlby, 1969), proporciona un marco regulatorio para el desarrollo de sistemas bioconductuales para el manejo del estrés.

De hecho, se ha descubierto que el apego es un mecanismo crucial en la resiliencia postraumática. Un estudio que examinó niños preescolares israelíes que vivían cerca de la Franja de Gaza, y estuvieron expuestos a situaciones de guerra a diario, descubrió que los niños en edad preescolar que desarrollaron TEPT aumentaron su comportamiento de evitación relacionado con el apego cuando se evocaban recuerdos traumáticos. Bajo las mismas condiciones, sin embargo, el comportamiento seguro relacionado con el apego se vio aumentado entre los niños que no desarrollaron TEPT (Feldman y Vengrober, 2011). Por lo tanto, estos autores concluyeron que los patrones de apego de la madre y su sensibilidad sirven como factores resilientes de la exposición al terrorismo. Por su parte, la relación padre-hijo y la relación triádica aún no se han investigado a fondo.

En la misma dirección, un estudio prospectivo de 2 años sobre niños en edad preescolar que experimentaron el trauma que amenaza sus vidas, ofrece otra forma de entender la relación madre-hijo sintomático (Scheeringa, Myers, Putnam y Zeanah, 2015). El estudio evaluó, 2 años después del evento experimentado, los síntomas de TEPT en estos niños, así como siete factores maternos examinados como mediadores o moderadores. Las variables mediadoras significativas incluyeron síntomas maternos (TEPT y depresión), escape materno o evitación como estrategias de afrontamiento y sensibilidad emocional. El estudio mostró que una mayor sensibilidad emocional de la madre pareció mediar el desarrollo de más síntomas de TEPT entre sus hijos. Los autores especularon que los síntomas

del niño pueden influir en los de los padres, apoyando los efectos bidireccionales entre padres e hijos.

En general, se conoce que las evaluaciones precisas de los padres de las reacciones de sus hijos ante el trauma y un apoyo familiar adecuado mejora la capacidad de afrontamiento de los niños después de un desastre. Además, también ha sido sugerido que la identificación de los padres de las estrategias de afrontamiento puede ser beneficiosa. Por ejemplo, se ha encontrado que, en respuesta a los ataques terroristas del 11 de septiembre, una menor angustia entre los adolescentes estaba asociada con las recomendaciones de los padres para utilizar estrategias de afrontamiento particulares, como reencuadre positivo, aceptación y expresión emocional, (Gil-Rivas, Silver, Holman, McIntosh y Poulin, 2007).

Por otra parte, se sabe que la conexión y cohesión familiar y las relaciones positivas con los padres se asocian a un menor riesgo de sufrir depresión y TEPT (Stough et al., 2017; Tol et al., 2014). Así, Yule et al. (2019) encontraron elementos del contexto familiar que son factores de resiliencia frente a la violencia como la puesta en marcha de estilos educativos democráticos y positivos por parte de los padres.

Otro aspecto que se ha estudiado es como la familia puede actuar como moderador ante los efectos en los jóvenes de la exposición a presentaciones de noticias sobre riesgos hipotéticos de terrorismo. Por ejemplo, Comer y sus colegas descubrieron que las reacciones de los niños a las noticias sobre la posibilidad futura de terrorismo, después de los ataques del 11 de septiembre, son maleables cuando se entrena a las madres en afrontamiento y alfabetización mediática. Se trata de un enfoque que enfatiza el papel de los padres en: (a) modelar la percepción de seguridad y calma, (b) desafiar los sentimientos negativos y/o percepciones desadaptativas sobre la probabilidad de que sus hijos sean víctimas directas de un ataque terrorista, (c) educar a los niños sobre los medios de comunicación, en concreto, sobre la naturaleza dramática de estos y la falta de proporcionalidad inherente a las noticias breves, y (d) introducir aspectos positivos y esperanzadores del panorama mundial. En este ensayo, las madres entrenadas en este enfoque y sus hijos percibieron menor amenaza y presentaron menor vulnerabilidad después de ver continuamente noticias relacionadas con el terrorismo.

C) Factores de la comunidad:

Los factores sociales también afectan las reacciones y el afrontamiento de los niños. Específicamente, las escuelas y las comunidades influyen enormemente en

los niños, mientras que estos continúan aún tratando de comprender el entorno social en el que interactúan mientras se recuperan de un evento traumático.

Los descubrimientos empíricos confirman la importancia de los factores sociales y el apoyo en las reacciones a la violencia masiva de los niños, incluido el apoyo de las personas, las escuelas y la sociedad en general. Por ejemplo, el apoyo social y conexión con la escuela son agentes protectores de síntomas internalizantes así como de ansiedad y depresión (Tol et al., 2014). El apoyo social también afecta a la resiliencia de la familia durante períodos de trauma prolongado (Pynoos, Steinberg y Piacentini, 1999). Por su parte, el apoyo social percibido se asocia con niveles más bajos de depresión materna y menos síntomas postraumáticos y diagnósticos de TEPT en niños (Dybdahl, 2001; Feldman y Vengrober, 2011).

En esta dirección, Udwin et al. (2000) encontraron que la falta de percepción y recepción del apoyo social se ha correlacionado con el desarrollo y la duración del TEPT. Similares resultados obtuvieron La Greca et al. (1996). Estos autores descubrieron que los niños que informaban niveles altos de apoyo social de otras personas importantes para ellos durante los 3 meses inmediatamente posteriores al huracán Andrew tuvieron menos síntomas de estrés postraumático a los 10 meses.

La relación entre el apoyo de la comunidad y el afrontamiento de los niños es compleja, ya que los hallazgos indican resultados tanto positivos como negativos. Mientras recibir apoyo profesional o comunitario puede estar asociado con un aumento del malestar (Pina et al., 2008; Vigil y Geary, 2008), no hay evidencia suficiente hasta la fecha que indique una relación causal. Como sugirieron Vigil y Geary (2008), quizás algunos aspectos particulares del apoyo resulten en una reexperimentación inoportuna del desastre, o recibir apoyo en sí mismo exacerba las percepciones de vulnerabilidad o estigmatización. Sin embargo, una cuestión más importante puede ser la interacción entre las reacciones al desastre de los niños y los padres.

De acuerdo con los resultados del metaanálisis realizado por Yule et al. (2019) que examina qué mecanismos protegen a los niños en deferentes contextos de violencia a los que son expuestos (como la violencia comunitaria), se ha hallado que el apoyo social constituye un factor de protección. Este incluye tanto a los miembros de su propia familia como a la escuela, especialmente a sus profesores y sus amigos, cuando sus padres no pueden ofrecer el apoyo necesario.

Se ha sugerido que los beneficios del apoyo de la comunidad para los niños afectados pueden estar influenciados principalmente por las evaluaciones de estrés, la severidad de las reacciones y las estrategias de afrontamiento de sus

padres. Por otra parte, parece que la realización de actos patrióticos y la implicación en acciones de ayuda a la comunidad son frecuentes en un alto porcentaje de niños como un elemento positivo. Sin embargo, en algunos de los estudios se ha relacionado con una mayor presencia de síntomas de TEPT (Brown y Goodman, 2005).

Por último, resulta relevante comentar los resultados de aquellas poblaciones y minorías étnicas que pueden sufrir los efectos del terrorismo de modo indirecto y que han señalado sentimientos de marginación y discriminación en sus contextos por este motivo. Rousseau y Jamil (2010), en un estudio basado en la familia con padres musulmanes del sur de Asia y sus hijos para explorar las respuestas de afrontamiento descubrieron que, a pesar del impacto negativo del terrorismo para muchas minorías musulmanas y comunidades árabes, habían surgido estrategias de afrontamiento positivas en estas familias. Por ejemplo, entre jóvenes en edad universitaria, había un mayor sentido de cohesión comunitaria en sus comunidades musulmanas locales (Ewing y Hoyler, 2008), la divulgación y los esfuerzos positivos para crear conciencia entre los musulmanes en su campus (Peek, 2003) y en la sociedad. Esto puede ser en parte una respuesta de género, ya que las mujeres musulmanas sentían una fuerte responsabilidad moral de mostrar una imagen positiva de sí mismas y de sus comunidades a la sociedad de acogida externa y para proteger a sus familias del conocimiento de la discriminación que han experimentado (Zaal et al., 2007).

En todo caso, son necesarios más estudios, pues solo el conocimiento preciso de qué factores de protección ayudan al niño a superar las situaciones de violencia producidas por el terrorismo y la violencia masiva nos permitirá poner en funcionamiento estrategias de prevención e intervención necesarias para conseguir un desarrollo positivo y el logro de una vida en la adultez caracterizada por buena salud mental y calidad de vida.

5.6 Conclusiones

El terrorismo es un fenómeno con consecuencias sociales, políticas, económicas, filosóficas, jurídicas y psicológicas que requiere la intervención de diferentes disciplinas. De ahí que desde la Psicología se haya convertido en objeto de estudio la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas, aunque, esta investigación está sesgada hacia los atentados terroristas que se han producido en países desarrollados y presenta problemas para generalizar sus resultados a los actos terroristas que ocurren en los países menos

desarrollados, los cuales representan el porcentaje más significativo del problema (García-Vera y Sanz, 2011).

Es muy importante considerar este impacto que genera el terrorismo en el bienestar psicológico, familiar, espiritual y social de las personas. Esto nos lleva a la necesidad de amortiguar el desarrollo de trastornos de salud mental a medio y a largo plazo y las repercusiones negativas en la calidad de vida. También hemos abordado los factores de riesgo de desarrollar psicopatología como consecuencia del terrorismo, que deben de ser comprendidos y valorados de cara a prevenir la aparición y / o el mantenimiento de esta sintomatología clínicamente significativa. Necesitamos conocerlos para que de esta forma los programas de intervención psicológica y de prevención obtengan resultados positivos de salud mental en las familias, las escuelas y la comunidad.

Es necesario focalizar la atención sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo en las personas. Estas dificultan notablemente el funcionamiento diario de las mismas y obstaculizan su proceso de recuperación después de la experiencia traumática. En base a la literatura revisada, García-Vera y Sanz (2016) establecen las siguientes conclusiones:

1. Al igual que con otras situaciones traumáticas, después de un ataque terrorista pueden surgir una gran variedad de síntomas psicológicos y trastornos mentales diagnosticables, siendo el más común el TEPT. En el caso del TEPT, las revisiones indican que un 18-40% de las víctimas directas desarrollarán dicho trastorno (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015), porcentajes que superan con creces la prevalencia del TEPT en la población general. Aunque si bien, también, es cierto que, después de un atentado terrorista, el porcentaje de víctimas que no presentan dicho trastorno es mayor que el porcentaje de aquellos que sí lo hacen, y conseguirán superar la situación con sus recursos psicológicos habituales.
2. Además del TEPT, como consecuencia de los actos terroristas pueden aparecer otra serie trastornos mentales como el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad (especialmente el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia por agorafobia) y los trastornos por abuso o dependencia de sustancias. Los porcentajes de víctimas que mostrarán esos otros trastornos estarán muy por encima de su prevalencia en la población general (García-Vera y Sanz, 2016).

3. Con relación a los tipos de víctimas que se verán más afectadas, se sabe que los trastornos psicológicos pueden aparecer tanto en víctimas directas como indirectas, entre las que incluimos los familiares de fallecidos y heridos, los residentes de las zonas o ciudades afectadas y el personal de emergencias, rescate y recuperación. En todas las víctimas, la prevalencia de los trastornos mentales estará por encima de su prevalencia en la población general, aunque la prevalencia será más alta entre las víctimas directas y los familiares de los fallecidos y heridos que entre el personal de emergencias, rescate y recuperación o entre las personas de las zonas o ciudades afectadas (García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2015).
4. Con relación al curso de estos trastornos se puede esperar una reducción significativa en el número de personas afectadas por el TEPT con el paso del tiempo. Sin embargo, esta reducción no es la misma en todos los tipos de víctimas ni sigue el mismo curso (García-Vera y Sanz, 2016). Como bien plantean estos autores, la reducción es más evidente en las personas de la población general de las comunidades afectadas y en el personal de emergencia y rescate, y es, relativamente, menos o más lento en el caso de los heridos y de sus amigos y familiares o en el caso de las víctimas mortales. En relación con el curso de los trastornos depresivos y de ansiedad en las víctimas del terrorismo, sucede algo parecido. (García-Vera y Sanz, 2010).
5. Incluso a muy largo plazo (después de 5, 10 o 20 años desde los atentados), habrá un porcentaje muy importante de víctimas directas y de familiares de heridos o fallecidos que seguirán presentando trastornos psicológicos, cuya prevalencia será muy superior a la de la población general de España (García-Vera y Sanz, 2016).

Por consiguiente, se ha señalado que tanto las víctimas directas como indirectas de los atentados terroristas y, especialmente los familiares directos de los fallecidos y heridos *“necesitarán un seguimiento psicológico y una atención psicológica a corto, medio, largo y muy largo plazo”* (García-Vera y Sanz, 2016, p. 7). Asimismo, estos autores recomiendan que sus conclusiones debieran tenerse en cuenta en los procedimientos de evaluación, intervención y tratamiento que se pongan en marcha con las víctimas del terrorismo.

Desde el punto de vista de la Psicología clínica, es necesaria una adecuada delimitación de la afectación psíquica que supone para la persona este trauma teniendo en cuenta no sólo las repercusiones a nivel personal, sino también, a nivel familiar y sociolaboral (tema sobre el que volvemos más adelante). Solo una

correcta valoración de las secuelas en todos estos niveles de funcionamiento facilita prestar una asistencia de calidad a las víctimas del terrorismo.

La investigación sugiere que los civiles expuestos directamente al trauma de guerra y el terrorismo tienen un mayor riesgo de sufrir una serie de reacciones negativas posteriores a la exposición. Por el contrario, la exposición breve e indirecta generalmente implica un menor riesgo de problemas de salud mental a largo plazo entre la población general. Desde una perspectiva ecológica, es importante valorar la influencia del contexto socioeconómico, político y cultural donde convive la persona, en el cual pueden existir numerosos factores de riesgo para la salud mental y el ajuste psicosocial de las víctimas del terrorismo (por ejemplo, abandono social e institucional, precariedad económica, pertenencia a colectivos vulnerables, impacto negativo de medios de difusión y redes sociales, escasos recursos de atención de salud mental, etc.). Además, los estudios demuestran que la exposición al trauma comúnmente interactúa con numerosos factores intrapersonales que pueden explicar el riesgo diferencial de psicopatología postraumática, depresiva y ansiosa, así como el abuso de drogas y alcohol que se observa después de que una población ha estado expuesta a un trauma.

Específicamente, se demuestra la importancia de las evaluaciones de las actitudes disfuncionales, la personalidad, el tipo de apego, la vulnerabilidad personal (traumas previos, trastornos mentales preexistentes etc.), los problemas en la regulación emocional, las estrategias de afrontamiento y del apoyo social percibido con el objetivo de planificar el tratamiento de salud mental y los programas de prevención entre las víctimas de la violencia masiva.

En resumen, sobre la base de los resultados arrojados por los estudios que hemos expuesto en este apartado, se subraya la necesidad de evaluar los procesos tanto contextuales como intrapersonales en poblaciones que han estado expuestas al terrorismo, así como, la necesidad de considerar el papel de los factores protectores interpersonales. Como ejemplo de estos últimos tenemos los factores familiares, escolares y laborales, que pueden actuar como amortiguadores del impacto producido por la victimización. En particular, destacamos la gran influencia de la familia como mediadora del impacto del terrorismo en niños y adolescentes. En esta línea, las intervenciones psicosociales tempranas pueden crear o mantener redes de apoyo que pueden ser útiles para aliviar la repercusión psicológica a largo plazo de la exposición a traumas relacionados con la guerra y el terror. Estos hallazgos también subrayan la importancia de la percepción que tienen las personas de la disponibilidad de recursos interpersonales como una principal fuente de resiliencia.

Sin embargo, a pesar de todos los resultados expuestos en materia de consecuencias psicopatológicas del terrorismo y de los factores de riesgo y de protección implicados en su génesis y mantenimiento, aún quedan muchos interrogantes por esclarecer al respecto (García-Vera y Sanz, 2011; 2016).

Por otra parte, en este capítulo hemos revisado la literatura que describe las consecuencias de los eventos terroristas para niños en edad preescolar, en escolares y adolescentes. Como se ha apreciado, el impacto psicológico del terrorismo sobre ellos constituye un problema de considerable magnitud, si tenemos en cuenta el riesgo de trastorno que existe en los menores expuestos a actos terroristas y el pronóstico desfavorable para el desarrollo que se asocia a los trastornos no tratados en la infancia (Pereda, 2012). Estos niños se encuentran en etapas críticas de su desarrollo por lo que son más vulnerables que los adultos a la exposición al terrorismo. En particular, se ha hecho especial alusión a como el desarrollo de los bebés y niños en edad preescolar se caracteriza por cambios múltiples, rápidos y complejos, a nivel fisiológico, cognitivo, y emocional. Como consecuencia, pueden verse profundamente afectados por el trauma.

Soto Castro (2020) señala cómo la violencia, ya sea por su acción física sobre los niños, pero también por el estrés crónico asociado a la misma, puede dañar de modo anatómico, estructural y funcional estructuras cerebrales que se encuentran en proceso de maduración, generando graves consecuencias que pueden ser duraderas en el tiempo e, incluso, irreversibles (Amaro, 2018).

En conclusión, puede decirse que las consecuencias de la exposición al terrorismo entre los niños y adolescentes pueden ser graves y profundas. Los efectos de la exposición varían desde síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad, hasta problemas de conducta y abuso de sustancias, así como resultados biológicos que pueden ser neurológicos, neuroendocrinos, fisiológicos, o epigenéticos. Se han detectado trastornos del sueño, tendencias suicidas y una calidad de vida reducida en general. Por otra parte también se han constatado síntomas de hiperactividad, impulsividad y problemas con otros jóvenes. Son muy necesarias las investigaciones acerca del curso y pronóstico de las consecuencias psicopatológicas del terrorismo sobre los niños y adolescentes. Considerando la frecuencia de incidentes recientes de terrorismo en el mundo y sus repercusiones psicopatológicas sobre la población infanto-juvenil, se requiere de más investigación que profundice en dichas consecuencias a corto, medio y largo plazo, y en las variables que forjan su resiliencia. La comprensión del papel de las variables psicosociales y biológicas puede ayudarnos a mejorar la resiliencia y la preparación para los actos terroristas, así como ayudar en la construcción de

programas de preparación e intervención orientados a los niños que sufren estos efectos.

Además, hemos descrito las variables mediadoras y moderadoras que influyen en la relación evento-consecuencias psicopatológicas, que incluyen no sólo la existencia de síntomas y trastornos mentales diagnosticables, sino las dificultades en el funcionamiento diario para estos niños y niñas. Es necesario comprender y, a su vez, conocer mejor las necesidades clínicas de la mayoría de los niños y jóvenes afectados por el terrorismo en todo el mundo. El conocimiento de estas necesidades es indispensable para la intervención psicológica y, más allá, para la creación de políticas victímales basadas en estas necesidades. Esto sería imprescindible en una atención de calidad a las víctimas del terrorismo. Pero también para garantizar a estos niños una vida adulta libre de traumas y de problemas emocionales o de conducta.

La capacidad de los niños para adaptarse a las consecuencias del terrorismo se encuentra directamente relacionada con la capacidad que tengan los diferentes contextos en los que éste se desarrolla (familia, escuela, comunidad) para adaptarse a la situación (Comer y Kendall, 2007). Por consiguiente, son necesarios modelos ecológicos que tengan en cuenta el impacto del terrorismo, considerando los diferentes niveles que rodean a la persona desde el nivel macro hasta el micro.

Se hace necesario comentar que los adultos normalmente desdramatizan la violencia vivida por los niños y adolescentes y las consecuencias negativas sobre ellos (posiblemente por desconocimiento real, o también por el malestar que les causa no haberla podido evitar). En este sentido, puede haber negación de los efectos del terrorismo sobre los niños. Los adultos afectados por un trauma masivo pueden no tener la capacidad psicológica o los medios para ayudar a los niños, y pueden subestimar o pasar por alto el apoyo que los mismos necesitan (Belter y Shannon, 1993; Silverman y La Greca, 2002). Por consiguiente, incluso conociendo el malestar de estos, se pueden mostrar resistentes a solicitar ayuda. De ahí que la mayoría de los niños y jóvenes afectados por actos terroristas no llegan nunca a recibir atención especializada (Comer y Kendall, 2007). Por lo tanto, el riesgo que supone que no reciban una ayuda especializada es preocupante por lo que su atención es un asunto de interés público nacional (Pereda, 2012).

Como bien plantea esta última autora, “el impacto psicológico del terrorismo en los niños y adolescentes constituye un grave problema de salud pública sobre el que se ha investigado muy poco en nuestro país”, a pesar de que presentamos una larga historia de violencia terrorista. En esta dirección, se hace necesario un

seguimiento de estos menores por parte de profesionales formados específicamente en este ámbito (Pereda, 2012).

En definitiva, podemos considerar que el terrorismo se convierte en un problema vinculado a la salud pública. Debido a que el concepto de resiliencia se ha incrementado notablemente dando lugar a una abundante literatura científica, muchos profesionales, científicos, gestores y políticos desde el área de la salud mental y forense centran su atención en las expectativas de recuperación natural de la mayoría de las personas afectadas por esta situación (Foa et al., 2005). García-Vera et al. (2016) plantean que esta situación pueda conducir a un grave peligro: la posible cronificación de estos problemas, debido a que los tratamientos psicológicos adecuados no se administren a las personas que lo necesitan o que tarden demasiado tiempo antes de ser aplicados a estos pacientes.

En el próximo capítulo valoramos el impacto de las consecuencias psicológicas del trauma, generado en contextos de guerra y terrorismo, en las dinámicas familiares y de pareja.

Capítulo III

Impacto del terrorismo sobre el funcionamiento familiar y las relaciones de pareja

1. Introducción

Los estudios sugieren los efectos amplios y duraderos de la exposición a ataques terroristas en múltiples dominios dentro de la familia, incluida la cohesión familiar, la satisfacción de los padres, las relaciones con los cónyuges, las estrategias de afrontamiento de los mismos, la identidad propia de los cónyuges, así como funcionamiento emocional de las parejas y las familias, y la seguridad de los niños (Galovski y Lyons, 2004; King, King, Vogt, Knight y Samper, 2006; Weinberg, 2011). Ese impacto en el funcionamiento familiar de los eventos traumáticos se ha demostrado que puede ser factor de riesgo para el desarrollo de las consecuencias psicopatológicas de estos sucesos, que a su vez influyen en el funcionamiento familiar.

La importancia de estudiar los resultados de salud mental de los adultos y niños expuestos a sucesos traumáticos en el contexto de su sistema ecológico social (con un énfasis principal en el sistema familiar) está aumentando y cada vez se convierte en un área de interés para los investigadores.

En particular, la infancia es la época de mayor dependencia hacia los padres y las familias, y eventos traumáticos tienden a afectar a toda la familia en lugar de solo a los individuos. Es necesario mirar a los padres y los factores relacionados con la crianza de los hijos, así como con la familia en general, para tratar de comprender a los niños después de la exposición a la violencia masiva. Los padres proporcionan apoyo social y de otro tipo; sirven como modelos a seguir para el afrontamiento ineficaz y pueden contribuir al desarrollo o exacerbación de resultados negativos de salud mental (Compas y Epping, 1993). A menudo, los padres y los cuidadores adultos son afectados por los hechos y necesitan ayuda, lo que se refleja en su mayor utilización de los servicios de salud. Como ya se ha dicho, el apoyo social familiar puede aliviar el impacto de la exposición a trauma en niños y adolescentes.

En este capítulo abordamos las dificultades en el funcionamiento familiar a raíz de la violencia masiva, y particularizamos en el fenómeno terrorista. Además, dado

que no todas las personas y sus familias se ven impactados por el trauma de manera negativa, explicamos la resiliencia de las familias y parejas en contextos de guerra y terrorismo.

Por otra parte, como ya hemos mencionado en el presente libro, el TEPT es el trastorno mental más común en víctimas de terrorismo. Además, tanto los trastornos de ansiedad como la depresión tienen una prevalencia bastante alta en esta población, bien sea en comorbilidad con el TEPT o de modo aislado. Así mismo, otra categoría diagnóstica que se ha estudiado en víctimas de terrorismo son los duelos traumáticos.

En este apartado examinamos, también, la asociación que existe entre estos trastornos, y/o la sintomatología clínicamente significativa de este tipo, y los problemas de relación de parejas y el funcionamiento familiar. Los teóricos han sostenido durante mucho tiempo que la descripción de la conducta interpersonal es fundamental para la comprensión de la psicopatología. A su vez, las consecuencias psicopatológicas de los eventos traumáticos influyen sobre el funcionamiento familiar.

En esta línea, un problema encontrado radica en que la mayor parte de los estudios sobre la depresión, los trastornos de ansiedad, el duelo y el estrés postraumático se han centrado en las personas en lugar de considerar cómo se insertan estos trastornos en el contexto relacional (Bodenmann y Randall, 2013; Ugazio, 2013). Las influencias del diagnóstico de depresión, además de la persona afectada, se hacen sentir en sus relaciones interpersonales (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2011, citado en Sharabi, Delaney y Knobloch, 2015). Los trastornos de ansiedad también se asocian con los problemas de relación de pareja, incluyendo el trastorno de pánico, las fobias y el trastorno de ansiedad generalizada. Igual sucede con los duelos traumáticos.

Con relación al impacto del TEPT en las relaciones de pareja donde uno o ambos miembros resultaron víctimas del terrorismo, la mayor parte de lo que se conoce sobre la asociación entre este trastorno, el ajuste de pareja y el funcionamiento de este tipo de relación se deriva de la investigación sobre los veteranos de guerra o en parejas en situaciones en las que el despliegue de los hombres era obligatorio. La mayor parte de la literatura existente implica muestras de hombres veteranos de guerra y sus cónyuges y son relativamente menores los estudios que incluyen a mujeres sobrevivientes de un trauma en estado militar o civil (Lambert, Engh, Hasbun y Holzer, 2012). La realidad es que hay un conocimiento muy limitado centrado en las parejas no combatientes expuestos a la guerra y al terrorismo, a pesar de dicha exposición a los conflictos en Oriente Medio, África y otros lugares.

El TEPT es el trastorno emocional más común que sufren los soldados de combate, y, por tanto, el que más se ha estudiado por parte la comunidad científica, seguido de la depresión y otros trastornos de ansiedad. En esta dirección, en este capítulo reflejamos los resultados algunas investigaciones en muestras civiles que también reflejan la asociación entre el TEPT y la calidad de la relación de pareja y el funcionamiento familiar.

En este apartado explicamos, también, el impacto del TEPT en la calidad de la relación de pareja y en el funcionamiento familiar, enfatizando en la complejidad de estas asociaciones y explicando la existencia de variables moderadoras en esta relación. Para ello nos basamos en las investigaciones realizadas con los veteranos de guerra, otras poblaciones traumatizadas y, por último, las investigaciones con víctimas del terrorismo. Además, explicamos algunos modelos clínicos de estrés traumático sistémico.

2. El impacto de la violencia masiva sobre las familias

Una premisa sistémica básica, a la hora de entender el impacto de un evento traumático sobre las familias, es que las crisis graves y los desafíos vitales persistentes impactan sobre toda la familia y, a su vez, los procesos transaccionales claves median la adaptación para todos los miembros, sus relaciones y la unidad familiar. Los factores estresantes o una cascada de tensiones pueden afectar el funcionamiento familiar, con repercusiones a lo largo de todo el sistema. Se sabe que es más probable que los eventos estresantes de la vida afecten negativamente el funcionamiento cuando son bruscos e inesperados, cuando son severos o persistentes, o cuando múltiples factores estresantes generan efectos acumulativos.

Los efectos de la exposición al evento traumático pueden ser vividos por todos los miembros de la familia, por un solo miembro mientras está separado de la familia, por un miembro de la familia debido a otro miembro (como el caso de abuso infantil con incesto) o por toda la familia como resultado de los síntomas de TEPT de una persona dentro del sistema.

Puede ser que cuando se produce un trauma compartido en el sistema familiar, los miembros de esta tengan distintos niveles de exposición real y percibida a los acontecimientos estresantes con diferentes grados de respuesta postraumática. La respuesta individual dependerá de diferentes factores como patologías previas,

historial previo, personalidad, etc. Estas diferencias pueden llevar a diferentes necesidades terapéuticas dentro de una misma familia.

En esta dirección, Saltzman et al. (2008) plantean que los miembros de la familia pueden ser una fuente de apoyo central frente a un trauma y se ha sugerido que las dificultades en el funcionamiento familiar pueden llevar a la patología, citando varias investigaciones que hablan al respecto. Por ejemplo, se sabe que las familias caóticas, distantes y ansiosas tienden a aumentar el riesgo de TEPT en los niños. (Perry y Azad 1999). En la misma línea, Green et al. (1991) encontraron que los niños de familias deprimidas y caóticas eran más propensos a desarrollar síntomas de TEPT después de un desastre natural. Finkelhor (1996) identificaron las relaciones conflictivas entre padres e hijos como un poderoso predictor de que un niño desarrolle síntomas de TEPT después de un trauma. Los niños de familias en las que los padres informaron mayores dificultades con la comunicación y la supervisión, y menores niveles de interacción positiva en el subsistema padre-hijo, tenían más probabilidades de acudir a un tratamiento basado en la familia para el TEPT posterior a una exposición traumática. El retraimiento de los padres, el exceso de protección y la preocupación excesiva relacionada con el trauma se han identificado como factores relacionales que pueden agravar indirectamente los síntomas de estrés traumático del niño (Scheeringa y Zeanah 2001).

Relacionado con lo anterior, si los padres sufren síntomas de TEPT, sus hijos pueden tener dificultades para manejar sus propias reacciones al trauma de lo cual se habla en el apartado siguiente. Igualmente abordaremos cómo las experiencias o reacciones de estrés traumático de un niño también pueden ser traumáticas para los padres.

En particular, para entender el impacto de la violencia masiva sobre las familias, acudiremos a a la explicación ofrecida por algunas perspectivas teóricas. Se sabe que afecta el bienestar individual y el funcionamiento familiar. Dentro de estos enfoques teóricos mencionamos la Teoría COR (Hobfoll 1988, 1998, 2002, citado en Hobfoll, Horsey y Lamoureux, 2008) que se está aplicando una variedad cada vez mayor de circunstancias familiares, incluida la violencia masiva. Según la misma, la tensión es el resultado de la pérdida real o la amenaza de pérdida de recursos u objetos, características personales, condiciones o energías que son valoradas por el individuo o que sirven como medio para la consecución de recursos adicionales. Hay diferentes tipos de recursos: recursos de objeto, recursos de condición, recursos personales y recursos de energía. La teoría COR reconoce que la pérdida de recursos a nivel grupal o comunitario impide afrontar la situación a nivel individual o familiar. Hobfoll (1989) usó el término "espirales de pérdidas" para reconocer que, en entornos ya empobrecidos, es probable que las

pérdidas de recursos generen pérdidas adicionales (MacDermid, 2010). El primer principio de la teoría COR es que la pérdida de recursos es desproporcionadamente más importante que la ganancia de recursos. El segundo principio de la teoría COR es que las personas deben invertir recursos para protegerse contra la pérdida de recursos, recuperarse de las pérdidas y obtener recursos. Cuando tienes un recurso personal, es probable que obtengas los otros también. Incluso el apoyo social, que es un reflejo del entorno social, está altamente correlacionado con la posesión de fuertes recursos personales (Hobfoll, et al., 2008).

Otra teoría que se ha abordado con estos fines es la del estrés familiar. Esta teoría propone que los eventos estresantes imponen potencialmente demandas disruptivas, pero en este caso la atención se centra en las respuestas de las familias más que de los individuos. Las demandas excesivas pueden provocar crisis que alteren el funcionamiento de la familia, a veces gravemente. Dos constructos de estrés familiar son de particular interés: los factores estresantes catastróficos y la ambigüedad de los límites. Según la teoría, si un factor estresante resultante es catastrófico o no, está determinado no solo por las propiedades del factor estresante sino, también, por los recursos y evaluaciones familiares.

Estos dos enfoques reconocen que la acumulación de factores estresantes puede agravar el trauma inicial. La evidencia acumulada es muy consistente con la noción de que las pérdidas más severas y generalizadas de recursos generarán una patología más grave y generalizada en los individuos y las familias. Se sabe que la violencia masiva puede perturbar tanto la estructura como el funcionamiento de las familias de manera profunda y duradera. Por ejemplo, la capacidad de llevar a cabo funciones familiares, incluido el matrimonio, la procreación y crianza de los hijos y la asignación de responsabilidades familiares. En esta dirección, la violencia masiva altera los patrones de la estructura familiar y la asignación de roles. Los miembros de la familia han tenido que asumir roles que no esperaban y para los que no estaban preparados. En particular, supone un gran desafío para los niños ya que estos son especialmente susceptibles a estos cambios. Estos problemas pueden mantenerse a muy largo plazo de sucedido los atentados.

Por otra parte, la importancia de estudiar los resultados de salud mental de los niños expuestos al terrorismo en el contexto del sistema familiar está aumentando. Como se ha explicado anteriormente, es necesario mirar a los padres y los factores relacionados con la crianza de los hijos, así como con la familia en general, para tratar de comprender a los niños después de la exposición a la violencia masiva. Específicamente en el contexto de terrorismo, los factores familiares previos al ataque deberán de ser tenidos en cuenta para poder entender

la psicopatología que se desarrolla en las familias. Así por ejemplo, la demografía familiar, los ingresos, el empleo y la educación de los padres pueden contribuir a la exposición de los niños a los desastres (Stough, et al., 2017).

2.1 Factores familiares asociados a problemas de salud mental

La literatura ha estudiado diferentes factores familiares que se pueden ver afectados con la exposición a los eventos traumáticos y, en particular, al terrorismo que están relacionados con los problemas de salud mental de los niños y adolescentes. A continuación los vamos describiendo, aunque hay que decir que pocos estudios han examinado el conjunto del sistema familiar posterior a los ataques terroristas.

En primer lugar, se sabe cómo los estilos de crianza afectan a los síntomas de estrés postraumático. En Cobham et al. (2016) se citan las investigaciones al respecto. En particular, un estilo parental típicamente hostil puede descuidar las necesidades emocionales de los niños. Por otro lado, el cambio de la crianza de los hijos tras el evento hacia un estilo más ansioso en el que hay poca promoción de la autonomía, más comunicación de peligro y sobreprotección puede aumentar el riesgo de los niños de desarrollar síntomas de TEPT. En general, una crianza basada en el miedo y la ansiedad, que conduce a la sobreprotección, (según la perciben tanto los padres como los jóvenes) puede ser otra vía que aumenta la vulnerabilidad. En esta dirección, el contexto del 11-S afectó a la crianza de los hijos, con diferentes consecuencias según las etapas del desarrollo del niño (Mowder, Guttman, Rubinson y Sossin, 2006). En los niños pequeños, la asistencia de los padres para hacer frente a la exposición a los medios y la apertura emocional de los padres jugó un papel importante (Lutz, Hock y Kang, 2007; Phillips, Prince y Schiebelhut, 2004). También hay evidencia de que entre los padres que viven en barrios desfavorecidos en Chicago, las prácticas de crianza negativas (particularmente conductas y reglas de supervisión) aumentaron después de los eventos del 11 de septiembre (Henry, Tolan, y Gorman-Smith, 2004).

Existe otro estudio que describe las respuestas de los padres, específicamente después de los ataques terroristas del 11 de septiembre, y examina la crianza de los hijos antes este evento, el temperamento del niño, y la paternidad específica como predictores del estrés postraumático de los niños entre aquellos que estaban geográficamente distantes de los lugares del ataque (Wilson, Lengua, Meltzoff y Smith, 2010). Este estudio sugiere que una relación positiva entre padres e hijos puede reducir los síntomas de estrés postraumáticos. Sin embargo,

la medida en que la crianza de los hijos se relaciona con las respuestas de estrés depende del temperamento de los niños. Una falta de crianza cálida en el contexto del estrés podría ser un problema para los niños de alta emocionalidad negativa, ya que pueden recibir menor ayuda con la regulación de las emociones durante los eventos negativos. En este sentido, cuando los padres rechazan y son inconsistentes, los niños con poco autocontrol pueden ser particularmente vulnerables. Las experiencias estresantes pueden resaltar las dificultades que ya tienen con la regulación de las emociones, poniéndolos en riesgo de desarrollar pensamientos intrusivos o emociones negativas intensas. Por consiguiente, mejorar las interacciones entre padres e hijos y ayudar a los padres a que con sus propias respuestas contribuyan al desarrollo de habilidades de autocontrol en sus hijos, podrían ser objetivos de futuras intervenciones.

En segundo lugar, otra variable estudiada dentro del contexto familiar tiene que ver con la existencia de discusiones domésticas relacionadas con el evento terrorista (y la falta de ellas), lo cual puede afectar de manera diferente a los niños. Así Carpenter et al. (2015), después del atentado del maratón de Boston, constataron que los jóvenes de esta ciudad mostraban mayores síntomas de TEPT en los contextos familiares donde los cuidadores evitaron hablar de los bombardeos y/o pidieron a otros que obviasen el suceso en presencia de sus hijos.

Del mismo modo, tras los ataques del 11 de septiembre, los niños de madres que estaban demasiado molestas para afrontar el tema de los ataques con sus hijos y no sabían qué decir acerca de los mismos tenían niveles más altos de TEPT (Wilson, et al., 2010). Igualmente, los cuidadores que continuaban expresando miedo y preocupación por la seguridad de sus hijos, estos tenían más síntomas de TEPT. En contraposición, los jóvenes del área de Boston mostraron un menor número de síntomas de TEPT cuando sus cuidadores expresaron confianza en su seguridad.

En tercer lugar, en relación con lo anterior, la comunicación sobre el incidente dentro del núcleo familiar es importante. Estos estudios indican que conversaciones más largas y detalladas entre los padres y sus hijos sobre el terrorismo están asociados con niveles más altos de TEPT autoinformado (Cohen y Eid, 2007) y de problemas emocionales y de conductas informados por los padres (Stein et al., 2004). Desafortunadamente, ninguno de estos estudios evaluó el nivel de malestar de los padres, que puede desempeñar un papel importante en estas asociaciones. Además, estos estudios destacan el peligro de inferir la dirección de una relación. No es posible concluir que las largas conversaciones de los padres sobre el terrorismo con sus hijos aumentan el riesgo de enfermedad infantil, puesto que las influencias bidireccionales no han sido exploradas en estas

investigaciones. Es posible que los niños más angustiados puedan buscar información más detallada de los padres y/o los padres observen el malestar de sus hijos e intenten apoyarlos ofreciéndoles información. Por otra parte, si bien parece que demasiada conversación relacionada con el desastre puede ser problemático, también lo es no decir nada sobre el mismo como se dijo en el apartado anterior. En un ejemplo de la probable naturaleza bidireccional de los padres en la comunicación infantil después de un evento traumático, los adolescentes indirectamente expuestos a los ataques terroristas del 11 de septiembre informaron que no discutieron el evento con sus padres por temor a que sus padres pudiesen enfadarse (Gil-Rivas et al., 2007). Para estos adolescentes el TEPT autoinformado fue mayor. En este sentido, en este estudio se encontró que la percepción de apoyo de los padres moderaba la relación entre la resistencia de los adolescentes a iniciar conversaciones y el TEPT adolescente, con niveles más altos de angustia informados por adolescentes que percibían a sus padres como un gran apoyo. Se hace necesario considerar que no solo es importante la cantidad de tiempo que se dedica a discutir el desastre, sino el contenido. Específicamente, se ha encontrado que el tipo de consejos dados por los padres está asociado con el TEPT infantil.

En cuarto lugar, se ha estudiado el nivel de conflictos dentro de la familia. Así, una situación de estrés, derivada de una relación conflictiva con los padres, tras el atentado del 11 de septiembre de 2001, incrementó el riesgo de TEPT un año después del atentado (Gil-Rivas, Holman y Silver, 2004). En esta dirección, se sabe que el nivel de conflicto entre padres e hijos (percibido por los niños) se asoció positivamente con TEPT informado por niños en informes posteriores a los ataques terroristas (Gil-Rivas et al., 2007; Gil-Rivas y Kilmer, 2013). Una idea importante es que los comportamientos discrepantes entre los padres pueden ser problemáticos para los niños.

En adolescentes, la falta de disponibilidad de los padres para discutir los eventos, y el conflicto entre padres y adolescentes se asoció con niveles más elevados de malestar psicológico (Gil-Rivas, Holman y Silver, 2004; Gil-Rivas, et al., 2007). En esta línea, recordemos uno de los pocos estudios que pudieron examinar datos anteriores y posteriores al 11 de septiembre, donde se examinó el temperamento infantil y la aceptación materna (Wilson, et al., 2010). Se descubrió que estas variables interactuaron de tal manera que los niños con niveles más bajos de emocionalidad negativa y niveles más altos de aceptación maternal tuvieron menos síntomas de TETP después de los ataques.

En quinto lugar, la conexión y cohesión familiar y las relaciones positivas con los padres se asocian a un menor riesgo de sufrir depresión y TEPT (Stough, et al 2017

y Tol et al, 2014). En este sentido, percibir una baja conexión familiar (informada por los jóvenes) y preocupaciones por los problemas familiares representan factores de riesgo para desarrollar TEPT y depresión después de un evento traumático (Kronenberg et al., 2010). Estos autores sugirieron que una menor edad puede estar relacionada con un mayor riesgo de presentar estos trastornos, debido al apoyo social. Es más probable que los niños mayores se refieran a su apoyo social de manera más positiva. En esta línea se ha especulado que los niños mayores eran más propensos que los más jóvenes a tener redes de apoyo social que incluyan amigos y otros adultos fuera del contexto familiar.

También habría que considerar, como ya se ha comentado, que una madre con disponibilidad emocional, con capacidad de respuesta empática y contención sensible, facilita el desarrollo de sistemas bioconductuales para el manejo del estrés. Los patrones de apego de la madre y su sensibilidad sirven como factores resilientes de la exposición al terrorismo (Feldman y Vengrober, 2011). La relación padre-hijo y la relación triádica aún no se han investigado a fondo. Por ejemplo, los padres que estaban preocupados por la seguridad y el futuro tenían mayores dificultades para reconocer y responder a las necesidades emocionales de sus hijos.

PAPEL DE LA FAMILIA EN LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA

- Las crisis graves y los desafíos vitales persistentes impactan toda la familia
- Los miembros pueden tener distintos niveles de exposición real y percibida a los acontecimientos estresantes con diferentes grados de respuesta postraumática, diferentes mecanismos de supervivencia individual que pueden crear conflictos
- Se sabe que la violencia masiva puede perturbar tanto la estructura como el funcionamiento de las familias de manera profunda y duradera
- Puede afectar los estilos de crianza, ocasionando peores resultados de salud mental en función del temperamento
- Puede conducir a la existencia de discusiones domésticas relacionadas con el evento terrorista (y la falta de ellas)
- Puede llevar a la ruptura de la comunicación sobre el incidente dentro del núcleo familiar o a conversaciones excesivas y detalladas
- Puede aumentar el nivel de conflictos dentro de la familia
- Puede alterar la conexión y cohesión familiar

Por último, diferentes estudios demuestran que los síntomas de los padres tras el evento se relacionan con el estrés postraumático del niño, así como con otras dificultades de salud mental. Esto se da, especialmente, cuando son los propios padres los que también han sufrido el evento traumático. Esta influencia puede darse también de forma indirecta ya que el malestar de los padres posterior a la experiencia traumática puede producir cambios en el funcionamiento familiar. Consecuentemente, puede crearse un entorno de irritabilidad, conflicto y abandono, atmósfera que conduce a los síntomas de TEPT en los niños (Cobham et al, 2016, véase la revisión de Creech y Misca, 2017).

En esta dirección, un aspecto en el que se hace necesario profundizar es como impacta la salud mental de los padres sobre el funcionamiento parental, en particular el TEPT y la depresión, tema en el que profundizamos más adelante.

2.2 Estudio de caso de las relaciones familiares a muy largo plazo del atentado

Como se ha visto en el apartado anterior, la mayoría de los estudios han examinado el impacto familiar del terrorismo a corto o medio plazo, existiendo una substancial laguna en nuestros conocimientos sobre los efectos psicológicos del terrorismo sobre el funcionamiento familiar a muy largo plazo, es decir 10, 20 o 30 años después de los atentados terroristas. A continuación mostraremos un caso que evidencia como, a raíz del terrorismo, la estructura y el funcionamiento de la familia se vio alterado, generando problemas de relación durante la historia de la familia, llegando a incidir a muy largo plazo de sucedido los atentados terroristas.

La familia a la que llamaremos Fernández- Ruíz está formada por la madre y sus cuatro hijos mayores. Es la madre, Gema, la que en la actualidad tiene 63 años, la que inicialmente acude a consulta psicológica, debido a malestar general, síntomas depresivos y ansiedad generalizada. Además, padece de fibromialgia. Refiere sentirse muy preocupada por los problemas y conflictos familiares que ella tienen con sus hijos y de los hermanos entre sí. La madre nos relata el funcionamiento de su familia después del atentado de su marido, que sucedió hace más de 25 años. En este hecho murió éste, padre de sus hijos. Cuando el atentado ocurrió, el matrimonio tenía 4 hijos: Alberto tenía 6 años, Mara 5, Teresa 4, y Pedro dos años de edad. En la actualidad se muestra muy preocupada por los problemas con su hija Mara, con quien ha tenido, desde que era pequeña, una relación más cercana.

Después del atentado, Gema vuelca todos sus esfuerzos en sus hijos, quienes dan sentido a su vida (“Si mis hijos no hubieran estado no tendría ganas de vivir después que su padre murió”) La depresión y el duelo complicado de ella puede haber contribuido a que los propios hijos perciban que ella tenía dificultad para reconocer y responder a las necesidades emocionales de ellos debido a su propio malestar emocional y a la dificultad para educar en solitario cuatro hijos pequeños y ocuparse de sus necesidades (“a Pedro, el más pequeño, no tenía tiempo ni para atarle los zapatos”).

A continuación vamos explicando los diferentes problemas y cambios que se dieron en la familia a raíz del terrorismo. El atentado ha tenido una marcada influencia en la estructura familiar, en el funcionamiento del sistema y el ajuste individual de los miembros a largo plazo. Relatamos cómo ha sido la comunicación, la organización, el apoyo y la resolución de conflictos en esta familia para poder entender mejor la estructura familiar actual.

Se trataba de una familia tradicional, el padre fue policía nacional y la madre se ocupaba del cuidado de los hijos. Sin embargo el padre colaboraba con las labores domésticas y el cuidado de los niños. Al ocurrir el atentado, se percibe la carencia de la figura masculina en la familia que puede haber afectado al desarrollo de los hijos, especialmente de los varones. Por ejemplo, Gema, refiriéndose al hijo menor relata que “él se agarraba más a las figuras masculinas y después de lo de su padre se agarraba más a mi padre, hasta que este también murió al poco tiempo”). Al faltar el padre, la madre se vio sobrecargada con todas las tareas para ella. Se trasladaron de región y contaban con pocos apoyos familiares y sociales.

Con relación a la comunicación, Gema refleja que en la familia nunca se habló con sus hijos sobre el atentado del padre. En primer lugar, explica como motivo el hecho de que eran muy pequeños. En segundo lugar, cuando fueron creciendo pensaba que el hablar de ello podría generar más daño del que ya causó, produciéndose en la familia el proceso llamado “la conspiración del silencio”. La comunicación familiar se ha caracterizado por la falta de claridad y por evitar las emociones dolorosas, lo cual ha disminuido la sensación de cohesión, pertenencia y facilitado la aparición de conflictos.

“En casa ha habido mucho sufrimiento, mucho dolor, mucho, después de la muerte de mi marido y de venir aquí (refiriéndose a Murcia) Y sigue. Eso sigue en mi casa, no se supera. Sigue, no se ha superado el dolor para nada, cada uno nos relacionamos de una forma y encima nos hacemos más daño para no hacernos daño. Por no hacernos daño nos hacemos más

daño por querer evitar hablar del daño y del dolor (...). Me arrepiento de haber sido mis hijos tan pequeños no haberme podido expresar, pero es que me parecía injusto a unos niños de 6, 5, 4 y 2 años hablarles de la muerte de su padre. Pero lo han notado, han sentido siempre la tristeza, más que la rabia. No se si he hecho bien o no porque mis hijos gracias a dios no son rabiosos, no tienen odio. Entre nosotros tenemos recelo, un no querer sufrir. No afrontamos el dolor. Y eso que tengo unos hijos valientes. Que curioso lo equivocada que estaba pensando que el mayor iba a ser el más afectado y ha sido el pequeño...”

Con respecto al ajuste individual de los niños y los diferentes mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento utilizadas después del atentado, decir que Alberto, después de la muerte del padre, desarrolló un Trastorno de Conducta. Presentaba comportamientos muy violentos dentro de casa que requirieron la actuación policial en varias ocasiones.

“Porque a mi hijo mayor le daba el impulso de dar golpes en la casa y pillaba unos cabreos, cada vez que había un atentado, el cuál ocurría día sí, día no por aquella época. Porque la rabia esa que tenía debió de haber sido controlada. Y claro, en casa donde más confianza tienes las sueltas (...). Él resolvía los problemas con violencia. Después, en la adolescencia, se enmendó, gracias a una de las veces que acudió la policía. Aquello le sirvió (a veces pienso que porque su padre era policía también). A partir de la adolescencia dejó de dar problemas. Pero ya fue tarde para Pedro que aprendió de él la violencia.”

Es importante destacar también el profundo malestar que ha causado el comportamiento agresivo de Alberto en todo el núcleo familiar. Según las declaraciones de Gema, Alberto usaba la violencia como método de resolución de problemas, lo que ha podido generar más conflicto en la familia. De él aprendió su hermano menor, Pedro, que en el momento del atentado tenía dos años. Los dos hijos varones dejaron de hablarse años más tarde, cuando los problemas de Pedro y su agresividad complicaron el clima familiar. La relación entre Alberto y su madre actualmente es muy fría, hablan muy poco y evitan cualquier tema que tenga que ver con el ámbito emocional.

La segunda hija a la que llamaremos Mara, que tenía 5 años cuando el atentado, ocupó un rol marental, apoyando a la madre en la crianza de los hijos de modo emocional y práctico, desarrollando una gran cantidad de tareas. Después de sucedido el atentado y frente a la depresión de la madre, Mara tendió a adoptar el rol de cuidadora, asumiendo funciones parentales ante la ausencia del padre

y el estado emocional de la madre. Ella apoyaba a su madre, conciliaba conflictos entre los hermanos y se convirtió en el nexo de unión de la familia años más tarde, cuando los hijos se independizaron del hogar familiar. Sin embargo, la madre expresa en sesiones que esta no debería ser responsabilidad sólo suya y que hay falta de compromiso por parte de los demás miembros de la familia en mantenerse unidos. Por ejemplo, Gema nos dice: “Simplemente que no siempre Mara esté pendiente en que nos veamos, en que nos juntemos, en esa unión”.

Cuando a Mara se invita a participar en la terapia de familia, pues vemos que ayudaría mucho al estado emocional de la madre resolver los conflictos con ella, Mara se queja de que el papel que ha jugado en la familia no es reconocido por sus miembros, a pesar de sus esfuerzos y de la ausencia de otra persona dispuesta a asumirla. “Cuando me ocupo yo de las cosas, cuando pasa, no se valora igual, es una circunstancia perenne en nosotros. Parece que se han acostumbrado a que lo haga yo y cuando lo hace otro se alaba mucho, en cambio a mí se me da por normal.”

Con respecto a Gema, se muestra actualmente ambivalente sobre el papel que desempeña Mara dentro del núcleo familiar (“ella debe de vivir su vida y no preocuparse tanto por mí”). En la actualidad los conflictos entre Mara y Gema se han agudizado. “Ahora estoy echando en falta a mi hija que está trabajando porque era con quien iba a todos lados” y ella misma es consciente de estas contradicciones que albergan otros aspectos de su vida: “tengo muchas contradicciones en mi cabeza por lo que quiero hacer y lo que hago”.

La tercera hija, de nombre Teresa, tenía 4 años en el momento del atentado. Según la madre esta niña se aisló mucho del contexto familiar, de las tensiones que producían sus hermanos, se creó su propia burbuja y al crecer se hizo la más independiente de todos. Ella se posicionó en un segundo plano desde el atentado, las dinámicas conflictivas que se generaron en la familia y especialmente, desde el instituto (“Ella siempre ha querido estar en el otro lado del conflicto”), adoptando una actitud distante e independiente a todos los conflictos relativos a la familia. Mara refiere que ella se muestra reacia a prestar ayuda cuando se le pide pero, al mismo tiempo, busca apoyo en su familia cuando lo necesita. Mara nos explica, refiriéndose a la hermana: “El distanciamiento ya es tan obvio. Ahora tenemos una relación súper distante, era muy egoísta conmigo, necesita cosas y me llama”. Teresa también puede pasar temporadas sin ver a su madre (“A Teresa llevo tiempo sin verla”, dice la madre).

Como describen la madre y la hermana, Teresa ha creado su vida alejada de este entorno familiar. Esto ha hecho que se focalice en ella misma y prospere en su carrera profesional. Sin embargo, entre ella y Gema también se ha desarrollado un conflicto que merece atención. Teresa muestra rencor hacia la madre y cuestiona (desde el distanciamiento) el papel de madre que ha ejercido todos estos años (“Teresa también me reprocha y tiene rencor, porque cuando su hermano estaba así me ha dicho mil veces que tenía que haber echado de casa a Alberto”). Quizá este descontento o decepción por el modelo de crianza que ella ha vivido es uno de los desencadenantes que han hecho que Teresa se aleje tanto de los demás. Este distanciamiento produce un marcado dolor a Gema (“Es doloroso, pero entiendo que ella se aíse...” “Me resulta muy doloroso... no lo sé porque sé que a ella (Teresa) también le duele”).

Por último, el hijo más pequeño llamado Pedro tenía 2 años cuando el padre murió. Prentaba en la adolescencia comportamientos violentos, según la madre imitaba al hermano mayor. Pedro fue diagnosticado erróneamente de esquizofrenia en la adolescencia y actualmente de Trastorno límite de la personalidad aunque, al parecer, existe discrepancia entre los profesionales que lo han tratado con respecto a su diagnóstico.

Asimismo, la relación de Gema con Alberto y Pedro es muy distante. Este último se muestra muy frío frente a su madre (Pedro dejó de llamarme en junio, me ha rechazado, dice Gema). Pedro siente que ella le ha abandonado en diferentes momentos de su vida. Desde el atentado, ella relata que le da mucha pena su hijo menor: “Pedro siempre me ha visto triste, los demás si tienen una referencia de felicidad, antes de que muriese su padre”.

“Cuando los médicos se equivocaron con el diagnóstico de esquizofrenia y le mandaron medicación muy fuerte, que lo ponía bastante mal, él temblaba en la silla y no se podía controlar, sufría; pero yo no sabía que hacer, seguía las instrucciones de los médicos simplemente y pensaba que debía de tomar la medicación. Él me culpa por eso (...). Él ha tenido una historia muy dura, ingresos, hospitalizaciones por problemas de salud mental, se ponía violento, lo ataban (...). Era muy pequeño cuando a su padre lo mataron delante de él, le cayó su cuerpo encima con dos años, un hombre que casi medía dos metros. Siempre ha vivido en mi casa con una atmósfera muy triste. Me da mucha lástima, lo llevo clavado en el corazón. Todavía no sabemos ni que diagnóstico tiene, ha pasado por tantos psiquiatras y médicos. De sus hermanos, con el mayor terminó peleado por la agresividad de los dos. Con su hermana no se habla, ella es distante de todos. Con la única que mantiene contacto es con mi hija mayor. Con

ella están más cercanos todos, de alguna manera, porque ella es la que se ha encargado de unirnos.”

En este sentido, el conflicto entre Gema y Pedro les lleva a una falta significativa de comunicación (“Se fue a otra región y estuvo casi 3 años sin hablarme”). Parece que esta situación comenzó en la adolescencia del hijo y se ha prolongado en el tiempo haciendo que actualmente Gema de por perdida la relación con su hijo (“Ahora siento que nunca más voy a estar con él”). Cabe destacar que este culpa a su madre de su situación actual y de las desgracias que han ocurrido en su vida. Todo esto, junto con el diagnóstico de TLP de Pedro, crea en ella un marcado malestar y sentimientos de desesperanza.

“A mi hijo le han diagnosticado TLP, me es difícil de superar esta enfermedad de mi hijo, esto va por fases, últimamente me siento como queriendo evadir, no querer saber las cosas. No saber nada de él y que él me castigue a mi o a él, me da rabia no disfrutar de la alegría de mis demás hijos, me he metido en una burbuja, no debe de ser sano mentalmente.”

Recordemos que una de las razones por las que Gema decidió acudir a consulta fue el malestar que le producía la situación familiar actual y los conflictos que se generaban entre sus hijos. A pesar de que la paciente y su hija nombran algunas costumbres o reuniones que han tenido en los últimos años, las relaciones entre cada uno de ellos están caracterizadas por un evidente desentendimiento y distanciamiento. Las únicas que mantienen una notable cercanía son Gema y Mara, relación que tampoco se libra de importantes conflictos.

Debido a las experiencias traumáticas sufridas durante su vida y los problemas de relación que está padeciendo actualmente con respecto a sus hijos, Gema es una mujer ansiosa, depresiva y que se preocupa de forma excesiva por las cosas, presenta altos niveles de rumiación. El principal foco de dolor de ella radica en el sufrimiento que le genera los conflictos con los hijos y de ellos entre sí. Al relatar los hechos relativos a estos problemas de relación existentes en su familia, se cuestiona la labor que ha ejercido como madre, mostrando sentimientos de culpa, los cuales se ven reforzados por los reproches y mensaje que recibe por parte de los hijos. Se describe a sí misma como una mujer torpe, que no sabe como actuar frente a ellos para que no se sientan celos los unos de los otros cuando ella presta más atención a uno que a otro en un momento dado o se ha posicionado a favor de uno de ellos en los conflictos que presentan. Se muestra triste, impotente y desesperanzada en las sesiones.

“Tengo la misma sensación ahora, que son adultos, que cuando eran pequeños después de que su padre faltó, que no llego para todo lo que me

reclaman. No se qué hacer en la relación que tienen entre ellos, porque haga lo que haga recibo siempre alguna queja de que lo hago mal. Al final siempre estoy en el medio de todos sus problemas.”

Con respecto a la segunda hija, las quejas de Mara hacia su madre consiste en que sufre un sentimiento de exclusión y falta de atención por parte de Gema cuando la familia se encuentra reunida (“Cuando tenemos esos momentos de encuentro, me siento por parte de mi madre excluida”, dice Mara). Esto genera en ella el sentimiento de celos por sus hermanos al ver que ellos reciben más cariño y atención que ella, la hija más entregada y que más se preocupa tanto de su madre como de el conjunto familiar (“me ha sentado mal que para tramites de papeles llame a Teresa y a mi no me llame” dice Mara). A su vez esto le lleva a pensar que este esfuerzo que hace por ellos no es ni valorado ni recompensado, produciendo dolor y tristeza (“me duele yo mover lo que muevo y que no me prestes ni atención, por respeto al menos”, dice Mara). Además, como se ha expuesto anteriormente, a pesar de sus intentos de comunicarle a su madre todo este malestar, Gema no muestra conciencia del problema (“por parte de ella tiene muchas cosillas conmigo que aclarar y yo no he sido consciente de que le haya podido hacer tanto daño”). En cambio Mara replica: “si eres consciente mamá, pero pienso que tienes otras cosas que a lo mejor te preocupan o te afectan más, y como ahí estoy pues qué más da, es igual”).

En la narrativa que se hace de la familia, se aprecia como entre los hermanos también hay patrones de relación complicados. Especialmente se aprecia cierto enfado de Mara por la actitud distante de Teresa que conduce a un distanciamiento y desinterés entre ellas (“Yo a ella no la llamo ni busco contacto, porque ya me he cansado. El distanciamiento ya es tan obvio. Un día vino y así de la nada se puso a llorar y me dijo que estaba agobiada y luego intenté varias veces hablar con ella y no quiso. En septiembre cuando me felicitó me dijo que a ver si hablábamos y le dije que eso esperaba”, dice Mara).

En este sentido, en las reuniones familiares, nosotros pensamos que Gema intenta complacer a los otros hijos y dedicarle su atención cuando están presentes (a Teresa y Alberto, el hijo mayor) porque se visitan con menos frecuencia, comparten menos actividades, y tiene una relación más fría y distante con su madre. En cambio, Gema por sentado el trato más cercano y cuidadoso con Mara, con la que se siente más segura y a la que valora mucho.

Nuestra hipótesis relacional en esta familia es que los hijos, en particular a raíz del atentado, han competido por la atención, valoración y reconocimiento maternos frente a la ausencia del padre. Han reclamado la atención de la madre

depresiva. Esta ha mostrado dificultades para cubrir las necesidades emocionales de sus hijos tanto por la sintomatología que presentaba (depresión y duelo complicado) como por las dificultades prácticas que supone estar pendiente de los hijos sin muchos apoyos familiares externos y con escaso apoyo social. El hecho de que su atención y su tiempo lo terminase dedicando al que más malestar tenía y más problemas presentaba, en un momento determinado, ha terminado reforzando la sintomatología de los hijos y sus dificultades, como cuando eran pequeños. Esta especie de competencia se ha mantenido en el tiempo, a pesar de que ya son mayores. Al mismo tiempo, este comportamiento de “salvadora y apagafuegos” de la madre ha llevado a conflictos y rivalidades entre los hermanos.

Para hacer frente al duelo, al terrorismo y la situación familiar, los miembros de la familia han utilizado diferentes mecanismos de defensa que los han llevado al enfrentamiento entre ellos. Mientras los dos chicos varones han externalizado el malestar con agresividad y problemas conductuales, la hija mayor se ha hiperactivado y sobreimplicado en mantener la unidad y cohesión familiar (invirtiendo los roles) y la hija más pequeña se ha distanciado, presentando reacciones disociativas. Estos diferentes mecanismos de defensa se han convertido en foco de conflictos en la familia y de culpabilizarse unos a otros por el malestar familiar. Finalmente, la elevada tasa de conflictos de los miembros de la familia puede entenderse por varias vías: las dificultades de la madre para cubrir las necesidades emocionales de los hijos, los diferentes mecanismos de defensa utilizados, los déficits en la comunicación caracterizada por la falta de claridad y de evitación de las emociones, la reorganización de los roles que ha conducido a celos y rivalidades entre los hermanos y los problemas de salud mental de los diferentes miembros de la familia. Pensamos que los problemas relacionales presentados entre ellos han contribuido al origen y mantenimiento de diferentes problemas de salud mental y al ajuste de los mismos, que a la vez ha reforzado los problemas de relación. Puede que esta falta de confianza e inseguridad que se aprecia en los miembros de la familia sean el resultado de los niveles de conflictos existentes y también, como variable individual, destacar el peso de los esquemas desadaptativos que estos han podido desarrollar a lo largo de su vida y que pueden estar asociados al atentado y los problemas de relación generados a raíz del mismo, que se extiende durante varios años. Además el apego inseguro ansioso de varios de los hijos y el apego inseguro evitativo de una de las hijas (Teresa).

Como puede comprobarse, el atentado ha tenido una marcada influencia en la estructura, en el funcionamiento familiar y el ajuste individual de los miembros

de esta familia a largo plazo, afectando la comunicación, el apoyo, la reorganización de los roles, el estilo parental, la cohesión, y aumentando el nivel de conflictos desde que sucedió. La muerte del padre producto del terrorismo impuso demandas perturbadoras a nivel familiar y el modo en que la familia se vio afectada condujo a problemas de relación que se extienden hasta la actualidad, 25 años después de sucedido el atentado. Conjuntamente a la pérdida del padre, apreciamos los diferentes problemas de salud mental que han sacudido los miembros de la familia y el nivel de sufrimiento elevado que la familia presenta, problemas que también han perjudicado las relaciones familiares.

Para concluir este apartado, es importante mencionar que por el momento tenemos poca información sobre los recursos llevados a cabo para la resolución de estos conflictos. Puede que sea interesante ahondar más en esta cuestión y trabajar con ellos el desarrollo de esquemas más adaptativos y técnicas de resolución de conflictos más eficaces que dejen a un lado la violencia, y permitan una comunicación más clara y beneficiosa. Necesitamos profundizar sobre la resiliencia de cada uno de los miembros de esta familia y del sistema como un todo. Sobre las intervenciones familiares en este tipo de sistema que han sufrido el impacto del terrorismo, a muy largo plazo, ahondamos en otro capítulo.

3. El impacto del TEPT y la depresión sobre el funcionamiento parental

En la literatura científica, un corpus menor de investigación ha examinado la influencia del TEPT y la depresión en el funcionamiento parental. La mayoría de los hallazgos descritos en este apartado, con relación a este tema, provienen de la revisión de Creech y Misca (2017), realizada con militares y veteranos de guerra de los Estados Unidos. Por otra parte, Cobham et al. (2016) revisaron la literatura que exploraba la parentalidad después de los desastres, incluyendo el terrorismo. Ellos descubrieron que, entre los hijos de padres con TEPT, el uso de conductas de crianza hostiles puede ser un mecanismo por el cual se incrementa la vulnerabilidad.

En esta dirección, hay que considerar que tanto los síntomas del TEPT como la depresión se consideran predictores de las dificultades reportadas por los padres en el desarrollo de la parentalidad positiva. Por ejemplo, los síntomas de TEPT se asociaron con las preocupaciones sobre la educación de los hijos (Khaylis, Polusny,

Erbes, Gewirtz y Rath, 2011). En otros dos estudios, los síntomas de la depresión se asociaron con el aumento de estrés de los padres (Blow et al., 2013) y las dificultades en la crianza percibidas por los mismos (Mustillo, Xu y Wadsworth, 2014).

En esta línea, los síntomas de TEPT y los síntomas psicomotores de la depresión se asociaron con una mayor probabilidad de que los niños tuviesen miedo a la hora de actuar en su ámbito familiar (Sayers, Farrow, Ross y Oslin, 2009) y con comportamiento de los padres más pobre (menos crianza positiva, disciplina más inconsistente y menos supervisión, Gewirtz, Polusny, Degarmo, Khaylis y Erbes, 2010). Además, las madres que desarrollan TEPT tras el evento traumático suelen apoyar estrategias de crianza más hostiles y uso de castigos físicos para disciplinar a sus hijos (Cobham et al., 2016).

Si bien es cierto que algunos autores han señalado que puede ser que los comportamientos parentales observados sólo se deterioran en niveles más altos de síntomas de TEPT (Davis, Hanson, Zamir, Gewirtz y Degarmo, 2015). En otra investigación (Creech, Swift, Zlotnick, Taft y Street, 2016) la satisfacción de los padres fue predicha por la exposición al número de factores de estrés en la vida después del despliegue militar.

Por otra parte, Sherman, Larsen, Straits-Troster, Erbes y Tassej (2015), realizaron un estudio cualitativo sobre la comunicación padres- hijos sobre el TEPT. Los padres expresaron las dificultades para hablar con los niños sobre trastorno de estrés postraumático así como motivaciones para hacerlo. Si bien es cierto que muchos también indicaron que dicha comunicación fue un reto positivo. En esta línea, los síntomas de TEPT se han asociado con una disminución de la alianza entre los padres para la educación de los hijos señalando dificultades en la cooperación y la comunicación parental (Allen, Rhoades, Stanley y Markman, 2010).

En un segundo estudio, Sherman et al. (2016) describen la influencia de grupos específicos de síntomas de TEPT en aspectos de la educación. Por ejemplo, encontraron que los síntomas de evitación (dificultad para permanecer en contacto con pensamientos, sentimientos o sensaciones negativos) interfieren con la participación en las actividades de los niños. En consonancia con estos resultados, en un estudio realizado por Brockman et al. (2016), los síntomas de evitación propios del TEPT parecían disminuir la asociación entre el trastorno de estrés postraumático y los patrones de interacción padre-hijo observados y se asociaba con un compromiso menos positivo con los niños.

También, en el referido estudio de Sherman et al. (2016) se describe de qué forma los síntomas de TEPT relacionados con las alteraciones en el estado de ánimo y en las cogniciones influían en la autoestima como padres de los veteranos, el compromiso con la familia y el tipo de apego hacia los hijos. Para ver también la influencia del estado de ánimo propio del TEPT en el funcionamiento parental pueden mencionarse hallazgos previos (Tomassetti-Long et al., 2015) que mostraron que el componente de disforia del trastorno fue un predictor único de estrés de los padres en militares desplegados recientemente, y además, los resultados de Yablonsky, Yan y Bullock (2016) que descubrieron que los síntomas de la depresión parecen mediar una asociación entre varios factores de despliegue: la exposición al combate, la amenaza percibida y el aumento de estrés de los padres después del despliegue.

IMPACTO DEL TEPT Y LA DEPRESIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO PARENTAL

- Se consideran predictores de las dificultades reportadas por los padres en el funcionamiento de la relación padres e hijos
- Los síntomas de TEPT se asocian con las preocupaciones sobre la educación de los hijos
- Los síntomas de la depresión se asocian con el aumento de estrés de los padres y las dificultades en la crianza percibidas por los mismos.
- Los síntomas de TEPT y los síntomas psicomotores de la depresión se asocian con una mayor probabilidad de que los niños tuviesen miedo a la hora de actuar en su ámbito familiar y con comportamiento de los padres más pobre (menos crianza positiva, disciplina más inconsistente y menos supervisión).
- Los padres con TEPT son más propensos a realizar agresión física moderada y severa con sus hijos
- Los síntomas de TEPT se han asociado con una disminución de la alianza entre los padres para la educación de los hijos señalando dificultades en la cooperación y la comunicación parental
- Los síntomas de evitación del TEPT interfieren con la participación en las actividades de los niños y se asocian con un compromiso menos positivo con los niños.
- Los síntomas de TEPT relacionados con las alteraciones en el estado de ánimo y en las cogniciones influían en la autoestima como padres de los veteranos, el compromiso con la familia y el tipo de apego hacia los hijos.

Por último, Sherman et al. (2016) señalaron la influencia de la ira y la agresión en la crianza de los hijos como otro de los temas importantes, lo cual ha sido validado

en investigaciones anteriores que descubrieron que los padres con TEPT eran más propensos a realizar agresión física moderada y severa con sus hijos (Leen-Feldner et al., 2011). Este es un tema de particular importancia porque se ha encontrado que las exposiciones a la irritabilidad, la agresión y la hostilidad son altamente predictivos de un ajuste infantil pobre (Cozza, Holmes, y Van Ost, 2013). El siguiente relato de un hombre de 60 años, policía nacional herido en atentado terrorista de ETA hace más de 25 años, diagnosticado de TEPT, nos muestra los problemas con el control de la ira y el impacto sobre los hijos.

“Suelo enfadarme con facilidad ante muchas cosas. En general siento que la gente me ataca y soy bastante desconfiado. Antes, cuando oía las noticias de los atentados en la televisión, me alteraba tanto que armaba escándalos en casa. Mi mujer me decía que me calmase, que los vecinos pensarían que la ira era en contra de ella, de lo alterado que me ponía. Ahora, en cuestiones de política me indigno con facilidad. Lo que más me preocupa y de lo que más me arrepiento es del gran impacto que ha tenido mi agresividad incontrolable en la familia, ya que siento una gran pena y vergüenza por haber descargado en numerosas ocasiones mi ira hacia uno de mis hijos cuando era pequeño. Recuerdo que solía estar muy alterado con frecuencia y me molestaba lo que hiciera el chiquillo. En realidad el movimiento de mis hijos me alteraba, me ponía nervioso con cualquier cosa.”

Diferentes modelos teóricos han surgido para explicar las vías a través de las cuales el TEPT puede afectar las relaciones entre padres e hijos y sobre el impacto del trastorno en la salud de los niños. En la revisión narrativa realizada por Creech y Misca (2017) estas vías fueron estudiadas en la población de militares y veteranos de conflictos internacionales. La revisión propone la teoría interpersonal cognitivo-conductual del TEPT (Monson, et al., 2012) para explicar que los procesos implicados en la asociación entre el trastorno de estrés postraumático y el funcionamiento de la relación de pareja son aplicables al funcionamiento padre-hijo. Este modelo enfatiza en las asociaciones bidireccionales entre estos procesos, lo que sugiere que mientras el TEPT influye en el funcionamiento de la familia, el funcionamiento de la familia también influye en el TEPT. Así, los tres procesos que mantienen los síntomas del TEPT y afectan negativamente el funcionamiento de las relaciones de pareja son: (1) la evitación tanto de comportamientos como de las emociones que recuerdan al suceso traumático; (2) los procesos cognitivos y el contenido temático asociados al trastorno; (3) los trastornos emocionales (Dekel y Monson, 2010; Monson, Fredman y Dekel, 2010).

En esta línea, Creech y Misca (2017) señalan que los síntomas de evitación de comportamientos asociados al TEPT pueden interferir en la participación en actividades compartidas padre-hijo. Por otra parte, los síntomas de embotamiento emocional pueden interferir con la expresión de emociones y la disminución del compromiso afectivo padre- hijos (Sherman, Smith, Straits-Troster, Larsen y Gewirtz, 2016). En apoyo a estas formulaciones, Creech y Misca (2017), se apoyan en los estudios realizados entre los veteranos de Vietnam que muestran como los síntomas de evitación asociados al TEPT como particularmente perjudiciales para la crianza de los hijos (por ejemplo, Ruscio et al. 2002; Samper, Taft, King y King, 2004). Al mismo tiempo, los niños, se puede acomodar a los síntomas de evitación facilitando comportamientos de evitación de actividades que las personas con TEPT pueden vivir como recordatorios de los sucesos traumáticos, reforzando así este proceso y manteniendo los síntomas del TEPT. Este proceso ha sido estudiado en las relaciones de pareja (Fredman, Vorstenbosch, Wagner, Macdonald y Monson, 2014), planteando Creech y Misca, 2017, la necesidad de que la investigación futura profundice en estos procesos de acomodación entre padres e hijos.

En segundo lugar, dentro del modelo planteado por Monson et al. (2012) los procesos cognitivos y contenido temático se refieren a los esquemas rígidos y desadaptativos sobre el mundo, sobre sí mismo y sobre los demás que el TEPT lleva asociado en áreas claves como la confianza, la seguridad, la autoestima, el control, y la intimidad (Resick, Monson y Chard, 2014) que pueden estar afectando las funciones parentales. Por ejemplo, una mayor percepción de amenaza y una mayor necesidad de seguridad pueden influir en la percepción de los padres de los comportamientos de sus hijos como más negativos y aumentar las preocupaciones sobre la seguridad, y esto puede llevar a conductas sobreprotectoras. Además, los sesgos cognitivos pueden influir en la autoeficacia de los padres. Por ejemplo, Sherman et al. (2016), señalan como la autoevaluación negativa de los veteranos como figuras paternas influye sobre la alineación o el desapego emocional de sus hijos.

En tercer y último lugar, la teoría interpersonal cognitivo-conductual del TEPT señala que el trastorno aparece asociado a una serie de emociones negativas desproporcionadas como la ira, la vergüenza, la culpa y la tristeza, emociones que pueden deteriorar aún más los procesos familiares a través de las interrupciones en la cercanía, la expresión emocional y las experiencias emocionales positivas (Monson et al. 2012). En este sentido, varias investigaciones han relacionado estas emociones a un aumento de estrés de los padres en los veteranos expuestos a combate (Tomassetti-Long, Nicholson, Madson y Dahlen, 2015) y, de hecho, los

propios veteranos con TEPT hablaron de la influencia negativa de los trastornos emocionales en la crianza de sus hijos (Sherman et al. 2016).

El caso de Marcelo: El impacto del TEPT sobre la familia

El padre de Marcelo sufrió un atentado terrorista (al cual sobrevivió) cuando el niño tenía 5 años. Su padre fue diagnosticado de TEPT y ansiedad generalizada. En la actualidad Marcelo tiene 30 años.

En un primer momento de la entrevista Marcelo se muestra reacio a contestar cuestiones sobre el tema del atentado, afirmando en todo momento que él no recuerda nada de ese suceso. *Yo no sabía ni que mi padre era policía, no me acuerdo absolutamente de nada. Ni con 10 años recuerdo nada.*

A medida que la entrevista avanza se le comienza a preguntar de forma más concreta sobre ciertos acontecimientos posteriores al atentado, una serie de problemas que este provocó en la vida de su padre, dejándolo incapacitado. Ante esto Marcelo comienza a hablarnos de que sí recuerda cambios en la actitud de su padre, que le hacían pensar que no estaba bien.

Yo en mi casa siempre he pensado que mi padre no estaba bien, siempre. (...) Ha tenido mucha impotencia toda la vida (...) Estaba cabreado a diario, siempre he notado que su comportamiento no era normal, porque todos los días era una persona muy fría y seria.... no sé, él antes no era así, ahí fue cuando vi que sí que estaba afectado, cuando noté el cambio, porque no era muy normal su comportamiento (...) Yo le preguntaba a mi madre: ¿Mamá qué le pasa a papá?, y ahí fue cuando mi madre empezó a contarme cosas de él, de lo que le pasó, y a decirme que él no era así antes(...) Mi padre hablaba muy poco del tema del atentado. A su compañero que mataron lo nombró solo una o dos veces. Siempre ha contado historias, pero a él lo ha nombrado una o dos veces, no más. Cuando lo contaba se ponía triste... lo contaba triste (...) Desde que yo era consciente de que él había sufrido los atentados empecé a entender su actitud, lo que me afectó bastante, ya que ver ese cabreo diariamente en tu padre no era nada agradable.

En el párrafo anterior se muestra como Marcelo comienza a describirnos el embotamiento emocional que su padre sufre a raíz del atentado y los ataques de ira que presentaba. Posteriormente nos habla sobre las discusiones entre sus padres en el entorno familiar.

Mi padre se cabreaba con mucha facilidad, por ejemplo, cuando estábamos viendo la televisión y hablaban de algo de política perdía la cabeza, le faltaba romper la televisión (...) Cambió su forma de ser, estaba más distante y retraído, lo que hizo que mis padres no pararan de pelear. Recuerdo una época en la que las peleas entre mis padres eran continuas, discusiones continuas y diarias. Mi padre estaba muy a la defensiva, muy irritable y no se le podía decir absolutamente nada, y lo peor es que todas las peleas eran por tonterías.

En los pacientes de TEPT, además del embotamiento emocional, los ataques de ira es uno de los problemas más habituales en este trastorno. Los pacientes tienen una elevada percepción de amenaza y se sienten fácilmente atacados, por lo que es muy común que les sea muy difícil controlar sus impulsos. Resultan muy importantes las creencias distorsionadas acerca del mundo, de las demás personas y de sí mismos, que aumentan la percepción de amenaza, rompen la confianza y la seguridad y median las reacciones de ira al sentirse atacados. Como se aprecia en la narrativa de Marcelo los síntomas del TEPT se asocian a un estilo de crianza más negativo y puede generar en los niños miedo a la hora de realizar cualquier comportamiento en el ámbito familiar ante la irascibilidad percibida. La falta de control de la ira puede llegar hasta el punto de causar agresiones.

Marcelo nos relata su comportamiento mientras sus padres discutían: Yo muchas veces ni comía, me enfadaba con todos y al final me subía y me encerraba en mi cuarto y no comía nada. Cuando comíamos todos juntos era un desastre, eso era una bomba, se contradecía y al final uno ponía nervioso al otro.

También vemos como el paciente reconoce todo lo que le ha afectado las discusiones de sus padres, las que dice que eran muy fuertes sobre todo por parte del padre (volvemos ahí de nuevo a encontrarnos ante la falta de control de la ira).

A mí todo esto de las discusiones me ha afectado muchísimo, porque era todos los días (...) Yo me aislaba, me subía a mi cuarto y me ponía la música o lo que fuese para distraerme, no soportaba escuchar las discusiones, me generaban unos nervios y una ansiedad insoportable. (...) Cuando escuchaba gritos demasiado fuertes sí que bajaba para intentar poner orden, pero esto cuando mi padre sobrepasaba el límite.

Marcelo es consciente de las repercusiones que ha tenido todo lo vivido en su vida. De su padre afirma haber adoptado las figuras de fuerza y respeto,

pero esto es algo que no debe sobrepasar un límite. *“Siendo muy correcto también hay veces en las que la gente te coge manía, porque se te puede ir de las manos y puedes acabar siendo una persona desagradable, y esto tiene muchos efectos secundarios.”*

Cabe destacar en este punto que Marcelo ha parado a examinarse y habla orgulloso cuando afirma haber cambiado comportamientos adquiridos de los problemas que sufrió por su padre y ese mal aprendizaje

Estoy bastante orgulloso (...) Se puede cambiar porque aunque yo lleve los genes de mi padre y haya vivido lo que he vivido, sé que tengo una edad y que si no controlo mis nervios y mi ansiedad, acabará conmigo (...) Cuando era más joven tenía más energía, era nervioso y podía sobrevivir día a día, ahora me tengo que relajar, no podía continuar así. La ansiedad me estaba matando.

En la revisión de Creech y Misca (2017) se plantea cómo influye el funcionamiento de padres e hijos en el TEPT para señalar el carácter bidireccional de dichas asociaciones. Por ejemplo, en una muestra de veteranos Vaughn-Coaxum, Smith, Iverson y Vogt (2015) se encontró que el estado de crianza puede aumentar el riesgo de síntomas de TEPT después de la exposición al trauma de combate, particularmente en los padres divorciados. Una explicación para estas asociaciones puede encontrarse en la preocupación por el bienestar de los miembros de la familia mientras se está en la zona de guerra y que estas preocupaciones pueden amplificar las percepciones de amenaza (Vogt et al., 2011). Otra explicación que ofrecen los autores de la revisión tiene que ver con una mayor probabilidad de que los niveles más altos de problemas de funcionamiento de padres e hijos amplifiquen los síntomas del TEPT, particularmente durante los momentos de estrés.

4. El impacto de la depresión, la ansiedad y el TEPT sobre la pareja

El impacto de la depresión, los trastornos de ansiedad y el TEPT sobre el ajuste de la relación de pareja ha sido ampliamente investigado en la literatura científica. Los hallazgos de esta sesión provienen de la revisión teórica de Fernández Marrero (2017).

La investigación previa sugirió que los eventos estresantes de la vida a menudo se asocian con una peor calidad marital y satisfacción (Williams, 1995 citado en Weinberg et al., 2018). Además, los cónyuges suelen ser la principal fuente de apoyo para los sobrevivientes de traumatismos por violencia lo que los pone en mayor riesgo de sufrimiento psicológico y marital (Renshaw, Rodebaugh y Rodrigues, 2010; Weinberg, 2013).

Con relación a la depresión, el vínculo entre la depresión y la calidad de la relación se ha establecido por más de tres décadas en la investigación (véase Rehman, Gollan y Mortimer, 2008). La relación problemática de pareja también covaría no sólo con síntomas depresivos, sino también con trastornos depresivos (Whisman, 2001, 2007).

Por otra parte, Foran, Whisman y Beach (2015) citan los estudios que asocian los problemas de relación conyugales con los trastornos de ansiedad (Whisman, 1999, 2007; McLeod, 1994; Overbeek et al., 2006; Durham et al., 1997; Yonkers et al., 2000; Zinbarg et al., 2007).

Tanto la depresión como los trastornos de ansiedad están profundamente entrelazados con el funcionamiento diádico, de forma bidireccional, y se refuerzan a través de los comportamientos que los cónyuges realizan (Hames et al., 2013; Leff et al., 2000; Whisman y Beach, 2012; citados en Sharabi, Delaney y Knobloch, 2015). Existen moderadores de la asociación entre los problemas de pareja y los síntomas depresivos y de ansiedad. Whisman (2013) cita estos moderadores y las investigaciones que los señalan.

En esta línea, una amplia evidencia empírica, apoya las asociaciones entre la depresión y el grado de satisfacción en la relación, relacionando estas variables tanto transversal, como longitudinalmente (Whisman, 2001). También existe apoyo para las asociaciones negativas entre la ansiedad y el grado de satisfacción en la relación. Es importante tener en cuenta las asociaciones diádicas (Whisman et al., 2004). La literatura apunta a las emociones, la intimidad sexual y la comunicación como cuestiones más destacadas para las parejas que se enfrentan a la depresión (Sharabi, 2015).

Existen varios estudios que asocian la depresión con numerosas variables del funcionamiento de la pareja. Sharabi et al. (2015) citan las investigaciones que asocian la depresión con el déficit de habilidades sociales, la disminución en el interés sexual, las preguntas acerca de la relación de pareja, una reducción de la expresividad emocional, la discordia, y el divorcio. La negatividad del comportamiento (por ejemplo, la crítica abierta, la comunicación hostil y defensiva) pueden ser los patrones de comunicación que prevalecen en las

relaciones marcadas por la depresión (Bodenmann y Randall, 2013; Knobloch-Fedders et al., 2013).

Con relación a las emociones, las investigaciones indican que la depresión proporciona experiencias emocionales intensas para las parejas. La teoría de la interacción de la depresión de Coyne (1976) describe un proceso de contagio emocional por el cual los comportamientos de una persona deprimida originan negatividad y rechazo por parte de su pareja, lo que perpetúa el ciclo de la depresión. Esta teoría es apoyada por las investigaciones de Benazon y Coyne (2000), y con la teorización sobre las dificultades en la regulación emocional (p. ej., Campbell-Sills y Barlow, 2007) que plantea que las personas con síntomas depresivos intensificados tienden a evitar sus emociones, lo que disminuye la divulgación emocional (Garrison et al., 2012; Kahn y Garrison, 2009). No solo se limita la divulgación emocional sino que es probable que sea un problema para la pareja, pudiendo inducir sentimientos de dolor y frustración en el otro miembro de la pareja que valora la apertura.

Con respecto a la intimidad sexual, la investigación sugiere que las parejas románticas con depresión pueden tener dificultades con la actividad sexual. Ostman (2008) reveló que algunos de los pacientes psiquiátricos hospitalizados con depresión mayor querían pero no podían lograr una relación más íntima con su pareja. Por otra parte, las actitudes de una persona deprimida hacia la actividad sexual pueden cambiar durante los episodios depresivos como lo demuestra el estudio de Frohlich y Meston (2002) que observaron que las mujeres con síntomas depresivos tuvieron menos placer en el contacto sexual y estaban menos satisfechos con sus encuentros sexuales. Otro problema es que los medicamentos utilizados para tratar la depresión también pueden tener efectos secundarios sexuales, contribuyendo a la disfunción sexual y la disminución del deseo sexual (Higgins, Nash y Lynch, 2010). Sin embargo, Kennedy et al. (1999) encontraron que, incluso en ausencia de los antidepresivos, los participantes experimentaron poco interés en el sexo durante los episodios depresivos.

Por último, en relación con la comunicación, Sharabi et al. (2015) señalan que se ha encontrado que las parejas deprimidas pueden enfrentar retos de comunicación. La negatividad del comportamiento (por ejemplo, la crítica abierta, comunicación hostil y defensiva) pueden ser los patrones de comunicación que prevalecen en las relaciones marcadas por la depresión (Bodenmann y Randall, 2013; Knobloch-Fedders, Knobloch, Durbin, Rosen y Critchfield, 2013).

En este sentido, Segrin y Fitzpatrick (1992) hicieron hincapié en que las personas con depresión no siempre son comunicadores pasivos; más bien, su ira y la

irritabilidad pueden tomar la forma de agresión verbal hacia su cónyuge. Esto contribuye a que las relaciones románticas de las personas con depresión a menudo están marcadas por el conflicto (Mackinnon et al., 2012; Sandberg, Miller y Harper, 2002) y, de este modo, las parejas deprimidas son menos hábiles para resolver los problemas que las parejas no deprimidas (Basco, Prager, Pita, Tamir y Stephens, 1992).

Otro problema que se presenta es que las personas deprimidas tienden a retirarse de sus sistemas de apoyo cuando piensan los demás no los entienden (por ejemplo, Kuwabara, Van Voorhees, Gollan y Alexander, 2007; Sandberg et al., 2002).

En el estudio de Sharabi et al. (2015) la mayoría de los participantes describieron efectos negativos de la depresión, pero también se encontró que la depresión puede ayudar a fortalecer los lazos y fomentar la cercanía entre los miembros de la pareja. Estos resultados sugieren que las discrepancias en la forma en que las personas experimentan la depresión pueden estar basados, al menos en parte, en su papel de (a) un miembro de la pareja con depresión frente al otro miembro no deprimido y/o, (b) un miembro de una díada con sólo una persona deprimida frente a una díada con ambos miembros deprimidos.

IMPACTO DE LA DEPRESIÓN SOBRE LA RELACIÓN DE PAREJA

- disminuye el grado de satisfacción en la relación
- déficits de habilidades sociales
- la disminución en el interés sexual
- las preguntas acerca de la relación de pareja
- una reducción de la expresividad emocional
- mayor grado de conflicto
- la discordia, y el divorcio
- la negatividad del comportamiento

En la literatura revisada hemos encontrado varias teorías que explican la depresión dentro de los contextos relacionales: (a) la teoría del déficit de habilidades sociales (Segrin, 2000); (b) el modelo de la discordia marital de la depresión (Beach y O'Leary, 1993); (c) una conceptualización sistémica de la depresión según Jones y Asen (2000); (d) la teoría interpersonal, basada en las contribuciones de Sullivan (1953, 1954) y de Leary et al. (1957; Freedman et al., 1951), y la teoría de la interacción de la depresión (Coyne, 1976; todos citados en Sharabi et al., 2015).

Todas ellas postulan que los individuos deprimidos y sus parejas participan en secuencias repetitivas de interacción interpersonal marcadas por la hostilidad, el control, y la distancia.

En consecuencia, los problemas de relación de pareja se consideran como un importante predecesor del mantenimiento de la depresión tras el tratamiento, y la terapia de pareja es cada vez más reconocida como un tratamiento efectivo para la depresión (Barbato y D'Avanzo, 2008).

Por otra parte, Foran et al. (2015) resumen las asociaciones entre los trastornos de ansiedad (incluyendo el trastorno de pánico, las fobias y el trastorno de ansiedad generalizada) y los problemas de relación de pareja, citando varios estudios que se han hecho eco de estos resultados. Por ejemplo, en muestras grandes, basadas en la población de personas casadas en los Estados Unidos, las personas con trastornos de ansiedad reportaron más problemas de relación de pareja que las personas sin trastornos de ansiedad (Whisman, 1999, 2007).

En esta línea, los resultados de una muestra estratificada de las parejas de Detroit, Michigan, señalaron que la relación problemática de la pareja se asoció con un mayor riesgo para la aparición de los trastornos de ansiedad, incluyendo el trastorno de pánico, las fobias y el trastorno de ansiedad generalizada (McLeod, 1994). Del mismo modo, en una muestra basada en la población de los Países Bajos, los problemas relacionales de las parejas al inicio del estudio se asociaron con un mayor riesgo de incidencia de la fobia social (Overbeek et al., 2006).

También los problemas de pareja y de familia son los motivos de preocupación más comunes entre los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (p. ej., Breitholtz, Johansson y Ost, 1999; Craske, Rapee, Jackel y Barlow, 1989; Roemer, Molina y Borkovec, 1997). Los problemas de pareja son un predictor significativo de los resultados de respuesta al tratamiento y de largo plazo entre los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (Durham, Allan y Hackett, 1997; Yonkers, Dyck, Warshaw y Keller, 2000; Zinbarg, Lee y Yoon, 2007). Del mismo modo, la emoción no expresada de los familiares predice peores resultados en el tratamiento de la agorafobia (Chambless y Steketee, 1999).

Con relación a los trastornos de ansiedad, en su revisión de las intervenciones basadas en la pareja para los trastornos de ansiedad, Baucom et al. (2003) observaron que los trastornos de ansiedad pueden afectar negativamente al funcionamiento de la pareja mediante la interrupción de los patrones de interacción, el aumento de la tensión, la restricción de las actividades de la relación, o la disminución de la atención a las necesidades de la pareja no ansiosa.

En un estudio realizado por Whisman et al. (2004) se observó que el propio nivel de depresión de una persona y la ansiedad se asoció significativamente con su propio nivel de la satisfacción marital y, mayores niveles de psicopatología, se asociaron con niveles más bajos de satisfacción marital. Sin embargo, los resultados del estudio no apoyaron un efecto de pareja para la ansiedad. Estos resultados proporcionan apoyo empírico para la continuación de las asociaciones entre ambas formas de psicopatología y satisfacción marital, por lo que los autores destacan la importancia de incluir a ambos miembros de la pareja en exámenes de asociaciones entre la psicopatología y la satisfacción marital.

IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SOBRE LA RELACIÓN DE PAREJA

- Disminuye el grado de satisfacción en la relación
- Más problemas de relación de pareja que las personas sin trastornos de ansiedad
- Interrupción de los patrones de interacción
- El aumento de la tensión
- La restricción de las actividades de la relación
- La disminución de la atención a las necesidades de la pareja no ansiosa

Por otra parte, con relación al TEPT, los resultados de la literatura científica revisada nos han mostrado que muchos de los síntomas del trastorno deterioran las relaciones de pareja de los sobrevivientes de traumas (Monson, Taft y Fredman, 2009). La investigación sugiere que cuando un miembro de la pareja tiene síntomas elevados de TEPT, el cónyuge tiende a informar de insatisfacción en la relación (Renshaw, et al., 2010; Allen, Rhoades, Stanley y Markmam, 2010).

De acuerdo con estudios de investigación (por ejemplo, Galovski y Lyons, 2004; King, King, et al., 2006; Renshaw et al., 2010), encontramos que el nivel de satisfacción marital informado por los sobrevivientes de trauma y sus cónyuges se correlacionó negativamente con sus propios síntomas relacionados con el trauma.

Dentro de los síntomas de trauma, los de embotamiento emocional son los que están más asociados con la insatisfacción en la relación, al interferir en la intimidad (Zeraj, Anat, Salomón y Heruti, 2010; citado en LaMotte, Taft, Reardon y Miller, 2015). Por otra parte, los síntomas de reexperimentación, posiblemente, pueden llevar a las parejas a que duerman por separado, lo que podría afectar, también, a la intimidad de la pareja (Allen et al., 2010).

Los síntomas de evitación correspondientes al TEPT implican menos interés, desapego emocional, restricción afectiva, y un sentido de futuro limitado (Dekel y

Monson, 2010) y, a menudo, conducen al aislamiento, el retraimiento emocional, a problemas de intimidad y, a veces, abuso conyugal (Allen et al., 2010; Monson et al., 2009). Los síntomas de hipervigilancia (especialmente la agresión física o psicológica) reducen el sentimiento de seguridad en la pareja (Dekel y Monson, 2010).

En este sentido, los síntomas de TEPT se asocian, con una mayor victimización en cuanto a agresión física y psicológica, un ajuste de relación más pobre y una agresión física y psicológica superior (Taft, Watkins, Stafford, Street y Monson, 2011). En esta dirección, de acuerdo con otros estudios de TEPT (Hoyt et al., 2012; Maguire et al., 2015), se encontró que las personas con niveles más altos de síntomas de TEPT presentaban menor ajuste de relación, más problemas de relación, y niveles más altos de comportamiento abusivo en todas las escalas evaluadas, incluyendo la violencia física, la coacción sexual y el abuso emocional.

El caso de Sergio: EL impacto del TEPT en la relación de pareja

Recordemos el caso de Sergio, hombre de 41 años, de profesión guardia civil, que acude a consulta con sintomatología referente a cuadro de estrés postraumático. Sufre atentado terrorista por parte de la banda ETA hace más de trece años. Fue diagnosticado con TEPT y Trastorno de angustia por agorafobia.

Respecto a la pareja, refiere que su malestar dañó la relación. *Mi novia de aquel entonces se llevó mis ataques de ira y mis arrebatos y mis efectos secundarios... Esa chica me aguantaba mis ataques de ira contra ella, me exaltaba con facilidad, me sentía atacado con facilidad. La relación terminó porque creo que si llego a estar bien no la hubiera conocido. Fue la figura más importante, pero cuando estaba bien me di cuenta de que no la quería. Cuando la conocí yo buscaba apoyo, me dejé llevar por el momento en el que me dio lo que necesitaba. Yo estaba muy mal después del atentado. Al final la dejé yo, rompí la pareja. Ella si me quería, ella si estaba enamorada. Cuando me encontré a mi mismo me di cuenta de que necesitaba a otra cosa, no sabía cómo dejarlo a los 4 años de relación, Sé que le hice mucho daño, no creo que me tenga rencor. Más que amor fue apoyo .Yo estaba muy mal...*

Con respecto a la posibilidad de tener una nueva pareja nos expresa: *“Yo sé que no soy el mismo de antes del atentado. Cualquier mujer que llegue a tu vida sin saber por lo que has pasado es más difícil que te quieran así. Sería diferente si una mujer hubiese estado conmigo antes del atentado...Hoy he*

explotado con mi madre, y me doy cuenta que es ansiedad, y esto forma parte de por lo que yo creo que no voy a encontrar pareja. Salto con mucha facilidad por todo.

Los síntomas de TEPT, además, se han correlacionado negativamente con la confianza en la relación, la vinculación positiva entre los cónyuges, la alianza parental, la dedicación a la relación de ambos esposos y con mayores niveles de comunicación negativa en ambos miembros de la pareja (Allen et al., 2010).

Numerosos estudios han encontrado que los problemas de relación de pareja covarían no sólo con los síntomas de TEPT, sino también con el trastorno. En primer lugar, el TEPT se ha asociado a niveles más altos de conflicto marital, tanto en muestras militares (Meis, Erbes, Polusney y Compton, 2010), como civiles (Monson et al., 2009; Taft et al., 2009). En segundo lugar, el TEPT, se ha asociado a las inseguridades en el apego, las que contribuyen a la insatisfacción en la relación del otro miembro de la pareja, siendo necesario adoptar una perspectiva diádica en los procesos relacionados con el apego (Ein-Dor, Doron, Solomon, Mikulincer y Shaver, 2010). En tercer lugar, se ha comprobado que El TEPT puede llevar al aislamiento social de las parejas (Dirkzwager, Bramsen, Adèr y Van der Ploeg, 2005).

De particular importancia es la necesidad de profundizar la comprensión sobre el papel del TEPT en la violencia de pareja bidireccional, no solo como un factor de riesgo para la perpetración sino también como un factor de riesgo de vulnerabilidad para la victimización como lo sugieren los resultados de investigaciones recientes (Teten et al., 2010; LaMotte et al., 2014, 2015 citados en Misca y Forgey, 2017).

En esta dirección, resulta esencial revisar la literatura acerca de lo que se sabe sobre los patrones bidireccionales de violencia de pareja y su asociación con el TEPT. Para una revisión sobre los patrones bidireccionales de violencia de pareja, en poblaciones militares y veteranas, y los roles que el TEPT militar o de veteranos puede desempeñar véase Misca y Forgey (2017).

También en poblaciones civiles los síntomas de TEPT se han asociado con una mayor victimización en cuanto a agresión física y psicológica y, también, una agresión física y psicológica superior (Taft et al., 2009). En esta línea, en un estudio más reciente (Meffert et al., 2014) se comprobó que no sólo los individuos con TEPT se encontraban en mayor riesgo de desarrollar violencia hacia sus parejas, sino que también resultaban más propensos a recibir violencia de sus parejas.

Semiatin, Torres, LaMotte, Portnoy y Murphy (2017) confirmaron las asociaciones positivas entre el TEPT y el comportamiento abusivo en una muestra clínica relativamente grande basada en la comunidad mediante el descubrimiento de las correlaciones de TEPT con la expresión del control a través de la evasión hostil, la inseguridad celosa, la denigración e intimidación y demostrando que las asociaciones de TEPT con el comportamiento abusivo y los problemas de relación de pareja siguen siendo importantes por encima de los efectos de estos otros comunes problemas comórbidos como el abuso de sustancias y la depresión.

IMPACTO DEL TEPT SOBRE LA RELACIÓN DE PAREJA

- Menor interés, desapego emocional, restricción afectiva
- Menor nivel de satisfacción de la relación
- Sentido de futuro limitado
- Problemas de intimidad
- Menor confianza en la relación
- Menor vinculación positiva
- Menor alianza parental
- Menor dedicación a la relación de ambos esposos
- Mayor comunicación negativa
- Alto uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción
- Niveles más altos de conflicto marital
- Inseguridades en el apego
- Aislamiento social de las parejas.
- Mayor probabilidad de tener relaciones abusivas
- Violencia de pareja bidireccional

Sin embargo, a pesar de todas estas asociaciones conocidas entre el TEPT y los problemas de relación de pareja, se hace necesario resaltar que estas asociaciones son complejas y recíproca (Monson et al., 2009; Monson y Fredman, 2015). Los síntomas del TEPT contribuyen a los problemas de relación que, a su vez, exacerbaban y refuerzan la sintomatología del TEPT.

Monson, Fredman y Dekel (2010) señalan que la falta de intercambio emocional, las explosiones de enfado, las conductas complacientes de acomodación al TEPT por parte del otro miembro de la pareja pueden servir para mantener o exacerbaban los síntomas del TEPT, generando insatisfacción en la relación (Fredman,

Vorstenbosch, Wagner, Macdonald, y Monson, 2014). Si bien es cierto que se han encontrado variables individuales y diádicas que median la relación entre el TEPT y la calidad de la relación de pareja (Lambert, Engh, Hasbun y Holzer, 2012; 2015).

Además, es importante señalar que un problema encontrado en estas revisiones con respecto a las asociaciones entre TEPT y/o sus síntomas y el ajuste de pareja, es el hecho de que la mayor parte de lo que se conoce se deriva de la investigación sobre veteranos de guerra y sus cónyuges o en parejas en situaciones de despliegue militar. La mayor parte de la literatura existente implica muestras de hombres veteranos de guerra (Lambert et al., 2012).

En esta dirección, existe una escasez de estudios que examinen la relación entre el TEPT en víctimas de un ataque terrorista y el ajuste de pareja. No obstante, consideramos significativo mencionar algunas investigaciones importantes. Por ejemplo, se ha descubierto que ser vulnerable a un ataque terrorista estuvo asociado a una disminución de la tasa de divorcios durante un año (Nakonezny, Reddick y Rodgers, 2004; Cohan, Cole y Schoen, 2009). Al parecer, el miedo a la muerte moviliza a las personas a alterar su camino y refrenar los trámites de divorcio, pues en situaciones de vulnerabilidad buscamos la cercanía y proximidad de nuestros seres queridos (Bowlby, 1973, citado en Cohan et al., 2009).

El tema de las relaciones entre la satisfacción marital y los síntomas relacionados con el trauma (es decir, TEPT, depresión y ansiedad) entre las parejas de los sobrevivientes heridos en ataques terroristas y sus cónyuges ha sido examinado recientemente (Weinberg et al., 2018).

Los resultados de este estudio demostraron que el nivel de satisfacción marital informado por los cónyuges no expuestos directamente a los atentados terroristas se asoció negativamente con sus propios síntomas de trauma así como también con los síntomas informados por los sobrevivientes. A diferencia de los sobrevivientes de los ataques, el nivel de satisfacción conyugal informado por los sobrevivientes se asoció negativamente con sus propios síntomas relacionados con el trauma, pero no tenía conexión con los síntomas relacionados con el trauma informados por sus cónyuges.

Estos resultados son importantes porque sugieren que los profesionales que trabajen con sobrevivientes de trauma debe ser consciente de los vínculos entre la satisfacción marital y síntomas relacionados con el trauma dentro de la pareja, sugiriéndose una posible interacción entre la satisfacción conyugal y la psicopatología postraumática dentro de la diada.

Si bien se sabe que la satisfacción marital es una consecuencia de los síntomas relacionados con el trauma, este estudio sugiere que es posible que la satisfacción conyugal también pueda tener un efecto en el desarrollo y la prolongación de los síntomas postraumáticos, teniendo en cuenta el concepto teórico de que la adaptación al estrés traumático en la díada de pareja depende de la interacción sistémica de tres componentes principales, según el modelo de Goff y Smith, 2005, (el nivel individual de funcionamiento, factores y recursos predisponentes y funcionamiento de la pareja).

Por lo tanto, a medida que los sobrevivientes de terror y sus cónyuges hacen frente a sus síntomas traumáticos, deben ser conscientes de su propia interacción ya que se expresa y transmite a través de su satisfacción marital (que puede jugar un papel vital en la conducta diaria de la pareja, proporcionando a los sobrevivientes tranquilidad y una sensación de seguridad).

Siguiendo este concepto, puede ser muy importante centrarse en la unidad matrimonial, además del individuo, durante el curso del tratamiento después del trauma. Por ejemplo, terapia conjunta diseñada para mejorar los síntomas relacionados con el trauma, así como mejorar las relaciones íntimas (Fredman, Monson y Adair, 2011) pueden beneficiar tanto a los sobrevivientes como a los cónyuges.

Por otra parte, estudios específicos con parejas formadas por víctimas del terrorismo y sus cónyuges, demuestran que existe un alto uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción por las víctimas de ataques terroristas y sus parejas, lo cual correlaciona con mayores síntomas de TEPT (Gilbar, Weinberg y Gil, 2012) y es posible que genere problemas en la intimidad de las parejas, debido a las dificultades para el intercambio emocional que se producen debido a la evitación de las emociones.

En este sentido, los resultados de este estudio demuestran un alto uso de estrategias de afrontamiento centrado en la emoción por las víctimas y también coinciden con la adaptación al modelo diádico del trauma (Goff y Smith, 2005), a saber, la asociación entre los síntomas de las víctimas y los cónyuges con TEPT. Los hallazgos de este estudio sugieren la necesidad de programas que capacitan a parejas a asesorarse en el desarrollo de habilidades para la reducción de los diferentes niveles de angustia en las víctimas y sus cónyuges, previniendo y mejorando el funcionamiento continuo, que se logra al centrarse en técnicas cognitivo-conductuales que pueden disminuir el nivel de malestar de las víctimas y los cónyuges.

Existe otro estudio realizado con parejas formadas por víctimas del terrorismo y sus cónyuges (Weinberg, 2013) que examinó el apoyo social, la tendencia a perdonar, y la autoestima dentro de la asociación diádica bidireccional entre supervivientes de ataques terroristas y su cónyuge en el contexto de los síntomas de TEPT de ambos grupos basado en el modelo de interdependencia actor-pareja (APIM; Kenny et al., 2006, citado en Weinberg, 2013). La muestra consistió en 108 sobrevivientes heridos del terrorismo y sus cónyuges, uno de los cuales fue expuesto directamente a un ataque terrorista. Las conclusiones de este estudio demuestran que el perdón, la autoestima y el apoyo social no solo se asocian con los propios síntomas de TEPT, sino también con los síntomas de TEPT de los cónyuges. Curiosamente, los patrones de estas asociaciones diferían entre el perdón, el apoyo social y la autoestima. Los análisis mostraron que los niveles más altos del perdón en los sobrevivientes, a sí mismos, el perdón de los demás, y el perdón situacional se asociaron con una menor gravedad de los síntomas de TEPT, propios y del cónyuge, lo cual estaba en consonancia con investigaciones anteriores. Sin embargo, con respecto a los cónyuges, la tendencia a perdonar a los demás no demostró tal relación.

Resulta significativo decir que el perdón a sí mismo no parece ser significativo en la predicción de los síntomas de TEPT, pero el perdón a los demás y el perdón de situación se contabilizan. Perdonar a los demás podría implicar generalmente perdón hacia el cónyuge, porque la escala no solo se refiere al perdón asociado con el trauma. Esto, a cambio, puede reducir la sensación general de la culpa de sí mismo, y la culpa en el cónyuge, que afecten a sus síntomas de TEPT.

Los resultados de Weinberg (2013) también muestran que los mayores niveles de autoestima de los sobrevivientes y los cónyuges fueron relacionados con menores síntomas de TEPT. Sin embargo, este estudio demuestra que el factor potencialmente clave de la autoestima de los cónyuges, está relacionado negativamente con los síntomas de TEPT en sobrevivientes y cónyuges. Por otra parte, los niveles más altos de apoyo social de los cónyuges se asocian únicamente con una menor gravedad de los síntomas de TEPT. Sin embargo, aunque el apoyo social percibido por los cónyuges no parece contribuir a los síntomas de TEPT, lo hace asociado con una reducción en los propios síntomas de TEPT.

Un último resultado del estudio indica interrelaciones positivas entre las tendencias a perdonar, la autoestima, y el apoyo social de los sobrevivientes y cónyuges, encontrándose una correlación positiva entre la gravedad de los síntomas de TEPT de los sobrevivientes y los cónyuges, un hallazgo que proporciona un refuerzo adicional para la relación diádica bidireccional entre

sobreviviente y cónyuge (Gilbar et al., 2012; Nelson-Goff y Smith, 2005) tema que desarrollamos más adelante.

Otras investigaciones, con parejas formadas por víctimas del terrorismo y sus cónyuges, han confirmado la idea que cuando se tratan sobrevivientes de trauma es importante abordar y reconocer el impacto del trauma en sus cónyuges también. Por ejemplo, Weinberg, Besser, Ataria y Neria (2016) señalaron la necesidad de prestar atención a la disociación del rasgo como una condición asociada con mayores síntomas de TEPT para ambos miembros de la pareja. Los autores destacan la necesidad de tener en cuenta, en las intervenciones terapéuticas, la conciencia de la disociación del rasgo general como distinta de la disociación patológica, ya que estos diferentes tipos de disociación podrían actuar de manera diferente a nivel personal y / o de pareja. La disociación del rasgo es común en la población general (Kihlstrom et al., 1994) y se cree que refleja una dimensión de la personalidad normal (Bernstein y Putnam, 1986 citado en Weinberg et al., 2015).

A pesar de todos estos avances en el campo, existen muy pocas investigaciones acerca de cómo puede haber impactado el padecer un ataque terrorista en la niñez, de modo directo o indirecto, en las relaciones de pareja que las personas establecen en la adultez. En especial se ha ahondado poco sobre qué sucede con los hijos de los padres heridos en actos terroristas, traumatizados por dichas experiencias. En particular, es necesario profundizar acerca de cómo los problemas generados en el apego de estos niños, en sus creencias acerca del mundo y de las demás personas y en sus emociones influirán en la relación de pareja que establecerán en el futuro. Exponemos a continuación un caso que puede arrojar un poco de luz al respecto.

El caso de Sonia: El impacto de un atentado terrorista, años más tarde, en la relación de pareja

Sonia es la hija de un policía nacional que fue destinado al País Vasco y que fue víctima de un atentado por parte la banda terrorista ETA. Su padre sufrió un atentado con coche bomba, padeciendo quemaduras en la mayor parte del cuerpo. Ella tenía 4 años cuando sucedió este hecho. La familia se vio obligada a separarse a partir de ese momento. Su madre tuvo que permanecer con su padre en el hospital, el cual se vio sometido, durante varios años, a tratamientos médicos, operaciones, etc. A partir de este atentado, los niños se separan ocupando diferentes destinos. Sonia tuvo que convivir en internados, casa de acogida. Su madre se volcó en todo momento

en el proceso de curación de su marido, lo que marcó la infancia de Sonia, dejando en ella sentimientos de abandono y soledad. El padre fue diagnosticado de TEPT y de depresión y la madre de depresión, asociado al atentado terrorista.

Mi madre se fue a cuidar a mi padre después del atentado, yo no me acuerdo de nada, desde los 4 hasta los 11 años más o menos tengo recuerdos muy aislados. Recuerdo mi casa oscura, mi padre quejándose continuamente por todo (la luz, el ruido...) y yo escapándome por la ventana. Mi padre cuando caía un cuchillo se asustaba, teníamos que estar siempre en silencio y no hacer ruido para no molestarlo. Él se convirtió en una persona arisca que dejó de hacer bromas. No recuerdo pasar ningún día en familia, mis recuerdos felices solo son con mi familia de acogida, con la que si salía a bares e iba a sitios, con mi familia no recuerdo nada de eso. Mi madre me contó que desde los 4 hasta los 12 años siempre se estaba yendo a Madrid para acompañar a mi padre al hospital, porque le quedaba metralla, por operaciones, o por algún injerto, y yo me quedaba en el convento o con mis abuelos (...). Cuando tenía 17 años tuve una conversación con mi madre porque tenía algo guardado dentro de mí que no me dejaba disfrutar, entonces le dije: ¿Por qué me abandonaste?, a los hijos no se les abandona. Ella me dijo que yo no podía entenderlo porque nunca había estado enamorada como lo estaba ella de mi padre, que en ese momento decidió que tenía que cuidarlo ya que estaba enfermo y que había gente que podía cuidarme. Aunque así fue, yo no he podido evitar llevar dentro de mí un sentimiento de abandono constante durante toda mi vida, hasta ahora que soy mayor. Cuando mi madre me explicó bien todo lo que pasó me quede un poco más tranquila, pero para mí no era suficiente, durante toda mi vida todas las atenciones habían sido para mi padre.

Cuando Sonia explica cómo le ha afectado este hecho a nivel de relaciones nos dice: *A día de hoy no me gusta que me cuiden, ni siquiera pido ayuda cuando estoy enferma, supongo que será porque me he acostumbrado desde pequeña a que todas las atenciones se las lleve mi padre.*

Años más tarde, a sus 25 años, la paciente acude a tratamiento de pareja debido a los problemas de relación que presenta. Fue diagnosticada de TEPT y un trastorno de ansiedad. Refirió que en su relación se sentía abandonada con frecuencia, cuando su pareja salía de la casa o tenía conflictos, reaccionando con dolor, ansiedad de separación, e intensa ira. *Después de discutir con mi pareja, un día en casa, me dio algo rarísimo, como ansiedad, no podía respirar. Era una cosa que nunca me había pasado, sentía una*

impotencia que no podía controlar hacia mi pareja. Luego me dijeron cosas que había hecho y ni siquiera recordaba nada (...) En el momento de la pelea en el que pienso que se va o empieza a coger las llaves, ya me empiezo a poner bastante nerviosa. Me entran ganas de cogerla de la pierna, al igual que me contaba mi madre que la cogía del vestido para que no se fuera, me entran ganas de cogerla para que no se vaya, me intento controlar todo el rato porque no es normal.

Su pareja, refiere en la sesión: *Yo le dije que me iba, porque me había enfadado con ella y me iba, y en realidad me iba a comprar un paquete de tabaco pero de esto que dramatizas y dices “ahí te quedas”... y se puso muy mal porque se tiró al suelo, muy mal, me asuste mucho (...) Dijo cosas muy duras, decía: “y por qué me abandonas”, “eres como mi madre”, “todos me abandonáis” (...) Cuando nos enfadamos, o nos peleamos tiene rabietas como si fuera una niña pequeña.*

En este caso, la relación de la pareja estaba marcada por las dificultades en la comunicación, la insatisfacción, el elevado nivel de conflictividad motivado por la existencia de círculos negativos de interacción. Mientras Sonia se mostraba de un modo muy emocional, la pareja reaccionaba con un exceso de racionalidad, lo cual conducía al enfrentamiento y reforzaba el malestar y la incompreensión de la persona traumatizada.

Como vemos, los conflictos dentro de las relaciones de pareja de las víctimas que sufrieron el terrorismo de niños pueden activar patrones traumáticos de anteriores experiencias de relación en las que pueden sentirse rechazadas, abandonadas, ignoradas o impotentes. De este modo, los niños y adolescentes cuyos padres y/o madres han sido víctimas del terrorismo, en especial si aquellos han resultado heridos y/o traumatizados por la experiencia se pueden ver influidos por una mayor probabilidad de padecer trastornos mentales, problemas en la regulación de las emociones, déficits de autoestima, pérdida de seguridad en el mundo y una mayor necesidad de control del ambiente que les rodea, apego inseguro, mayor sensibilidad ante las pérdidas interpersonales de la vida y mayor percepción de amenaza en eventos ambiguos o benignos. Todas estas variables condicionarán el modo en que se relacionarán en el futuro con sus parejas, pudiendo ser el germen de relaciones conflictivas.

5. Impacto del duelo complicado sobre la pareja y la familia

En la literatura científica se asume que las pérdidas debidas a causas violentas se asocian con más síntomas relacionados con la aflicción que las muertes por causas naturales. Estas personas tienen más probabilidades de presentar una combinación de síntomas de separación y de angustia traumática a niveles más altos que las pérdidas por causas naturales, como nos ha mostrado el caso de Sonia que acabamos de describir, y a niveles más o menos equivalentes en el caso de pérdida por suicidio u homicidio (Holland y Neimeyer, 2011). Neria et al. (2007) señalan las investigaciones que sugieren que, en general, la pérdida impredecible por la violencia masiva es una de las experiencias humanas más dañinas (p. ej., Pfefferbaum et al., 2002; Raphael y Martinek, 1997).

En esta línea, ya se ha referido como el Trastorno de duelo complejo persistente puede estar asociado a trastornos mentales (TDM, TEPT, trastornos de ansiedad), a las enfermedades físicas, así como a otras variables del funcionamiento intrapersonal como la autoestima. Toda esta sintomatología deja su huella no sólo en la calidad de vida de las personas, sino que afectará el área de sus relaciones interpersonales, más específicamente la calidad de sus relaciones de pareja y familiares, que es el tema que aquí nos ocupa.

Las pérdidas traumáticas son experiencias difíciles de elaborar para las personas que las sufren. En un estudio epidemiológico de más de 27.000 adultos (Keyes et al. 2014), el 16% informó de la muerte de un ser querido inesperadamente durante su infancia. Para los que informaron haber sufrido al menos dos traumas (incluida la muerte), el 32% informó que esta muerte súbita fue la peor experiencia. Ese proceso de pérdida traumática afecta las relaciones de pareja y familiares. En Fernández Marrero (2017), se citan los estudios que detallan estos procesos. Resumimos los trabajos encontrados que relacionan: (a) el impacto de la muerte de un niño sobre la relación de pareja de sus padres y (b) el impacto de la muerte de los padres sobre los niños y adolescentes y como estos hechos pueden afectar la calidad de sus relaciones de pareja en el futuro. También analizamos el impacto de la muerte de los padres sobre el bienestar subjetivo de jóvenes adultos y adultos en la madurez y como este tipo de experiencia impacta en la calidad de su relación de pareja. Por último, basándonos en las investigaciones referenciadas por Brown, Goodman, Cohen, Mannarino y Chaplin, (2019) analizamos el impacto del duelo de los padres en las relaciones familiares y la salud mental de los niños y adolescentes.

A) El impacto de la muerte de un niño sobre la relación de pareja de sus padres

La muerte de un niño se experimenta como un evento injusto que puede dar lugar a una pérdida de sentido de vida de los padres y que rompe el orden normal del ciclo de vida. Es más natural que un padre muera antes que su hijo (Keesee, Curtidor y Niemeier, 2008). Este evento vital puede ser considerado como uno de los mayores eventos estresantes en la vida de una persona (Wing, Burge-Callaway, Rose Clance y Armistead, 2001).

La tristeza que causa la muerte de un hijo es la forma más fuerte y más duradera de la pena (Aho, Tarkka, Åstedt-Kurki y Kaunonen, 2006; Koskela, 2011). El anhelo y el dolor que siente un padre hacia un niño pueden durar toda la vida (Aho et al., 2006; Koskela 2011). Aunque la longitud y la experiencia de esa experiencia varían de persona a persona, el dolor de las madres se describe como más fuerte y más duradero que el que sufren los padres (Avelin, Rådestad, Saflund, Wredling y Erlandsson, 2013; Cacciatore, DeFrain, Jones y Jones, 2008; Lang y Gottlieb, 1993; todos citados en Salakari, Kaunonenab y Aho, 2014).

En la literatura científica se señala, como ya se ha referido, que las muertes violentas tienden a afectar más negativamente los resultados de salud de los padres en duelo que otras causas de muerte (Dyregrov et al., 2003; Keesee et al., 2008; Rachuba, Stanton y Howard, 1995; Wijngaards-de Meij et al., 2005; todos citados en Song, Floyd, Seltzer, Greenberg y Hong, 2010).

Song et al. (2010) mostraron que las circunstancias del duelo (es decir, la causa de la muerte del niño, confirmándose el impacto de las muertes violentas) influía en los resultados de salud en parejas en duelo con asociaciones moderadas por factores interpersonales (es decir, la cercanía del matrimonio) e individuales (es decir, el sexo y el nivel de educación). Por otra parte, otro factor descrito en la literatura asociado al duelo es la edad del hijo fallecido. Hay que tener en cuenta que la pérdida de un hijo adolescente o adulto se traduce en un dolor más intenso o persistente que en otras pérdidas (Cleiren, Dieksta, Kerkhof y van der Wal, 1994; Leahy, 1992; Nolen-Hoeksema y Larson, 1999; Sanders, 1979; citados en Joronen, Kaunonen y Aho 2016). Por otra parte, las muertes por homicidio o suicidio pueden evocar un deseo de venganza, sentimientos de culpa y acusaciones entre los padres.

Con relación al impacto de la muerte de un niño sobre la relación de pareja de sus padres, se sabe que puede causar el fortalecimiento o debilitamiento de la relación de pareja. En este sentido, la muerte de un niño puede aumentar la intimidad entre los padres y fortalecer la relación como resultado de la interacción exitosa, un incremento de la comunicación y el apoyo social recibido; pero es más

frecuente que la muerte de un pueda aumentar la tensión en la relación, y que aparezcan problemas de relación fruto del trauma.

En esta dirección, los cambios negativos pueden hacer que los padres estén más distanciados (Bellali y Papadatou, 2006; Gilmer et al., 2012; Koskela, 2011; Laakso y Paunonen-Ilmonen, 2002; citados en Salakari et al. 2014) siendo señaladas las razones más comunes de distanciamiento: las diferencias en la naturaleza de la pena y/o el hecho de que uno de los padres puede evadirse en el trabajo o culpar al otro padre (Laakso y Paunonen-Ilmonen, 2002). Además, el distanciamiento puede llevar a la infidelidad y al divorcio. En el estudio realizado por Salakari et al. (2014) los padres sintieron que las dificultades de la vida, la infelicidad y la falta de sentido debilitaron su relación a raíz de la muerte del hijo.

En conclusión, la muerte de un niño provoca una crisis en la relación de pareja que puede aparecer, incluso, años después de la muerte del niño por lo que es necesario tiempo para pasar por esta crisis y se requiere que los padres hagan frente a las emociones difíciles y que puedan expresar su dolor de manera más abierta (Salakari et al., 2014). En este sentido, estos autores recomiendan la necesidad de ofrecerles apoyo en forma de debates y una oportunidad para la terapia de pareja después de la muerte de su hijo. Además, los hombres necesitan información sobre la importancia de apoyar a su pareja, así como medios para identificar y expresar emociones negativas a fin de evitar conflictos en la relación.

Existen varias variables asociadas a los cambios negativos en la relación después de la muerte de un hijo: Joronen et al. (2016) arrojaron nueva información acerca de los factores relacionados con la satisfacción de los padres después de la pérdida de un hijo: la edad más joven de los padres, una mejor percepción de salud, que la causa de muerte sea fetal, la edad más joven del niño fallecido, aceptar la necesidad de que el matrimonio lleve a cabo terapia de pareja, y la relación de los padres de los encuestados en la infancia.

B) Impacto de la muerte de los padres sobre los niños y adolescentes

Hay que considerar que la muerte de los padres para los niños consiste en la pérdida permanente de una relación muy significativa, a menudo imprevista o sin explicación plausible. En este sentido, es uno de los eventos más estresantes que pueden ocurrir en la vida de un niño. Los padres son una fuente de confort emocional y apoyo instrumental durante la infancia, adolescencia y edad adulta (Bengtson, 2001).

Las consecuencias negativas de la pérdida de los padres para los niños han sido bien documentadas en la literatura (Amato y Anthony, 2014; Schafer, 2009). Su

pérdida puede llegar a provocar una profunda crisis emocional que puede afectar la sensación de seguridad y capacidad de control de un niño sobre el medio ambiente (Sandler, 2001), y generar preocupaciones sobre su propia mortalidad (Christ, 2010). Traumas incontrolables como la muerte de los padres pueden interrumpir un modelo existente del mundo en el que las experiencias son predecibles y controlables (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996) lo cual, en el futuro de sus relaciones de pareja, les puede generar una mayor inseguridad y una mayor necesidad de control de sus relaciones.

A corto plazo, la mayoría de los niños en duelo experimentan síntomas elevados de estrés psicológico (Silverman y Worden, 1992), consiguiendo resolverlos en el tiempo, pero se estima que 10% - 21% de los niños en duelo desarrollan niveles clínicos de internalización y/o externalización de trastorno (Gersten, Beals y Kallgren, 1991).

En Brown, et al., (2019) se hace mención a las consecuencias psicológicas de los niños y adolescentes en duelo, que incluyen TEPT, depresión y duelo complicado (Boelen et al. 2017). También se cita a Costello y col. (2002) que encontraron que los niños que experimentaron la muerte violenta de un ser querido tenían tres veces más probabilidades que aquellos que no experimentaron dicha pérdida para cumplir los criterios de un trastorno de ansiedad. Por último, se menciona la investigación de Melhem et al., (2011) que compararon las trayectorias de los síntomas entre los niños cuyos padres murieron repentinamente, observando que el 10% tenía TEPT persistente, depresión y duelo traumático hasta 33 meses después de la muerte. Estos autores señalan como este patrón persistente de síntomas se asoció con más muertes relacionadas con accidentes y suicidio (versus causas médicas naturales).

Este riesgo de desarrollar psicopatología en los niños afligidos es particularmente alto después de la pérdida de un padre por suicidio, accidente o muerte súbita (Brent, Melham, Donohoe y Walker, 2009, citado en Luecken y Roubinov, 2012). La muerte por terrorismo entraría en uno de estos casos. De hecho, se sabe que los niños cuyos familiares murieron por causas inesperadas (por ejemplo, terrorismo, suicidio) presentaban más síntomas y trastornos mentales que los niños cuyos familiares murieron por causas esperadas (por ejemplo, cáncer; Claycomb et al. 2016; Kristensen y col. 2012, citados en Brown, et al., 2019), y tenían períodos de recuperación más lentos. En esta línea, Dyregrov, Dyregrov, y Kristensen (2015) encontraron que las tasas de los trastornos psiquiátricos en la juventud son particularmente altos después de una muerte de un familiar por terrorismo. Estos autores examinaron el tipo y gravedad de los síntomas psiquiátricos y el deterioro

funcional en niños cuyos padres murieron durante el atentado del 11 de septiembre de 2001.

Lo cierto es que parece que los niños afectados por la pérdida se mantienen, a largo plazo, en alto riesgo de una variedad de problemas de salud mental (Luecken, 2008). Luecken y Roubinov (2012) citan algunos estudios que encuentran que la muerte de los padres en la infancia es un predictor de los trastornos psiquiátricos en adultos de mediana edad y de edad avanzada (Agid et al., 1999; Kendler, Gardner y Prescott, 2002a, 2006; Kivela, Luukinen, Koski, Viramo y Kimmo, 1998). Luecken y Roubinov (2012) también citan algunos estudios epidemiológicos de correlación que enlazan la muerte de los padres en la infancia a problemas de salud física (Agid et al., 1999; Felitti et al., 1998; Krause, 1998; Lowman, Drossman, Cramer y McKee, 1987), mientras que otros no lo hacen (Maier y Lachman, 2000; Tennant, 1988).

Según el modelo propuesto por Luecken y Roubinov (2012) hay que considerar la existencia de los factores de riesgo después de la muerte y los factores de protección y su impacto en el desarrollo de respuestas a los futuros factores estresantes como vías para la salud a largo plazo.

Estos autores señalan que los entornos de riesgo ponen en peligro la capacidad de los niños en duelo para regular de forma adaptativa las respuestas emocionales y conductuales a los estresores, lo que resulta en pobres resultados de salud a través del tiempo. En contraposición, los entornos de protección promueven la regulación emocional adaptativa, lo que lleva a reducir la carga emocional y fisiológica de estrés y mejores resultados de salud a través del tiempo. En este sentido, enumeran varios factores de riesgo y de protección y citan las investigaciones que apoyan sus conclusiones.

Si tenemos en cuenta este modelo, suponemos que los niños y adolescentes que han vivido la pérdida temprana de sus padres como consecuencia de la violencia masiva, tienen una mayor probabilidad de presentar problemas de relación de pareja que en su futuro formarán. Todas estas huellas que la pérdida temprana de sus padres les ha dejado, pueden transformarse en “vulnerabilidades” del adulto que llegará a ser y que dejarán su impronta en sus relaciones de pareja futuras. Para entender el modo en que estas vulnerabilidades pueden afectar la relación de pareja véase la obra de Dimidjian et al. (2008).

El caso de la familia Pérez-Mendoza: El impacto de la muerte del padre

Esta familia estaba formada por el padre, de profesión policía nacional, su mujer y tres hijas pequeñas. El padre resulta muerto en atentado terrorista en 1995, quedándose a cargo la madre del cuidado y manutención de sus tres hijas que, en aquellos momentos, tenían 7 años la mayor y 5 años de edad las más pequeñas que eran mellizas. Las niñas recuerdan que estaban comiendo en la casa, esperando al padre, y de pronto recibió su madre la noticia por teléfono de que a su padre le había pasado algo. Ella empezó a gritar y se fue llorando de la casa, dejándoles al cuidado de una vecina que, en ese momento, subía a la casa pues se había enterado por las noticias. Al día siguiente, les explicaron en el colegio, su madre y sus profesores, que el padre se había caído, golpeado la cabeza, estaba grave y no se sabía si se salvaría.

Las tres chicas expresan que han presentado problemas para recordar partes importantes de lo sucedido. Una de las mellizas cree que fue un año después que se enteró de la muerte del padre, pero no recuerda exactamente cómo ni cuándo.

A partir de la muerte del padre, la madre desarrolla una depresión profunda durante varios meses, levantándose de la cama solo para lo estrictamente necesario, y las hijas refieren que el tema de lo sucedido al padre se había vuelto tabú en la familia, para evitar que la madre no se pusiese peor de lo que estaba. Nunca más se habló de este suceso, evitando por todos los miembros de la familia mencionar el tema. Las tres niñas llegaron a dormir con la madre durante algunos meses, en la misma cama, para acompañarla *pues ella nos necesitaba*.

Al año de ocurrido el atentado, la madre decide emigrar con sus hijas desde el País Vasco a Murcia, careciendo de apoyo familiar y social prácticamente. Las niñas recibieron tratamiento psicológico durante un tiempo de pequeñas, pues se vieron muy afectadas por la muerte del padre.

Después de la muerte de su pareja en atentado, la madre trabajó en un bar durante varios años, desde las dos de la tarde hasta altas horas de la noche, para poder sustentar a la familia. Las niñas presentan problemas académicos y se sienten rechazadas por sus compañeros de clase pues, al provenir del País Vasco, les insultaban y atacaban, diciéndoles “etarras”. Son víctimas de acoso escolar, llegando a recibir golpes y son encerradas en el baño del colegio en algunas ocasiones. Toda esta situación conduce a abandono

escolar y a relacionarse prematuramente con los chicos. La hija mayor, a la edad de 15 años, queda embarazada de su pareja actual.

También cuando eran adolescentes, la madre se ve inmersa en un cáncer de útero, siendo intervenida quirúrgicamente y teniendo que estar ingresada durante meses. En este momento son las tres hijas las que tiene que rotarse para permanecer en las noches en el hospital. Esta situación desestabiliza considerablemente el equilibrio familiar y es vivida con mucha incertidumbre por toda la familia.

Cuando se realiza la exploración psicológica de las hijas, ya en edad adulta, las tres presentaban un duelo traumático con respecto a la muerte del padre, sintomatología postraumática y ansioso- depresiva. También presentaban problemas de relación con sus parejas. La hija mayor había sufrido violencia de género, caracterizada por agresión física y psicológica, y las mellizas fueron madres muy jóvenes. Su situación familiar socioeconómica se caracterizaba por la precariedad. Tanto ellas como sus parejas tenían una formación académica muy básica, no llegando a superar la ESO, alternando etapas de empleos eventuales y precarios con el desempleo. En el caso de las mellizas convivían con los suegros, y sus hijos, presentando problemas de relación con ellos.

Cuando discuto con mi marido, me siento demasiado sola. No le cuento nada a mi madre, pues ella ya ha tenido bastante, expresó una de las mellizas a sus 23 años. Resultaba muy preocupante en ella la ideación suicida, llegando a efectuar intento de autólisis. El cuadro clínico le estaba afectando considerablemente en el cuidado y educación de sus dos hijos pequeños, de siete y de tres años en ese momento. *A veces me pregunto cómo hubiese sido nuestra vida si mi padre no hubiese muerto-* dijo en una de sus primeras entrevistas. Como se puede apreciar en este caso, dentro de las consecuencias del duelo del padre y de la situación emocional de la madre asociada al mismo, así como a los efectos económicos del terrorismo que dejó a la familia en la precariedad, las hijas presentaron trastornos mentales, apego inseguro, problemas en la regulación de las emociones, mayor tendencia a sufrir otras formas de victimización (acoso escolar, violencia de género), problemas de autoestima, pérdida de seguridad en el mundo, mayor sensibilidad ante las pérdidas interpersonales de la vida y mayor percepción de amenaza. Toda esta situación se asoció al establecimiento de relaciones conflictivas y difíciles en su contexto que reforzaban su cuadro clínico, ocasionando consecuencias, incluso, en el ejercicio de la parentalidad.

C) Impacto de la muerte de los padres en edad adulta

Con relación al impacto de la muerte de los padres en edad adulta, el duelo constituye también un desafío al que tendrán que hacer frente. Aunque la pérdida de un padre en la edad adulta típicamente es seguida por una adaptación gradual, el duelo se ha asociado a reducciones importantes y a largo plazo de la satisfacción con la vida en adultos, a problemas emocionales y trastornos psicológicos.

En la literatura científica sobre el impacto de la muerte de los padres sobre los hijos está más investigado el duelo en la niñez y en la adolescencia que en la edad adulta. Las consecuencias adversas de las pérdidas son más pronunciadas en la infancia y en la adolescencia que en las personas adultas (Rostila y Saarela, 2011), existiendo varias razones posibles como ya hemos explicado. Una de ellas es la figura de apego primaria que ejercen los padres, que va perdiendo su importancia poco a poco, y se van agregando a otras relaciones sociales, como cónyuges, hijos y amigos. Otra es que la muerte de un padre cuando se es joven es más inesperada y, por consiguiente, tiene consecuencias más adversas (Leopold y Lechner, 2015).

De los pocos estudios que han tratado el tema con adultos, se ha sugerido que pueden surgir efectos adversos a largo plazo. El duelo filial se asocia con reducciones sustanciales y a largo plazo de bienestar en adultos (Marks, Jun y Song, 2007). La literatura sugiere tres vías por las que median estos efectos negativos. Primero, el proceso del duelo en sí, implica una importante agitación mental, pudiendo darse una respuesta de estrés prolongado. En segundo lugar, la pérdida de un padre en la edad adulta puede implicar reconfiguración de roles, responsabilidades familiares y la transformación de la identidad del joven, los cuales pueden suponer una carga psicológica importante para los adultos en duelo (Petersen y Rafuls, 1998).

Leopold y Lechner (2015) citan los estudios existentes sobre el impacto de la muerte de los padres en edad adulta que revelan heterogeneidad sustancial, donde el moderador más importante es el género. La muerte de la madre suele ser más traumática que la del padre (Umberson, 2003; Umberson y Chen, 1994). Esto se atribuye a los lazos de unión entre niños y madres, que actúan como cuidadores primarios e invierten más en las relaciones de familia al cabo de toda la vida (Bowlby, 1969; Umberson, 2003). Otros estudios más consistentes han sugerido que la diada padre-hijo/madre-hija son más fuertes, las niñas sufren más al morir la madre.

Por el contrario, continúan citando Leopold y Lechner (2015), las investigaciones al respecto, los hijos sufren más con la muerte del padre, aunque no se corresponde con la fuerza de los lazos emocionales, por lo que se sugiere la importancia de la

identificación personal como modelo a seguir hasta la edad adulta (Umberson, 2003). Los hombres, por ejemplo, pueden aumentar su consumo de alcohol con más frecuencia que las mujeres, especialmente después de la pérdida de su padre (Marks et al., 2007); y también parecen a ser algo más vulnerables a mayor mortalidad después de la muerte de uno de los padres en la edad adulta (Rostila y Saarela, 2011). Las mujeres, por el contrario, pueden mostrar cambios afectivos más pronunciados que los hombres (Umberson, 2003; Umberson y Chen, 1994). Cada uno de estas variables tendrá su eco particular en cómo se relacionen con sus parejas.

La edad de los afligidos y lo inusual de la muerte tienen un impacto significativo en la intensidad y naturaleza de la respuesta al duelo. Los jóvenes afligidos experimentan un duelo más intenso y prolongado con un mayor decremento en la salud, más visitas al médico por problemas físicos y emocionales y un mayor consumo de drogas, alcohol y tabaco tras la pérdida. El tipo de relación con el fallecido (si el afligido se relacionaba o no con el fallecido y la naturaleza específica de esta relación) también influye en el curso e intensidad del duelo (Heberman, Fullerton y Ursano, 2013).

A pesar de que la satisfacción con la vida es un importante resultado en sí misma, la investigación indica que también es predictiva de futuros problemas de salud mental, tendencias suicidas, problemas de salud física, y la mortalidad (Diener et al., 2013). Los resultados relativos a las diferencias de edad y sexo en el duelo por la muerte de los padres en adultos (Leopold y Lechner, 2015) permiten identificar individuos que están en un mayor riesgo de sufrir potencialmente consecuencias de largo alcance de la pérdida de los padres en cuanto a la disminución a largo plazo en la satisfacción con la vida y problemas de salud asociados. Estos resultados sugieren que, en particular, las hijas que experimentan una pérdida prematura de su madre necesitan de una mayor atención, seguramente debido a lo inusual de estos hechos y a la dificultad para poder sentirse entendidas y acogidas en el tejido social frente a las pérdidas de los padres a una mayor edad, lo cual se asume como parte de la vida.

Evidentemente, la satisfacción con la vida y sus problemas asociados se expresará en el modo en el que estos adultos, afligidos por el duelo, se relacionan con el mundo, incluyendo sus relaciones de pareja. Todos estos retos deberán ser asumidos por las parejas que estas personas han formado y de la que esperarán comprensión, acompañamiento y apoyo en estos momentos difíciles.

D) Impacto del duelo de los padres y/o cuidadores en el sistema familiar

El contexto social relacionado con el terrorismo es particularmente difícil en el caso del duelo familiar (Abbott, 2009; Chemtob y col., 2007; Possick, Sadeh y Shamai, 2008). Por ejemplo, un estudio pequeño informó el silencio que se cierne sobre el dolor de las familias del sur de Asia que perdieron a un pariente en los ataques terroristas (Inman, Yeh, Madan-Bahel y Nath, 2007). La experiencia simultánea de discriminación, porque fueron percibidos como potenciales agresores en sus vecindarios, interfirió con su proceso de duelo. En esta línea, hay indicios de que los niños y las familias vulnerables se ven más afectados por el terrorismo. Esta vulnerabilidad puede provenir de factores constitucionales (antecedentes de trastorno de salud mental), factores familiares (conflicto) o factores sociales y culturales (socioeconómicos precariedad, minoría) de lo cual hemos hablado con anterioridad.

Al examinar como impacta el duelo de los padres y/o cuidadores en el sistema familiar habría que considerar el impacto de la salud de los padres sobre los niños. Los hallazgos que mencionamos a continuación han sido citados por Brown, et al. (2019). Se sabe que, al igual que los niños, los adultos en duelo son vulnerables al TETP, la depresión y el duelo prolongado (por ejemplo, Bergman et al. 2017; Boelen y Eisma 2015). Los adultos que están en duelo debido a un evento traumático pueden, aproximadamente, duplicar las tasas de TETP y depresión en comparación con aquellos expuestos a un duelo sin trauma (Chan et al. 2012). De este modo, los síntomas de los cuidadores y su manejo de esos síntomas pueden influir en la salud mental de los niños (Reyes y Lieberman 2012), y en las dinámicas de interacción en las familias.

En particular, los síntomas de duelo de los cuidadores pueden incluir preocupación por la muerte, lo que puede llevar hacia comportamientos sobreprotectores hacia sus hijos y transmitir un mensaje de que el mundo es un lugar peligroso e inseguro (Mannarino y Cohen 2011). Por el contrario, el nivel percibido de apoyo que los niños tienen frente a estas pérdidas y la paternidad positiva en aquellos cuidadores sobrevivientes se correlacionan negativamente con síntomas de TEPT en niños (Howell et al. 2016; Luecken y col. 2009).

La familia de María: Impacto del duelo de la madre en el funcionamiento familiar

En el segundo capítulo hemos abordado el caso de María, una mujer de 60 años cuya hija falleció en 1991, a la edad de 11 años, en un atentado terrorista. La familia tenía cuatro hijos que sufrieron este atentado, siendo

rescatados por la Guardia Civil de entre los escombros de la casa cuartel. Tras el atentado, María y su pareja recorren todos los hospitales de la zona hasta encontrar a su hija, que ya había fallecido. El cadáver se pudo reconocer solo por la ropa.

Desde este momento, María tiene grandes dificultades para elaborar el duelo, presentando un duelo traumático. En su casa se ha apreciado el fenómeno de la conspiración del silencio. Durante las entrevistas la paciente afirma haber sido muy sobreprotectora con sus hijos. A partir del atentado ha estado más encima de sus otros hijos y el miedo a que ocurra algo malo se incrementó notoriamente, siendo reforzado por otros eventos traumáticos. *Yo siempre le estaba preguntando a mis hijos: ¿Dónde estás?, ¿Qué haces?, ¿Con quién vas?*

En ocasiones ha llegado incluso a tener conductas que han despertado la atención de los amigos de su hijo. *Muchas veces les decía a los críos que cuando saliesen con amigos no se cambiasen de ropa los unos a los otros, porque cuando murió mi hija la conocimos por la ropa.* El miedo y la hipervigilancia han estado presentes desde el suceso ocurrido, y ha influido notoriamente en el ámbito familiar.

Estando ya aquí en Murcia, mi hija salió y se fue con una amiga a Santa Pola y hubo un atentado también. Ella estaba dos calles más para arriba. Ese día casi me muero de susto. Encima no le podía localizar por teléfono. Siempre temo a que les pase algo malo.

Este tipo de sucesos refuerzan y agravan el miedo excesivo ya existente en la paciente y sus creencias acerca del mundo como un sitio peligroso e inseguro, y hacen que la hipervigilancia aumente, reforzando la sobreprotección hacia los hijos.

Luego el terremoto en Lorca que mi hijo pequeño se había venido para Murcia y yo no sabía si también había sido en Murcia [...] Intenté llamar pero los teléfonos no funcionaban por más que quería porque estaban bloqueados. Otra vez otro susto grande.

En la entrevista la paciente cuenta como los miembros de la familia han pasado esos “sustos” de forma individual. Sufren esos períodos de intenso nerviosismo y miedo sin ponerlo en común, sin comunicarlo, lo que hace que el miedo a que pase algo malo sea común en la familia y se refuerce más aún. Todos estos eventos traumáticos que ha sufrido la familia han influido sobre

el sistema de creencias familiar: el mundo se percibe como un lugar peligroso, lleno de amenazas, no se puede confiar en los seres humanos.

Uno de los hijos, que también padeció el mismo atentado terrorista de la hermana y resultó herido, afirma que la explosión que hubo en el terremoto fue parecida al atentado, lo que hace que a raíz de esa experiencia previa la familia tenga más miedo aún. Este hijo fue diagnosticado de TEPT, ansiedad generalizada y dependencia de sustancias (cocaína). Ha presentado muchos conflictos con la madre por la sobreprotección materna. *Después del atentado mi madre cambió, era muy dura, me castigaba mucho, estaba irritable. Apreciamos en este hijo un sentimiento de culpabilidad grande: Yo iba a mi bola, iba para dormir y comer a casa (...). Me he sentido como la oveja negra de casa (...) Siempre he pensado que he sido malo.*

Este hijo también relata el dolor y el cambio que supuso el fallecimiento de su hermana:

Ya no estaba mi hermana, jugábamos con ella y ya no estaba (...) A mi madre la veía más preocupada por las cosas, más nerviosa, nos regañaba mucho mas y yo notaba como siempre tenía miedo de que nos fuese a pasar algo.

Dentro de la familia se nota un ambiente que ha perjudicado la comunicación y que no se desarrolla de forma productiva para corregir las conductas que dañan el clima familiar: La madre expresa, refiriéndose a su marido: *Él normalmente se calla, me deja estar (...). Me deja con mis locuras, pero a mí me cabrea aún más que no hable (...). Cuando discutimos coge la puerta y se va. Después yo hablaba un rato sola como las locas como yo digo, y cuando llegaba no le hablaba por haberse largado.*

En los conflictos de la pareja se ve inmerso el otro hijo, al cual afirma actuar de “mensajero” entre sus padres, ya que durante dos o tres días no se hablaban.

Sobre este caso volvemos en el capítulo VII, para profundizar en la dinámica familiar y las intervenciones realizadas sobre el sistema.

Otro grupo de síntomas que ha sido estudiado en los cuidadores que han sufrido pérdidas traumáticas, y cómo influyen sobre los niños, son los de evitación y depresión, que pueden resultar en una falta de conciencia de los síntomas de sus hijos y servir de modelo de estrategias de afrontamiento inadecuadas (Cerel et al. 2006). Por otra parte, los síntomas de hipervigilancia pueden resultar en conductas

intolerantes, un estilo de crianza caracterizado por la severidad, y conflicto entre padres e hijos como hemos visto en el caso de María.

Las investigaciones sugieren que el funcionamiento del cuidador se asocia con el siguiente duelo de los niños debido a un trauma. Por ejemplo, Morris et al. (2016) en una investigación de psicopatología del cuidador y del niño tras la muerte de un miembro de la familia, encontraron que los síntomas maternos de TEPT, depresión y duelo complicado se correlacionaron significativamente con los síntomas de los niños. En la misma línea, Brown et al. (2008) encontraron que dificultades en la regulación de las emociones de los cuidadores en respuesta a la muerte de un ser querido, y el grado en que los cuidadores estaban tristes meses después de la muerte, se ha asociado significativamente con el dolor traumático de los niños.

En resumen, debido al sufrimiento de los cuidadores por sus propios síntomas frente a una pérdida traumática como puede ser el terrorismo, y la influencia de esos síntomas en el funcionamiento de los niños, son necesarias intervenciones terapéuticas tanto para los niños como los cuidadores, tema que abordamos más adelante.

6. La resiliencia de familias y parejas

Partiendo del hecho de que la resiliencia en el individuo está ligada a la forma en la que las personas interpretan lo que les sucede, se ha descrito a las personas resilientes como individuos que interpretan las experiencias estresantes y dolorosas como un aspecto normal de la existencia, un aspecto más de la vida que en general es interesante y valioso. Estas personas creen que tienen la capacidad para hacer frente a las circunstancias difíciles y predisposición para hacerlo activamente.

Más allá de ver los recursos para la resiliencia individual, una perspectiva sistémica se centra en el riesgo y la resiliencia en la familia como unidad funcional (Walsh, 1996, 2016). La resiliencia familiar se refiere a la capacidad del sistema familiar para resistir y recuperarse de la adversidad y salir fortalecido (Walsh, 2003). Más allá que afrontar o sobrevivir a una terrible experiencia, la resiliencia implica una adaptación positiva, ganar la capacidad de evolucionar, con una transformación personal y relacional y con crecimiento positivo forjados a través de la experiencia. En el campo de los sistemas familiares, numerosos estudios han encontrado que las parejas y las familias, a través del sufrimiento y la lucha, a menudo emergen

más fuertes, con más capacidad de amar, más decididos en sus vidas y más capaces de afrontar los retos futuros (Walsh, 2016).

Aunque el concepto de resiliencia se puede superponer con la teoría y evidencia empírica sobre crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun, 2004), la resiliencia es distinta en la medida en que se enfoca en los procesos relacionales y las vías involucradas en este crecimiento. El concepto de resiliencia familiar amplía la teoría del desarrollo familiar y la investigación sobre estrés familiar, afrontamiento y adaptación (Hawley y DeHaan, 1996; Patterson, 2002). El concepto es inherentemente contextual, con fortalezas y vulnerabilidades evaluadas y abordadas en relación con el desafío de atravesar la familia frente a una situación adversa.

Según la teoría COR, que se ha mencionado anteriormente, el estado de adquisición y preservación activa de recursos es fundamental para la resiliencia y la adaptación. Puede verse que la resiliencia frente a la pérdida y la amenaza de pérdida estarán fundamentalmente relacionadas con la fortaleza de la reserva de recursos disponible para el individuo, el grupo social y la sociedad. Este enfoque es todo lo contrario de una perspectiva de indefensión aprendida, ya que sugiere que la motivación para asegurar, proteger y acumular recursos es un proceso continuo que es difícil de extinguir. Para fomentar la resiliencia, se puede ver que la prevención de pérdidas significativas es fundamental. En la medida en que las personas se involucren en limitar los ciclos de pérdida de recursos, no solo estarán menos devastadas, sino que también comenzarán el proceso clave de convertir los ciclos de pérdidas en ciclos de ganancias y fomentar la resiliencia propia y de su grupo. Como se ha comentado anteriormente, el segundo principio de la teoría COR es que las personas deben invertir recursos para protegerse contra la pérdida de recursos, recuperarse de las pérdidas y obtener recursos. Aunque la pérdida de recursos es más potente que la ganancia de recursos, la importancia de la ganancia aumenta en situaciones de pérdida de recursos. Esto sugiere que las intervenciones deben apuntar a promover la ganancia de recursos, así como a obtener recursos que los individuos tenían antes del trauma (Hobfoll, et al., 2008).

Siguiendo la teoría de la conservación de recursos, en respuesta a los ataques terroristas el 11 de septiembre de 2001, miles de niños se vieron afectados. Al asignar los recursos tan necesarios para ayudar a esos niños en las semanas y meses posteriores a los ataques, se ha observado que las escuelas que pudieron invertir los recursos entonces necesarios, en maestros adicionales, trabajadores de la salud y similares, produjeron mejores resultados para sus hijos. En el caso de los niños, es fundamental subrayar que necesitarán modelos de conducta de adultos que apoyen sus esfuerzos de resistencia, ya que sus rasgos personales y su estilo

están todavía en fase de formación. Además, las características de los padres y las familias, como un mayor nivel económico, conocimientos, bienestar físico, autoestima, flexibilidad y autoeficacia, funcionan como recursos que los padres pueden utilizar para amortiguar tanto su propio estrés como el de sus hijos. De igual forma, los padres pueden trabajar para promover la cohesión familiar, o la unidad dentro de la familia, como un recurso para amortiguar el impacto negativo y la pérdida potencial como consecuencia de un evento traumático. La falta de esa cohesión se ha asociado con un aumento de los conflictos y un deterioro de los beneficios del apoyo social que generalmente prestan los miembros de la familia (Hobfoll, et al., 2008).

En este marco, el desarrollo interactúa con las evaluaciones de los niños sobre los acontecimientos traumáticos, así como con sus evaluaciones continuas de las respuestas de la comunidad y la familia y, en última instancia, con el funcionamiento psicológico postraumático de estos niños. Esto pone de relieve la importancia del escudo protector desde el punto de vista del desarrollo, de modo que los niños puedan recuperar recursos como la seguridad y la protección, que pueden ser más importantes en los diferentes niveles de desarrollo (Hobfoll, et al., 2008). Por consiguiente, gran parte de la resiliencia de los niños parece estar influenciada socialmente, principalmente por los padres. Esto puede ocurrir a través de varios mecanismos, incluido el modelado. Los padres, cuando se muestran tranquilos y confiados, demuestran una solución eficaz de problemas en respuesta a la adversidad y se ofrecen como modelos positivos frente a sus hijos. Los padres que no responden, son inconsistentes u hostiles socavan la capacidad de recuperación de los niños enseñándoles a desconfiar de los demás, se sienten inseguros en las relaciones y utilizan estrategias ineficaces para asegurar el apoyo social. Los niños cuyos padres son solidarios y no punitivos se adaptan mejor, son menos agresivos y resuelven mejor los problemas que los niños cuyos padres tienen un estilo más hostil y punitivo.

Por otra parte, se sabe que al enfrentar la adversidad, el enfoque y la respuesta familiares son cruciales para la resiliencia. Las familias no reaccionan simplemente a los acontecimientos estresantes de la vida. La forma en la que una familia se enfrenta y gestiona estas experiencias, amortigua el estrés, se reorganiza eficazmente y reinvierte en la búsqueda de la vida influirá en la adaptación de todos los miembros y en su relación como sistema.

Los procesos clave permiten que la familia se recupere en momentos de mucha tensión para reducir el riesgo de disfunción y apoyar la adaptación positiva. Aunque algunas familias son más vulnerables o ha experimentado un trauma

severo o dificultades persistentes, una perspectiva de resiliencia familiar se basa en una profunda convicción de su potencial de reparación y crecimiento.

La teoría y la ciencia de la resiliencia ha avanzado desde los primeros modelos basados en rasgos a comprender la resiliencia en términos de procesos dinámicos y vías de adaptación positiva a lo largo del tiempo (Masten, 2014). Las intervenciones tienen como objetivo desarrollar las capacidades familiares para ser más proactivas y evitar las crisis y afrontar con mayor eficacia los factores estresantes.

Los desafíos a que pueden enfrentarse las familias varían con el tiempo y en relación con el ciclo de vida individual y familiar (Walsh, 2003). El problema es que la mayoría de las formas de estrés no son simplemente un evento único a corto plazo, sino un conjunto complejo de condiciones cambiantes con una historia pasada y un curso futuro. Para hacer frente a los desafíos en las diferentes fases de adaptación, las familias pueden necesitar aprovechar fortalezas diferentes. Después de unirse en una crisis aguda, a medida que disminuyen las demandas urgentes, es necesario reanudar el funcionamiento familiar diario y atender otras prioridades.

Las demandas psicosociales de una condición adversa pueden variar con su curso en el tiempo. Dada esta complejidad, diversas fortalezas y estrategias pueden ser más o menos útiles a lo largo del tiempo dependiendo de su encaje con situaciones cambiantes.

Una perspectiva que se ha adoptado también para explicar la resiliencia familiar tiene que ver con el ciclo de vida familiar. Los desafíos asociados a la adversidad interactúan con otros problemas destacados que surgen en el desarrollo familiar y están fuertemente influenciados por experiencias adversas pasadas en la red multigeneracional. La resiliencia está tejida en una red de apoyo con conexiones y experiencias a lo largo del curso de la vida y a través de las generaciones. En este sentido, los eventos inesperados y nuevas relaciones, a menudo han interrumpido una cadena negativa y catalizado un nuevo crecimiento, cambiando vidas. Dichos hallazgos apoyan las convicciones fundamentales en un enfoque de resiliencia basado en la práctica: a pesar de un pasado difícil, con eventos adversos, las personas tienen el potencial de dar un giro a sus vidas y ganar resiliencia a lo largo de la vida. Con el tiempo, las interacciones positivas tienen un efecto de refuerzo mutuo en trayectorias de vida positivas.

Varias décadas de investigación de sistemas familiares han demostrado que ningún patrón único caracteriza familias que funcionan bien (Lebow y Stroud, 2012). Como bien plantea Walsh (2016), las etiquetas de diagnóstico que reducen

la riqueza de la vida familiar o las tipologías que proponen un modelo único de “las familias resilientes ”no se ajustan a las muchas y variadas formas en que las familias enfrentan sus desafíos y pueden patologizar a quienes difieren de una norma. En cambio, siguen planteando este autor, debemos considerar los muchos aspectos en el funcionamiento familiar, y evaluar las fortalezas y vulnerabilidades de cada familia en múltiples dimensiones del sistema en relación con los desafíos que enfrentan, sus recursos y limitaciones, su entorno social y su proceso de desarrollo.

En resumen, la evidencia reciente sugiere que los elementos familiares, sociales y biológicos de la resiliencia pueden estar estrechamente conectados. Se ha demostrado que el aislamiento social y los bajos niveles de apoyo social tienen un efecto negativo en la salud física y psicológica. La literatura existente sugiere que la resiliencia no es universal ni estable. Los individuos o las familias pueden mostrar resiliencia en algunos dominios pero no en otros, y su capacidad para hacerlo puede cambiar con el tiempo.

Walsh (2007) propuso nueve procesos de resiliencia familiar en tres categorías: sistemas de creencias, patrones organizacionales y comunicación / resolución de problemas. Walsh (2007) propuso que las creencias y valores compartidos entre los miembros de la familia dan forma a sus respuestas colectivas a los eventos adversos. Las familias que demuestren resiliencia serán más propensas que otras a sentirse seguras de que pueden lidiar con las dificultades y que los resultados finales serán positivos. Según Walsh, las familias resilientes tienen más probabilidades que otras de mantener ciertos patrones organizativos, como pasar tiempo juntas y mantener rutinas y rituales. También se cree que las familias resilientes tienen funciones que promueven la resolución efectiva de problemas, incluida la buena comunicación, el manejo efectivo del comportamiento y asignaciones claras pero flexibles de responsabilidad. Black y Lobo (2008) propusieron el uso efectivo del apoyo externo como una característica adicional de las familias resilientes.

La investigación ha ahondado acerca de los posibles mecanismos de recursos familiares pertinentes en juego en los entornos afectados por conflictos armados y terrorismo. Por ejemplo, sabe que los niños que estaban físicamente cerca de sus padres durante los bombardeos aéreos se desempeñaron mejor que los niños separados de sus padres. Son importantes los problemas psicosociales de la madre que pueden tener un impacto duradero en los hijos. También hay que destacar la solidez y la cohesión familiar en tiempos de guerra. (Véase Tol, Jordans, Reis y De Jong, 2008). Estos autores hace referencia a los procesos claves de la resistencia de la familia, señalados por Walsh, 2002, los cuales son:

- Sistemas de creencias, que consisten en la capacidad de dar sentido a la adversidad, mantener una perspectiva positiva y la dimensión de la espiritualidad
- Patrones de organización, consistentes en flexibilidad, conexión y recursos sociales y económicos
- Procesos de comunicación, que consisten en la claridad, el intercambio emocional abierto y la resolución colaborativa de problemas.

También se da importancia a los hermanos, quienes pueden adoptar el rol de cuidadores o educadores cuando hay falta de recursos, y de la familia más extensa, como el apoyo de los tíos y primos.

Con relación a las parejas, Shamai et al. (2016) encontraron que las parejas resilientes a la guerra y el terrorismo se caracterizan por su capacidad para mantener la intimidad diádica o para crear diferentes tipos de intimidad diádica que se ajustaban con las exigencias de la situación de seguridad. Varios factores contribuyeron a esto: la flexibilidad y la igualdad en la división de roles y los procesos de toma de decisiones, y la asociación en los procesos de afrontamiento emocional. En contraste, las parejas impactadas de modo negativo por la guerra se caracterizan por la alteración de la intimidad diádica, una tendencia a tener una división de roles rígida y desigual, la falta de consenso en la toma de decisiones y el no compartir las emociones vinculadas a la situación.

Los autores compararon estos resultados con un estudio cuantitativo paralelo (Shamai, Enós, Machmali-Kievitz y Tapiro, 2015, citado en Shamai et al., 2016). La división de roles y la toma de decisiones no fueron las zonas que se encontraron más afectadas por la situación de seguridad, mientras que en el estudio de Shamai et al. (2016) quedó claro que el proceso de toma de decisiones y la división de roles resultaba altamente determinante de las relaciones de pareja en la situación de seguridad peligrosa. En ambos estudios, sin embargo, los participantes informaron que la capacidad de intercambio mutuo y la confianza era un amortiguador importante contra el posible impacto negativo de la situación de seguridad. Los hallazgos del estudio de Shamai et al., proporcionaron información adicional sobre el significado de compartir las experiencias y de la confianza. Los miembros de la pareja podrían compartir sus sentimientos sólo si se sentían seguros de que eran similares a su pareja o de que el otro miembro de la pareja sería capaz de contenerlos sin aumentar su nivel de ansiedad.

Shamai et al. (2016) realizaron un intento de integrar el modelo propuesto y las teorías existentes sobre las relaciones de pareja y las familias bajo estrés. En otras

palabras, parejas resilientes se definirán por los investigadores que se centran en la resiliencia como parejas elásticas, ya que la situación estresante no daña sus relaciones; citando los autores estas investigaciones (Bonanno, 2005; Masten y Coatsworth, 1998; Walsh, 1998).

El creciente cuerpo de investigación sobre resiliencia, destacando las familias y parejas que funcionan bien, puede ayudar a elaborar enfoques de intervención y prevención para fortalecer los procesos familiares de resiliencia.

7. Conclusiones

El sistema habitual de apoyo que está presente en una familia y el ambiente en casa puede verse afectado después de una experiencia traumática. En esta dirección, las crisis graves y los desafíos vitales persistentes impactan toda la familia y, a su vez, los procesos transaccionales claves median la adaptación (o la disfunción) para todos los miembros, sus relaciones y la unidad familiar. Entonces, mientras tratamos los problemas psicológicos de los niños, adolescentes y sus padres debido al impacto del trauma, se debe también evaluar el estado mental y las necesidades más amplias de la familia y apoyar su funcionamiento.

Las investigaciones realizadas nos demuestran que las consecuencias psicopatológicas del terrorismo (TEPT, depresión y ansiedad) no solo impactan en la salud mental de los miembros de la familia sino que originan problemas en el funcionamiento familiar, tanto de las parejas como de la relación padre-hijos. En base a lo anterior, en este capítulo hemos examinado las asociaciones que existen entre la depresión, los trastornos de ansiedad y el TEPT, por una parte, y los problemas de relación de pareja, por la otra, en contextos de guerra y terrorismo. También hemos examinado la influencia de esas consecuencias psicopatológicas para el funcionamiento familiar, así como la resiliencia en el sistema.

Las principales conclusiones que pueden establecerse en la literatura de investigación al respecto son:

1. Con relación a las familias, la investigación revisada destaca la importancia de pensar más allá del nivel individual en un entorno posterior a un ataque terrorista. Prestando atención a los niños y jóvenes que pueden sufrir con el evento de modo directo o indirecto, es necesario el reconocimiento de la influencia de variables tales como el afrontamiento y la salud mental de los padres, los estilos educativos y el entorno familiar más amplio. Existen una serie de factores de riesgo que pueden conducir a la psicopatología infanto-

juvenil en casos de terrorismo. Estos incluyen: psicopatología parental; estilos educativos basados en la hostilidad, la ansiedad y la sobreprotección; exceso de preocupación sobre la familia; dificultades en la comunicación caracterizadas por demasiada o muy poca conversación sobre el suceso traumático; niveles elevados de conflicto entre padres e hijos y/o familia; baja percepción de la cohesión familiar y funcionamiento familiar más disfuncional. Por último, también se ha estudiado que el poco control de los padres sobre la exposición a los medios y noticias relacionados con el desastre de los niños se relaciona con el malestar de los mismos. En base a lo anterior, los enfoques de tratamiento en un entorno posterior a un ataque terrorista necesitan considerar todas estas variables, evaluando las necesidades de la familia y previniendo la aparición y/o el mantenimiento de los trastornos mentales.

2. Cuando los padres también experimentan malestar clínicamente significativo en respuesta a los sucesos traumáticos, esta influencia puede afectar la salud mental de los niños (TEPT, depresión, ansiedad, problemas de conducta, abuso de sustancias etc.) de modo indirecto, pues el malestar postraumático de los padres puede producir cambios en el funcionamiento familiar. Consecuentemente, puede crearse un entorno de irritabilidad, conflicto y abandono, atmósfera que conduce a los síntomas de TEPT en los niños (Cobham et al, 2016, Creech y Misca, 2017).
3. Tanto los síntomas del TEPT como la depresión de los padres se consideran predictores de las dificultades reportadas por los mismos en el funcionamiento de la relación con sus hijos. Por ejemplo, estos síntomas se han asociado con una mayor probabilidad de que los niños tuviesen miedo a la hora de actuar en su ámbito familiar y con comportamiento de los padres disfuncionales (menos crianza positiva, disciplina más inconsistente y menos supervisión). En esta línea, los síntomas de TEPT se asociaron con las preocupaciones sobre la educación de los hijos y los síntomas de la depresión se asociaron con el aumento de estrés de los padres y las dificultades en la crianza percibidas por los mismos.
4. Los síntomas de TEPT de los padres y cómo influyen sobre la dinámica familiar han sido los ampliamente estudiados. Estos se han asociado con una disminución de la alianza entre los padres para la educación de los hijos señalando dificultades en la cooperación y la comunicación parental (Allen, et al., 2010). Los padres han expresado las dificultades para hablar con los niños sobre el TEPT así como motivaciones para hacerlo. Si bien es cierto que muchos también indicaron que dicha comunicación fue un reto positivo

(Sherman, et al., 2015). Por otra parte, los síntomas de evitación del TEPT interfieren con la participación en las actividades de los niños (Sherman et al., 2016; Brockman et al. 2016). Los síntomas de TEPT relacionados con las alteraciones en el estado de ánimo y en las cogniciones influyen en la autoestima como padres de los veteranos, el compromiso con la familia y el tipo de apego hacia los hijos. Para ver también la influencia del estado de ánimo propio del TEPT en el funcionamiento parental se ha encontrado que el componente de disforia del trastorno fue un predictor único de estrés de los padres (Tomassetti-Long et al., 2015). Por último, Sherman et al. (2016) señalaron la influencia de la ira y la agresión en la crianza de los hijos como otro de los temas importantes. Los padres con TETP son más propensos a realizar agresión física moderada y severa con sus hijos, lo cual es altamente preocupante porque las exposiciones a la irritabilidad, la agresión y la hostilidad son altamente predictivos de un ajuste infantil pobre (Cozza, Holmes, y Van Ost, 2013).

5. La teoría interpersonal cognitivo-conductual del TEPT (Monson, et al., 2012) se ha propuesto para explicar que los procesos implicados en la asociación entre TEPT y el funcionamiento de la relación de pareja son aplicables, también, al funcionamiento padre-hijo (Creech y Miska, 2017). Este modelo enfatiza en las asociaciones bidireccionales entre estos procesos, lo que sugiere que mientras el TEPT influye en el funcionamiento de la familia, el funcionamiento de la familia también influye en el TEPT. Así, los tres procesos que mantienen los síntomas del TEPT, afectan negativamente el funcionamiento de las relaciones de pareja y que también son aplicables a la relación padre-hijos son: (1) la evitación tanto de comportamientos como de las emociones que recuerdan al suceso traumático; (2) los procesos cognitivos y el contenido temático asociados al trastorno; (3) los trastornos emocionales.
6. En el área de las relaciones de pareja, el vínculo entre la depresión y la calidad de la relación de pareja se ha establecido por más de tres décadas en la investigación tanto para los síntomas depresivos como para los trastornos depresivos (Rehman et al., 2008; Whisman, 2001, 2007). Por otra parte, Foran et al. (2015) citan los estudios que asocian los problemas de relación conyugales con los trastornos de ansiedad. Tanto la depresión como los trastornos de ansiedad están profundamente entrelazados con el funcionamiento de la pareja, de forma bidireccional, y se refuerzan a través de los comportamientos que los cónyuges realizan aunque existen moderadores de estas asociaciones. Whisman (2013) cita estos moderadores y las investigaciones que los señalan.

- 7.** También en el área de las parejas, con relación al TEPT, los síntomas del trastorno deterioran las relaciones de pareja de los sobrevivientes de traumas, perjudicando el nivel de satisfacción de la relación (Renshaw, et al., 2010; Allen et al., 2010, Galovski y Lyons, 2004). Los síntomas de embotamiento emocional son los que están más asociados con la insatisfacción en la relación, al interferir en la intimidad. Los síntomas de evitación implican menos interés, desapego emocional, restricción afectiva, y un sentido de futuro limitado (Dekel y Monson, 2010) y, a menudo, conducen al aislamiento, el retraimiento emocional, a problemas de intimidad y, a veces, abuso conyugal (Allen et al., 2010; Monson et al., 2009). Los síntomas de hipervigilancia reducen el sentimiento de seguridad en la pareja (Dekel y Monson, 2010). Los síntomas de TEPT, además, se han correlacionado negativamente con la confianza en la relación, la vinculación positiva entre los cónyuges, la alianza parental, la dedicación a la relación de ambos esposos y con mayores niveles de comunicación negativa en ambos miembros de la pareja (Allen et al., 2010).
- 8.** Las asociaciones entre los problemas de relación de pareja covarían no sólo con los síntomas de TEPT, sino también con el trastorno. Así, el TEPT se ha asociado a niveles más altos de conflicto marital, tanto en muestras militares (Meis et al., 2010), como civiles (Monson et al., 2009; Taft et al., 2009); a las inseguridades en el apego (Ein-Dor et al., 2010) y al aislamiento social de las parejas (Dirkzwager, et al., 2005).
- 9.** El TEPT se ha asociado a la violencia de pareja bidireccional, no solo como un factor de riesgo para la perpetración sino también como un factor de riesgo de vulnerabilidad para la victimización (Teten et al., 2010; LaMotte et al., 2014, 2015 citados en Misca y Forgey, 2017) tanto en poblaciones militares como civiles (Misca y Forge, 2017; Taft et al., 2009; Meffert et al., 2014). En este sentido, Semiatin, et al. 2017) demostrando que las asociaciones de TEPT con el comportamiento abusivo y los problemas de relación de pareja siguen siendo importantes por encima de los efectos de estos otros comunes problemas comórbidos como el abuso de sustancias y la depresión.
- 10.** Las relaciones entre los síntomas del TEPT y los problemas de relación de pareja son bidireccionales. Si bien es cierto que se han encontrado variables individuales y diádicas que median la relación entre el TEPT y la calidad de la relación de pareja (Lambert et al., 2012; 2015). Además, es importante señalar que un problema encontrado en estas revisiones con respecto a las asociaciones entre TEPT y/o sus síntomas y el ajuste de pareja, es el hecho de que la mayor parte de lo que se conoce se deriva de la investigación sobre

veteranos de guerra y sus cónyuges o en parejas en situaciones de despliegue militar (Lambert et al., 2012).

11. Con respecto a la relación entre el TEPT en víctimas de un ataque terrorista y el ajuste de pareja se ha descubierto que ser vulnerable a un ataque terrorista estuvo asociado a una disminución de la tasa de divorcios durante un año (Nakonezny, et al., 2004; Cohan, et al., 2009). Por otra parte, existe un alto uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en estas parejas, lo cual correlaciona con mayores síntomas de TEPT (Gilbar, et al., 2012) y es posible que genere problemas en la intimidad de las parejas, debido a las dificultades para el intercambio emocional que se producen debido a la evitación de las emociones. Por último, si bien se sabe que la satisfacción marital es una consecuencia de los síntomas relacionados con el trauma los resultados de Weinberg et al. (2018) en víctimas del terrorismo sugieren que la satisfacción conyugal también pueda tener un efecto en el desarrollo y la prolongación de los síntomas postraumáticos. Por lo tanto, a medida que los sobrevivientes de terror y sus cónyuges hacen frente a sus síntomas traumáticos, deben ser conscientes de su propia interacción ya que se expresa y transmite a través de su satisfacción marital. Siguiendo estos resultados obtenidos en la población de víctimas del terrorismo, puede ser muy importante centrarse en la unidad matrimonial, además del individuo, durante el curso del tratamiento después del trauma.
12. Se hace necesario el seguimiento de las personas y familias afectadas por pérdidas traumáticas para ayudar en los procesos de elaboración de estas experiencias y evitar la traumatización secundaria de los otros miembros de la familia y /o la transmisión intergeneracional del trauma. El apoyo emocional percibido se ha encontrado como un factor importante para proteger, tanto directa como indirectamente, la salud mental y física de los efectos de los eventos estresantes de la vida y, en particular, de las pérdidas traumáticas. Ayudar a las familias y parejas que han sufrido la violencia terrorista en el proceso de asimilación de estas experiencias y en la reestructuración de sus vidas después de la muerte brusca de un ser querido constituye un desafío en que la sociedad, los políticos, organizaciones e instituciones deberán colaborar en los próximos años.
13. El concepto de resiliencia familiar ha avanzado mucho en los últimos años. La evidencia reciente sugiere que los elementos familiares, sociales y biológicos de la resiliencia pueden estar estrechamente conectados. La literatura existente sugiere que la resiliencia no es universal ni estable. Los individuos o

las familias pueden mostrar resiliencia en algunos dominios pero no en otros, y su capacidad para hacerlo puede cambiar con el tiempo. Los progresos en la investigación sobre la resiliencia humana, en individuos, familias y comunidades deben considerarse en los programas de prevención, intervención y política social con poblaciones que han sufrido eventos traumáticos. La perspectiva sistémica ayuda a tener en cuenta las reacciones entre la familia y el contexto sociocultural. En esta línea, es necesario seguir trabajando para comprender como las familias fracasan o son resilientes frente a estos eventos traumáticos, aclarando los componentes más útiles del funcionamiento familiar en estas circunstancias. Sin embargo, como plantea Wals (2016), se recomienda precaución para que la evaluación de la resiliencia familiar no se aplique incorrectamente para juzgar a las familias como "no resilientes" si no pueden superar los desafíos serios de la vida, principalmente después de sufrir las consecuencias de eventos tan devastadores como puede ser el terrorismo. Además, la noción de resiliencia no debe utilizarse indebidamente en las políticas públicas para no dar los apoyos sociales o para mantener inequidades, racionalizando que el éxito o el fracaso están determinados por las fortalezas o deficiencias del individuo o la familia.

En resumen, las investigaciones encontradas tienen una serie de valiosas implicaciones clínicas para hacer frente a los ataques terroristas pues señalan la importancia que debe atribuirse al crecimiento de la investigación sobre las víctimas del terrorismo y sus familiares cuando se trata de ayudar a los sobrevivientes del terror y sus familias frente a los síntomas del trauma y cómo afecta la calidad de sus relaciones.

Los profesionales que trabajen con las familias afectadas por el terrorismo deberán identificar a las familias en riesgo y aquellas en las que la transmisión de los efectos de trauma ya está en juego, encontrar medios efectivos para ayudar a los miembros de la familia a hacer frente a sus propios sentimientos y los de los demás, restaurar la cohesión y la organización en el nivel individual y dentro de la familia, y reforzar y fomentar las fortalezas de los miembros de la familia y la unidad familiar como un todo. En la intervención con víctimas, un enfoque multinivel requiere grandes sistemas de apoyo para las familias más vulnerables. Los esfuerzos deberán estar dirigidos a reconocer, comprender y tratar los efectos que la violencia terrorista puede tener sobre las víctimas y sus hijos. Para ello, los investigadores necesitan abordar cuestiones primarias sobre la transmisión intergeneracional de patología, factores de riesgo y de resiliencia y eficacia de los tratamientos.

Dada la elevada complejidad de los efectos del terrorismo en la crianza y el funcionamiento familiar, las familias de las víctimas probablemente se beneficien mejor con esfuerzos múltiples que incluyen la evaluación multidisciplinaria, el tratamiento individual, las intervenciones de pareja, la gestión de la medicación, la orientación y psicoeducación de los padres, el tratamiento familiar, escolar y comunitario para mejorar las interacciones entre los niños y su entorno, temas que desarrollamos más adelante.

Capítulo IV

Procesos de Traumatización secundaria en familias afectadas por la guerra y el terrorismo

1. Introducción

La teoría del estrés traumático secundario (Figley y Kleber, 1995) sostiene que el estar en contacto cercano a una persona traumatizada se convierte en un factor de estrés crónico, y los miembros de la familia a menudo experimentan síntomas de traumatización (Figley y Kleber, 1995). Estos efectos se consideran " secundarios " porque se producen en los que no han sido traumatizados directamente por el evento y pueden parecerse a los síntomas de TEPT (Bramsen, Van der Ploeg y Twisk, 2002). Otros investigadores describen que estos síntomas pueden ser menos intensos que los de la persona traumatizada directamente (Maltas y Shay, 1995).

Como se ha mencionado con anterioridad, las consecuencias y el alcance del evento traumático (atentado terrorista, en este caso) no se dan exclusivamente en las víctimas directas del mismo, sino que las consecuencias alcanzan también a aquellas personas cercanas a la víctima directa a través del efecto onda y del efecto contagio (Trujillo, 2002).

En cuanto al efecto onda, se podría decir que los atentados terroristas generan una "onda expansiva" que actúa en círculos concéntricos:

- En el primer círculo se encuentran las víctimas que han sufrido de modo directo los atentados y las consecuencias físicas, psicológicas y emocionales.
- En el segundo círculo se sitúan los familiares de estas primeras víctimas. Estos tendrán que hacer frente al dolor del ser querido y a la readaptación a una nueva situación.
- En el tercer círculo, pueden encontrarse los compañeros de trabajo vecinos, o miembros de la comunidad que pueden manifestar temor o indefensión ante la posibilidad de futuros atentados

En lo que se refiere al efecto contagio, convivir con la víctima directa y un contacto cercano y prolongado, puede actuar como estresor crónico en el ámbito familiar, y

deteriorarlo. En estos familiares se produce lo que denomina una traumatización secundaria, cuestión que abordamos en este capítulo. Las metas de este apartado son las de discutir el riesgo potencial de los miembros de las familias que han sido expuestos indirectamente a los sucesos traumáticos, presentando específicamente la literatura existente dentro del contexto del terror.

Se sabe que las respuestas de los padres y parejas después de una exposición directa o indirecta a un atentado terrorista tiene el potencial de influir en las respuestas al estrés de los niños y las parejas de la persona afectada. Por ejemplo, hay que tener en cuenta que las reacciones que los padres muestran en presencia de los niños cuando han vivido un atentado puede afectar a sus hijos y si presentan niveles elevados de malestar pueden no regular sus respuestas emocionales frente a éstos, en particular, si los propios padres se han traumatizado. Este hallazgo es consistente con investigaciones y teorías sobre el TEPT que indican que el modelado parental de respuestas emocionales y de afrontamiento es importante para promover la recuperación natural de los niños después de un evento estresante o traumático (por ejemplo, Pine et al., 2005).

Con relación a las parejas, se ha descubierto que vivir con una pareja que exhibe sintomatología postraumática incrementa la propia probabilidad de experimentar estrés, ansiedad y depresión (Goff y Smith, 2005).

En base a lo anterior, en este capítulo explicamos que sucede en la salud mental de las parejas y familias cuando alguno de sus miembros padece TEPT o depresión. Pero además, hacemos énfasis en las variables moderadoras que son aquellas que los dejan vulnerables o los protegen contra la constelación de dificultades que puede suponer vivir con una pareja o un padre traumatizado. Como veremos, en última instancia, la relación entre el trauma de un miembro de la familia y los efectos que tiene sobre el resto de los miembros, en particular las parejas y los niños, es probable que sea complejo y el resultado dependerá de un gran conjunto de variables que covarían, se acumulan e interactúan entre sí. Sobre estas asociaciones hablaremos en este apartado, centrándonos en los efectos de la violencia masiva.

Un tema importante que abordaremos aquí es la transmisión intergeneracional del trauma debido a la violencia que es una cuestión que ha sido poco estudiada. Esta se convierte en un problema de salud pública, y dada la amplitud de la violencia fuera del hogar en general y, específicamente el terror, es importante que los esfuerzos estén dirigidos a reconocer, comprender y tratar los efectos que dicha violencia puede tener sobre las víctimas y sus hijos. Para aumentar dicho conocimiento, vamos a profundizar en los mecanismos de transmisión del trauma,

centrándonos en aquellos modelos y teorías que pretenden dar respuesta a esta cuestión.

2. Traumatización secundaria en las parejas de los sobrevivientes de traumas

Numerosos estudios se han centrado en cómo afecta el trauma de las personas al estado psicológico de sus parejas (Arzi et al., 2000; Bramsen et al., 2002; Lev-Wiesel y Amir, 2001; McCann y Pearlman, 1990; Nelson y Wampler, 2000; Nelson, Wangsgaard, Yorgason, HigginsKessler y Carter-Vassol, 2002; Nelson y Wright, 1996; Remer, 2004 citados en Henry et al., 2011). Una investigación importante en esta área fue el metaanálisis de Galovsky y Lyon (2004) que descubrió que las esposas de los supervivientes del holocausto, de los veteranos de la segunda guerra mundial y de las guerras de Corea y Vietnam con TEPT presentaban niveles elevados de ansiedad, depresión, hostilidad y somatización.

En esta línea, un metaanálisis más actual de Lambert, Engh, Hasbun y Holzer (2012) menciona el hecho de que los síntomas de TEPT también parecen estar asociados con el grado en que la pareja presenta algún trastorno psicológico, pues cuando una pareja tiene síntomas elevados de TEPT, el cónyuge tiende a informar un malestar psicológico elevado (Davidson et al., 2006; Dirkzwager, Bramsen y Van der Ploeg, 2005; Manguno-Mire et al., 2007; citados en Lambert et al., 2012).

Un corpus menor de investigación se ha centrado en los procesos de traumatización secundaria en parejas víctimas de terrorismo. Por ejemplo, Pfefferbaum, North, Bunch, Wilson y Schorr (2002) examinaron el impacto del atentado con bomba de 1995 en la ciudad Oklahoma en una muestra voluntaria de esposas y parejas íntimas de los bomberos que participaron en el rescate. En este estudio se encontró que las esposas y parejas íntimas tuvieron menores niveles de trastornos psiquiátricos tras el desastre que sus compañeros bomberos, más intensamente afectados, aunque muchas mujeres, no obstante, experimentaron síntomas de TEPT. Otro resultado de dicho estudio es que casi la mitad de la muestra reconoció cambios en la relación con sus parejas, aunque estos cambios no fueron más negativos que positivos. Al igual que los bomberos, las esposas también utilizaron estrategias de afrontamiento, refugiándose en familiares y amigos. Esto sugiere que los esfuerzos de apoyo a los bomberos deberían incluir una atención a sus redes interpersonales de apoyo, como familiares y amigos. Esto es especialmente importante dado la no frecuente utilización de servicios de salud mental ni por los bomberos ni por sus cónyuges.

Un segundo estudio, con las esposas de los bomberos afectados por los atentados del 11 de septiembre de 2001, fue realizado por Menendez, Molloy y Corrigan (2006) en la ciudad de Nueva York. Este segundo estudio confirmó la carga emocional que sufrieron esas esposas, ya que, después de los ataques, presentaban síntomas de insomnio y de ansiedad. Estas mujeres también informaron de las conductas de conexión con otros cónyuges como estrategia de afrontamiento para hacer frente a la parte emocional del impacto. Las autoras mencionan que sus resultados están de acuerdo con la investigación previa. Esta sugiere que las mujeres pueden sufrir más los efectos adversos de la exposición traumática y que tenían probabilidades de responder a los efectos del 9/11 tomando medidas para protegerse a sí mismas y a otras personas importantes (Thomas, 2003), preocupándose por la salud física de su esposo y por los efectos de la exposición a riesgos ambientales. El estrés de tratar de mantener las rutinas del día a día fue una pesada carga para los cónyuges de estos bomberos, que reportaron un aumento de la ansiedad en el aniversario de 09/11, y esto también es consistente con la investigación publicada. Por ejemplo, mencionan las autoras, la obra de Silver (2004) y de Steury et al. (2004). A pesar de esto, y en consonancia con la literatura, la mayoría de las mujeres no recibieron apoyo psicológico posteriormente al 11 de septiembre, aunque muchas creían que sus maridos tenían necesidad de asesoramiento. Éste último hallazgo, igual que en el estudio anterior, confirma la necesidad de asistir a las parejas de los trabajadores de rescate, ya que son su principal fuerza de apoyo. Tres años después de los ataques, algunas mujeres creían que las cosas eran mejores, si bien es cierto que las entrevistas de este estudio revelaron que la normalidad no volvió a algunas familias.

El caso de Encarna: Traumatización secundaria de una víctima del terrorismo

Encarna acude a consulta solicitando tratamiento psicológico con sintomatología ansioso-depresiva referente a un atentado sufrido por su marido, por la banda terrorista ETA, ocurrido hace más de 20 años. En relación a este suceso, su marido fue diagnosticado de TEPT y de depresión.

Fue una época muy dura. Yo recuerdo que con mi marido es que no se podía hablar, del atentado, era incapaz de verbalizar lo que le pasaba. Discutíamos por eso. En cambio yo si hablaba, lo que pasa que en aquella época no te quieren preguntar porque se pensaban que te hacían daño, que el recordar era malo. Yo tenía un par de amigas con las que podía hablar, porque claro yo

siempre me emocionaba. Y a día de hoy todavía me emociono (se le rompe un poco la voz). Y ellas pensaban eso que al preguntarme me hacían daño y yo, por el contrario, lo que tenía ganas era de hablar porque todo eso al final lo tenía ahí como guardado. Eso me han dicho después, cuando fui a los psicólogos. Yo estaba como en guardia porque mi marido era el que realmente estaba mal y no era el momento. Por él y por mis hijas, que en aquel momento eran muy pequeñas, era la que estaba ahí aguantando.

Como vemos en este caso, las diferentes estrategias de enfrentamiento al malestar, en ambos miembros de la pareja, conducen a conflictos y facilitan la traumatización secundaria de la víctima indirecta. Mientras Encarna necesitaba acercarse para hablar acerca del atentado terrorista y sus experiencias y preocupaciones, su marido presentaba evitación emocional propia del TEPT, produciéndose círculos negativos de interacción. Los problemas en la comunicación dificultaban la expresividad emocional, creaban conflictos y reforzaban los síntomas en ambos. Encarna utilizó otras estrategias de enfrentamiento buscando apoyo social en amigas.

Con el paso de los años y un tratamiento que hizo, él se puso mejor. Entonces fue cuando a mi me dio el bajón. Me metí en la dinámica familiar de cuidar a mis hijos y a mi marido que lo estaba pasando mal y no procesé todo lo que había vivido. Te dices, tengo que seguir y tengo que seguir y aguantas. Han sido situaciones muy límite, fueron cosas que no sé como aguanté.

De este modo, en Encarna la carga de cuidar a la familia, descuidando sus propias necesidades emocionales, le condujo a una sobrecarga emocional y un estrés mantenido en el tiempo que llegó a enfermarla, años después del atentado, cuando el marido mejora y se puede ocupar de la familia. Comenzó a presentar TDM.

Cuando me puse mal, yo me sentaba en el sofá y me podía tirar ahí, horas y horas, me daba igual no tener comida, el tener que hacerla en 15min, si comían mis hijas día sí y día no lo mismo, no era capaz de funcionar, yo me sentaba y lloraba por cualquier cosa (...). Yo no sabía lo que tenía pero me daba igual todo, solo tenía ganas de estar acostada. Cuando llevaba a mis hijas al colegio, yo iba en pijama. Esa fue mi forma de empezar darme cuenta de que yo no me encontraba bien. Y luego yo me empecé a sentir culpable, de haber estado mal. Fui al psicólogo y salieron muchas cosas...

Yo me sentía culpable por mis hijas, por no atenderlas bien en aquella época. Cuando mi marido estuvo distante y trabajando mucho para olvidarse de lo que había pasado, porque estaba muy mal, yo a él le decía que se perdía

tiempo con sus hijas, que no las veía apenas. Al pasarme lo mismo a mí, yo no entendía como había podido caer ahí también, sin importarme nada...

Lo que se aguanta aunque tú te encuentres mal (...) Ahora me fumo un cigarro y me harto a llorar e intento que mis hijas no me vean. Ayer se lo dije yo a mi hija que la diferencia entre su padre y yo es que yo lloro mucho. Y eso, la capacidad de dureza y aguante. Creo que la he cogido de esa época, porque ahora si me veo en muchas situaciones una capacidad muy grande de aguantar.

Yo cuando pasó el atentado estaba trabajando, me iban a hacer fija, aquello de dejarlo me afectó. Me vine aquí para trabajar en las mismas condiciones y sin embargo, nunca trabajé. Por todo, por la dinámica de mi marido que trabaja mucho y estaba muy mal (...). Entonces yo llegó un momento que dije no, no puedo trabajar. Me toca cuidar a todos. Perder la posibilidad de trabajar fue una pérdida importante para mí.

En este caso, la pérdida de la posibilidad de trabajar y la dedicación exclusiva a la familia, también contribuyó a reforzar el cuadro ansio-depresivo por el que acude a consulta muchos años más tarde de sucedido el atentado.

Dentro de los procesos de traumatización secundaria, en contextos de guerra y terrorismo, en varias investigaciones se ha demostrado una relación positiva entre los síntomas de TEPT de los sobrevivientes directos de un suceso traumático y los síntomas de TEPT de sus cónyuges (Dekelet al., 2005; Gilbar et al., 2012; Weinberg, 2013). La investigación ha demostrado que la relación sobreviviente-cónyuge es bidireccional. Por lo tanto, los cónyuges no expuestos al suceso traumático no solo se ven afectados por el TEPT del sobreviviente sino que también pueden afectar los síntomas del TEPT del sobreviviente (Nelson-Goff y Smith, 2005). Por lo tanto, los síntomas del trauma del sobreviviente pueden poner en movimiento una respuesta sistémica que puede tener implicaciones para el ajuste psicológico de la pareja no expuesta (p. ej., síntomas de estrés traumático secundario; Dekel y Monson, 2010). Varias investigaciones han demostrado estas asociaciones entre los síntomas de TEPT de sobrevivientes y sus cónyuges, incluidos los mecanismos de supervivencia y los estilos de apego, en contextos de guerra y terrorismo (Ein-Dor, Doron, Solomon, Mikulincer, y Shaver, 2010; Gilbar, et al., 2012; Henry et al., 2011; Goff y Smith, 2005; Weinberg, 2013).

En esta dirección son importantes los resultados de Weinberg (2013) que recomienda tener en cuenta la tendencia del superviviente a perdonar a los demás, el apoyo social y la autoestima del cónyuge, ya que tienen una asociación

diádica tanto con los síntomas del TEPT del sobreviviente como del cónyuge en las víctimas del terrorismo. En esta línea, el apoyo social percibido por los sobrevivientes de trauma está asociado con niveles más bajos de síntomas de TEPT tanto para los sobrevivientes como para sus cónyuges (Weinberg, 2013).

Sin embargo, el TEPT fue, a menudo, la única consecuencia psicopatológica que se examinó en la mayoría de estos estudios, entre los sobrevivientes de atentados terroristas y sus cónyuges (para excepciones, ver Besser, Weinberg, Zeigler-Hill, Ataria y Neria, 2015; Marini, Wadsworth, Christ, y Franks, 2015; Monk y Nelson-Goff, 2014, citados en Weinberg et al., 2018). De ahí que un estudio reciente específico de víctimas de terrorismo comprobase la existencia de correlaciones positivas entre no solo los síntomas de TEPT, si no entre los síntomas de depresión y ansiedad entre los supervivientes de ataques terroristas y sus cónyuges (Weinberg, Besser, Zeigler-Hill y Neria, 2016).

Otros estudios, con parejas formadas por víctimas del terrorismo y sus cónyuges, han confirmado la idea que cuando se tratan sobrevivientes de trauma es importante abordar y reconocer el impacto del trauma en sus cónyuges también. Por ejemplo, Besser et al. (2015) examinaron las relaciones bidireccionales entre humor y psicopatología relacionada con el TEPT, depresión y síntomas de ansiedad en israelíes que resultaron heridos durante los ataques terroristas y sus cónyuges. Sus resultados sugirieron que los estilos de humor benignos se asociaron con el bajo nivel de síntomas relacionados con el trauma de los sobrevivientes. Además, tuvo un efecto amortiguador para el cónyuge (efectos del compañero). Los resultados de este estudio arrojan luz sobre el papel benigno que el humor puede jugar para hacer frente a los eventos traumáticos teniendo en cuenta las relaciones diádicas entre los sobrevivientes y sus cónyuges. Por otra parte, Weinberg et al. (2016), examinaron las relaciones entre la esperanza, el optimismo, y apoyo social, que han sido previamente documentados como recursos clave de resiliencia, y síntomas de TEPT, depresión y ansiedad entre los sobrevivientes de terrorismo y sus cónyuges. Sus resultados respaldan la noción de que los síntomas relacionados con el trauma experimentado por los sobrevivientes y sus cónyuges están correlacionados positivamente entre sí. Los autores encontraron que los recursos de resiliencia (esperanza, optimismo y apoyo social) reportados por los sobrevivientes están negativamente asociados con los síntomas de los sobrevivientes y, de igual modo, los recursos de resiliencia informados por los cónyuges se asocian negativamente con los síntomas relacionados con el trauma de los cónyuges. Estos hallazgos sugieren la importancia potencial de la esperanza, el optimismo y el apoyo social como recursos clave de resiliencia en hacer frente al malestar emocional del trauma, que no se limitan al TEPT, sino que

se extienden a un amplio rango de síntomas de ansiedad y depresión, tanto para los supervivientes de ataques terroristas como de sus cónyuges. Esto podría ser especialmente importante para cónyuges que a menudo reciben mucha menos atención, posiblemente debido a que sus síntomas son menos visibles.

La literatura también ha ahondado sobre los mecanismos para describir el impacto del trauma en la relación de pareja. Por ejemplo, el modelo de estrés postraumático en las parejas (CATS) presentado por Goff y Smith (2005) pretendió dar respuesta a la necesidad de una descripción clara y consistente de los efectos sistémicos o interpersonales del estrés postraumático y, en particular, de una descripción teórica de los mecanismos sistémicos específicos para trauma.

La adaptación del modelo de Pareja del Estrés Traumático incluye los efectos de trauma primario y secundario en los individuos, así como los efectos interpersonales dentro del sistema de pareja. El modelo asume que el nivel de supervivencia primario de funcionamiento, o los síntomas del trauma, pondrán en marcha una respuesta sistémica con el potencial de dar lugar a la aparición de síntomas de estrés traumático secundario en la pareja. Debido a que el modelo es circular, los síntomas de trauma secundario en la pareja pueden intensificar los síntomas de trauma primario en el cónyuge. Sin embargo, el modelo CATS propone que la adaptación al estrés traumático en la pareja depende de la interacción sistémica de los tres conceptos principales: el "nivel individual de funcionamiento", "factores y recursos", y "funcionamiento de la pareja". En el modelo CATS, el componente "funcionamiento de la pareja" incluye las cuestiones relacionadas con el apego, una menor cohesión y satisfacción en la relación, la interrupción de los roles, los problemas en la crianza de los hijos, el ajuste de la familia más pobre, las dificultades con la intimidad, mayor conflictividad, la ira y la violencia, que son indicadas como componentes mutuamente influyentes en el subsistema de pareja.

El modelo no asume que el único resultado de un trauma serán los síntomas individuales de TEPT, trauma secundario, o la disfunción en la relación, que se representan en el modelo como síntomas individuales "agudo" y "crónico" en ambos miembros de la pareja. En el modelo CATS se reconoce que un posible resultado de un trauma es la adaptación positiva, de apoyo, y el crecimiento. Muchas personas que experimentan eventos traumáticos no desarrollan TEPT (Van der Kolk y McFarlane, 1996, citado en Goff y Smith, 2005). Del mismo modo, la relación de pareja puede servir como un recurso para la curación para el sobreviviente de trauma principal.

Sin embargo, cuando hay problemas relacionados con experiencias traumáticas anteriores, el modelo sugiere que pueden resultar síntomas de estrés traumático individuales, secundarios y sistémicos.

Con base en la literatura, hay varios estudios empíricos que apoyaron el modelo CATS en el momento de su elaboración, y estudios posteriores que hemos mencionado en la presente investigación han confirmado el mismo en varias áreas específicas. Además, plantean los autores que aunque los síntomas individuales e interpersonales específicos pueden ser únicos para los distintos tipos de experiencias traumáticas, el modelo propuesto se puede aplicar igualmente a varios eventos traumáticos.

Goff y Smith (2005), dentro del modelo, mencionan los posibles mecanismos para la transmisión de los traumas entre los cónyuges dentro de la relación de pareja: el estrés crónico, el tipo de apego, la identificación y la empatía, la identificación proyectiva, y el conflicto y las respuestas fisiológicas.

Sin embargo, dejan claro que la investigación en el momento en que se desarrolló este modelo no era compatible con el predominio de una teoría de la transmisión sobre otro. Según explican los autores, para los sobrevivientes de traumas individuales con TEPT u otros síntomas de trauma, sus relaciones también giran en torno al trauma y los efectos del trauma, ya sea de forma abierta o encubierta. Cuando estas dinámicas son encubiertas, crea el ciclo de los síntomas individuales y patrones de relación en los que las parejas de trauma se pueden quedar atrapadas. Estos patrones pueden incluir problemas en las áreas específicas del funcionamiento de pareja identificada en el modelo CATS. Sin embargo, Goff y Smith (2005), los autores del modelo, indican que:

Estas áreas requieren mayor evidencia clínica y empírica para desarrollar una imagen clara de los efectos relacionales específicos de trauma. El modelo y los mecanismos proveen una dirección para futuras investigaciones y para plantear preguntas adicionales que requieren un estudio empírico sistemático para comprender mejor las dinámicas interpersonales que se producen en las relaciones de las parejas con antecedentes de trauma (Goff y Smith, 2005, p. 154).

Existe un estudio posterior realizado por Henry et al. (2011), que respalda aún más este modelo, al identificar los mecanismos que pueden afectar el funcionamiento interpersonal de la pareja cuando hay una historia de trauma, con exposición en uno o ambos cónyuges. Cinco mecanismos comunes fueron identificados para describir el impacto del trauma en la relación de pareja: (1) papel en la relación (el lugar o la posición de la persona tiene en la relación, un mecanismo común que, a menudo, se describe en relación con los límites dentro de la relación de la pareja;

(2) problemas de límites (incluyeron patrones de persecución- evitación, la necesidad de un mayor control, el poner a prueba la relación, y las conductas de evitación); (3) problemas de intimidad (incluyen problemas de intimidad sexuales y emocionales relacionados con experiencias de traumas pasados); (4) los disparadores (los participantes describieron los eventos que les recuerdan un trauma pasado y los comportamientos o síntomas relacionados con el trauma), y (5) los mecanismos de supervivencia (mecanismos de adaptación que se utilizan para hacer frente a los efectos del trauma en su relación de pareja, como la espiritualidad ejemplificada en la relación con Dios y el uso de oraciones, y verbales, el uso de estrategia de comunicación para responder a los factores desencadenantes relacionados con el trauma).

La asociación entre este tipo de mecanismos comunes se vio en el hecho de que cuando un participante describió una categoría, varios de los otros mecanismos también fueron descritos. La conexión entre estas categorías temáticas apoya la idea de que el funcionamiento relacional de los participantes se vio afectado por los mecanismos clave identificados en esta investigación. Además, estos temas pueden estar conectados, ya que fueron identificados en un contexto relacional (es decir, las relaciones de pareja) frente a un contexto individual (es decir, sin relación). Los autores refieren que algunos de los temas identificados en este estudio se han descrito en otras investigaciones sobre el trauma en parejas (Johnson, 2002; Nelson, 1999; Nelson y Wampler, 2000; Nelson et al., 2002; Reid et al., 1996; Riggs et al., 1998; Salomón, Waysman, Belkin et al., 1992; Whiffen y Oliver, 2004; Wiersma, 2003; citados en Henry et al., 2011). Sin embargo, los resultados de este estudio no apoyan la hipótesis de que las relaciones de los sobrevivientes de trauma son problemáticas en todos los casos. Como ya hemos mencionado, existen moderadores del impacto del TEPT en la calidad de la relación de pareja.

En resumen, estos estudios tienen una serie de valiosas implicaciones clínicas para hacer frente a los ataques terroristas, pues señalan la importancia que debe atribuirse al crecimiento de la investigación sobre las relaciones conyugales conjuntas cuando se trata de ayudar a los sobrevivientes del terror y sus cónyuges frente a los síntomas del trauma.

3. Traumatización secundaria en las familias de los sobrevivientes de traumas

Se sabe que la psicopatología previa de los padres puede agravar los síntomas producidos por una situación traumática (Cobham et al., 2016). La investigación en general ha descubierto que el estrés de los padres afecta de manera significativa la respuesta de sus hijos a la violencia masiva. De hecho, Norris, Friedman, Watson, Byrne, et al., (2002) concluyeron que el estrés de los padres es uno de los predictores más sólidos del malestar de los niños después de los desastres. En esta dirección, Meiser-Stedman et al. (2006) encontraron que la depresión de los padres se correlaciona positivamente con los síntomas del estrés postraumático en sus hijos. Las interpretaciones de los padres y las reacciones emocionales pueden proporcionar una medida de la gravedad del evento para sus hijos (Deering, 2000).

En la misma línea, Saltzman et al. (2008) cita las investigaciones que hacen referencia a la influencia de la psicopatología de los padres después de un evento traumático y cómo influye en los hijos. En un metaanálisis de diecisiete estudios, Scheeringa y Zeanah (2001) identificaron una fuerte asociación entre el funcionamiento de padres e hijos después del trauma. Así, se ha descubierto que la presencia de síntomas relacionados con el trauma en un padre, como ansiedad, evitación, intrusión y embotamiento emocional, interfiere con su capacidad para mantener las rutinas y roles familiares (Jordan et al. 1992; Ruscio et al. 2002). Debido a que los niños dependen de sus padres para el apoyo emocional, el modelo a seguir y la seguridad física y emocional, cuando los padres sufren síntomas de estrés postraumático, sus hijos pueden tener dificultades para manejar sus propias reacciones al trauma. Esto parece ser cierto para aquellos niños directamente víctimas de un evento traumático (Nader et al. 1990), así como aquellos a quienes simplemente se les ha contado sobre la experiencia violenta o traumática de un miembro de la familia (Steinberg et al. 2004). Estos hallazgos revelan la importancia de funcionamiento familiar saludable como fuente de apoyo para las víctimas de trauma.

Las experiencias o reacciones de estrés también pueden ser traumáticas para los padres. Los padres pueden desarrollar síntomas de estrés postraumático en función de que su hijo experimente factores estresantes potencialmente traumáticos, independientemente de si el padre ha estado expuesto directamente al evento traumático en sí (Barnes 1998). Por ejemplo, los padres cuyo hijo experimenta un desastre o enfermedad traumática también pueden desarrollar síntomas de estrés postraumático (Kazaket al. 2004; Pfefferbaum 1997). De hecho,

una revisión de veinticuatro estudios de reacciones de estrés postraumático en padres de sobrevivientes de cáncer infantil muestra una prevalencia de por vida del TEPT relacionado con el cáncer en los padres que oscila entre el 27 y el 54 por ciento (Bruce 2006). Esto es bastante alto en comparación con las estimaciones de prevalencia comunitaria del TEPT entre las personas expuestas a al menos un evento traumático: el 8 por ciento de los hombres y el 20 por ciento de las mujeres (Kessler et al., 1999).

La literatura de investigación realizada sobre cómo afecta el TEPT de los padres al resto de los miembros de las familias que han experimentado algún suceso traumático (en particular a los hijos) ha permitido la realización de algunas revisiones bibliográficas. Por ejemplo, el referido metaanálisis de más de 100 estudios con supervivientes del holocausto y veteranos de la segunda guerra mundial y las guerras de Corea y Vietnam con TEPT (Galovsky y Lyon, 2004). En este trabajo se muestran los resultados de las investigaciones que destacan que los hijos de estos pacientes mostraron niveles elevados de psicopatologías, dificultades interpersonales, y tratamiento psiquiátrico, aunque esto se vio principalmente en familias que lidiaban con otros problemas como problemas de salud (por ejemplo, Van Ijendoorn, Bakermans-Kranenburg y Sagi-Schwartz, 2003).

En esta línea, un metaanálisis más reciente (Lambert, Holzer y Hasbun, 2014) pone de manifiesto las implicaciones psicopatológicas mostradas por los estudios que han abordado las dificultades psicológicas de los niños de los veteranos de guerra (Ahmadzadeh y Malekian, 2004; Davidson y Mellor, 2001; Ruscio, Weathers, King y King, 2002); los refugiados traumatizados (Daud, Skoglund y Rydelius, 2005; Mai, 2010; Mounq, 2009); los sobrevivientes del Holocausto (Kellerman, 2001; Van Ijendoorn et al., 2003); la violencia en la comunidad (Linares et al, 2001), la guerra (Qouta, Punamaki, y Sarraj, 2005), los desastres naturales (Li et al., 2010) y la violencia familiar (Kimura, 1998; Panuzio, Taft, Negro, Koenen, y Murphy, 2007).

En su conjunto, la investigación sugiere que los síntomas de los padres con TEPT se asocian con dificultades psicológicas de los niños. Por ejemplo, los síntomas de TEPT se han asociado con el trastorno de estrés postraumático en los niños (Davidson y Mellor, 2001; Jones, Ribbe, Cunningham, Weddle y Langley, 2002; Sheeringa y Zeanah, 2008). En otro estudio, la exploración de síntomas de estrés traumático secundario en cónyuges e hijos de 54 familias de la Guardia Nacional, (Herzog, Everson y Whitworth, 2011) encontraron una relación moderada entre los síntomas de TEPT en los miembros del servicio y síntomas de trauma secundarios en los niños. Los problemas de internalización de los niños, pero no de

externalización, fueron sintomáticos del estrés traumático secundario en los niños y fueron mediados por los síntomas de estrés traumático secundario del cónyuge.

En este sentido, la sintomatología de TEPT de los padres se correlacionan positivamente con la ansiedad de los niños (Ahmadzadeh y Malekian, 2004; Leen-Feldner, Feldner, Bunaciu y Blumenthal, 2011; Mai, 2010). En una investigación reciente Lester et al. (2016) encontraron una significativa asociación entre la gravedad del trastorno de estrés postraumático parental en militares y la ansiedad de separación del niño preescolar, así como el aumento de los problemas emocionales y de comportamiento en los niños en edad escolar.

También se ha asociado los síntomas de TEPT con la depresión infantil (Muong, 2009; Sheeringa y Zeanah, 2008; Smith, Perrin, Yule y Rabe-Hesketh, 2001). Por ejemplo, Lester et al. (2010) examinaron los problemas conductuales y emocionales de 272 niños de 6-12 años de 171 familias del ejército de Estados Unidos y la Marina con un padre desplegado actualmente o recientemente. Estos investigadores encontraron que los síntomas de TEPT de padre de servicio activo predijeron la depresión infantil, así como las conductas de internalización y externalización. Por último, los síntomas de TEPT se han asociado con los problemas de conducta de los niños (Ahmadzadeh y Malekian, 2004; Qouta et al., 2005).

En base a lo anterior, se ha proporcionado evidencia de que el TEPT de los padres se asocia con los trastornos psicológicos y del comportamiento de sus hijos (véase el metaanálisis realizado por Lambert et al., 2014). Un hallazgo muy importante de esta investigación fue que las correlaciones entre los síntomas de TEPT de los padres y las dificultades de los niños eran tan fuertes para los casos donde ambos habían sido traumatizados de modo directo por el mismo evento como en aquellos casos en que sólo el padre había experimentado el acontecimiento traumático. En esta línea, los autores señalan la importancia de considerar el contexto familiar en ambas situaciones. En la misma dirección, otro metaanálisis concluyó que la depresión de los padres y los síntomas del TEPT se asociaron con los síntomas del TEPT infantil (Morris, Gabert-Quillen y Delahanty, 2012).

Específicamente, en el contexto del terrorismo, las reacciones de los padres posteriores al ataque y el malestar de los mismos, se ha asociado con el malestar infantil y un aumento en los problemas de los niños después de sucesos terroristas. En esta dirección, según la revisión de Colmer et al., (2016), el entorno de recuperación posterior a los actos terroristas puede ejercer una considerable influencia en la determinación de los resultados de salud del niño, especialmente el estado mental de los padres. Los autores citan algunas investigaciones

realizadas después de los ataques del 11 de septiembre del 2001. En estas se encontró que la presencia de psicopatología parental posterior al ataque y, en particular el TEPT y la depresión, aumentaron en los niños en edad preescolar el riesgo de desarrollo de problemas de conducta (Nomura y Chemtob, 2009; Chemtob et al., 2012). En la misma línea, los problemas de comportamiento de los niños también se han asociado con la falta de conocimiento de los padres sobre cómo respondían sus hijos a los ataques del 11 de septiembre, así como con el trastorno de estrés postraumático de los padres o la depresión (Stuber et al., 2005).

Resultados similares se han obtenido en otros estudios de reacciones de padres e hijos a los ataques terroristas del 11 de septiembre, que también apoyan la existencia de una relación entre padres e hijos para hacer frente al desastre. Por ejemplo, Gil-Rivas, Silver, Holman, McIntosh y Poulin (2007) encontraron un aumento en los adolescentes de los síntomas postraumáticos asociados con el malestar de sus padres. También Fairbrother, Stuber, Galea, Fleischman y Pfefferbaum (2003) encontraron un vínculo entre el estrés postraumático severo de los niños de la ciudad de Nueva York y los padres llorando en su presencia. De hecho, los Niños que vieron llorar a sus padres, estos fueron más propensos a buscar asesoramiento psicológico para sus hijos después de estos ataques (Stuber et al., 2002). En este sentido, los comportamientos de los padres pueden ayudar u obstaculizar el procesamiento emocional y cognitivo de los niños. Por ejemplo, explicando los eventos con calma o ayudando a procesar las respuestas emocionales puede facilitar dicho procesamiento de los niños.

Por el contrario, los padres que están extremadamente angustiados ellos mismos pueden no estar disponibles para brindar asistencia a sus niños. Los niños también pueden percibir un aumento de los niveles de amenaza y experimentar más emociones negativas si ven a sus padres experimentando malestar elevado.

En la misma dirección, Kerns et al., (2013) encontraron, después del bombardeo del maratón de Boston, asociaciones significativas entre la exposición a los bombardeos y los problemas de conducta infantil y los síntomas de TEPT entre los niños cuyos padres tenían un elevado malestar psicológico. Otro estudio, encontró que el malestar del cuidador estaba asociada con el funcionamiento infantil en varios dominios luego del Bombardeo del Maratón de Boston 2013 (Leen-Feldner et al., 2011). Además, los niños cuyos padres pertenecen a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del estado (p. ej., agentes de policía, bomberos) son un grupo particularmente vulnerable (Comer et al., 2014; Duarte et al., 2006). Por ejemplo, después del atentado del maratón de Boston, la proporción de jóvenes del área de Boston con diagnóstico probable de TETP fue aproximadamente 6 veces mayor

entre los jóvenes con un familiar que pertenecía a estas organizaciones. La participación de un familiar en la persecución de los terroristas se relacionó significativamente con síntomas elevados de TEPT infantil, síntomas emocionales, hiperactividad y falta de atención (Hoven et al., 2009).

La relación madre-hijo se ha estudiado como el moderador más esencial entre la exposición al trauma y el desarrollo de psicopatología. En este contexto, la reacción materna al estrés y la salud mental materna (p. ej., TEPT) predice las respuestas de los niños al trauma (p. ej., síntomas de estrés postraumático, problemas de comportamiento y quejas somáticas). Por ejemplo, Scheeringa, et al. (2015) evaluaron 2 años después de un ataque terrorista los síntomas de TEPT en estos niños, así como siete factores maternos examinados como mediadores o moderadores. Dentro de las variables mediadoras significativas se incluyeron los síntomas maternos (Trastorno de estrés postraumático, depresión), la evitación como estrategia de afrontamiento y la sensibilidad emocional. El estudio mostró que una mayor sensibilidad emocional de la madre pareció mediar en el desarrollo de más síntomas de TEPT entre sus hijos. Los autores especularon que los síntomas del niño pueden influir en los de los padres, apoyando los efectos bidireccionales entre padres e hijos (Kuppens, Grietens, Onghena y Michiels, 2009; Neece, Green y Baker; 2013).

Otras investigaciones respaldan la naturaleza interactiva de la paternidad y el temperamento infantil (por ejemplo, Belsky, 2005; Wilson, eta al., 2010), lo que sugiere que estas interacciones juegan un papel en el desarrollo de los síntomas de TEPT y el deterioro funcional relacionado. Estos hallazgos también son acordes con los modelos de respuesta ante los desastres, que postulan que el temperamento infantil contribuye a los síntomas del TEPT, ya que el temperamento se ha correlacionado con los resultados de TEPT y moderado los efectos de la paternidad, cuestión que hemos explicado en el capítulo anterior.

Por otra parte, se ha estudiado que un menor nivel de malestar en los adolescentes estaba asociado con las recomendaciones de los padres para utilizar estrategias de afrontamiento particulares, como reencuadre positivo, aceptación y expresión emocional, en respuesta a los ataques terroristas del 11 de septiembre (Gil-Rivas et al., 2007).

Otra línea de investigación importante que se ha desarrollado tiene que ver con cómo el trauma infantil afecta a los padres, lo cual es importante no solo porque los problemas de salud mental pueden afectar el funcionamiento diario de los padres sino también porque el malestar del cuidador y la posible pérdida del apoyo social de los padres pueden afectar el proceso de curación de su hijo (Shultz

et al., 2014). Por lo tanto, parece justificado obtener una mejor comprensión de cómo un ataque terrorista afecta el bienestar de los padres.

El concepto de un padre "como escudo protector" se ha utilizado para representar cómo el papel principal de un padre es cuidar de su hijo y mantenerlo alejado de cualquier daño. Esta función adaptativa del cuidado se ha descrito como un sistema motivacional básico en los padres. Este sistema de motivación se activa particularmente cuando la descendencia está amenazada. En situaciones en las que el sistema motivacional está altamente activado, pero los padres no pueden acudir en ayuda de sus hijos, el estrés intenso es una respuesta probable. La imprevisibilidad de una amenaza puede mantener a los padres alertas ante el peligro mucho después de restablecer la seguridad física, causando problemas fisiológicos, trastornos del sueño, problemas para concentrarse, etc. Además, los padres pueden experimentar sentimientos de culpa cuando sienten que han fallado en evitar que su hijo sufra daños. Estas emociones negativas junto con la preocupación por la descendencia y la capacidad para manejar el trauma experimentado puede inducir o mantener síntomas de estrés postraumático (Ehlers y Clark, 2000). Además, los padres pueden enfrentarse a desafíos para manejar la angustia postraumática de sus hijos, lesiones físicas, dolor o a la disminución en su nivel de funcionamiento. En los traumas compartidos, los síntomas de los padres pueden ser el resultado de su experiencia personal de trauma y de las preocupaciones relacionadas con la experiencia de su hijo.

En la revisión de Stoullgh et al., (2017) se llama la atención sobre los padres de los niños con discapacidades que reportan mayor estrés parental que los padres de otros niños y pueden llegar a estar incluso más desbordados después del desastre/evento terrorista dada la necesidad de un mayor apoyo que requieren estos los niños con discapacidad. Además, la calidad de la relación padre-hijo preexistente puede afectar los resultados psicológicos posteriores al desastre / terrorismo. Por ejemplo, Finzi-Dottan et al. (2006) encontraron que los adolescentes con problemas de aprendizaje que tenían un vínculo seguro con sus padres eran menos propensos a desarrollar TEPT después del terrorismo. Los niños con discapacidades pueden manifestar un aumento de problemas de conducta o problemas emocionales después del desastre (Rath et al., 2007) y estos cambios también pueden aumentar el estrés de los padres. Aquellos que experimentan la angustia en un desastre pueden tener una capacidad comprometida para responder a los síntomas emocionales de su hijo de manera adecuada o contribuir al mantenimiento en los niños del estrés postraumático. Además, el TETP puede agravarse por el malestar del cuidador cuando los adultos están demasiado abrumados para satisfacer las necesidades de los niños.

Lo cierto es que se ha llevado a cabo mucha menos investigación sobre los síntomas de salud mental de los padres después de que sus hijos hayan experimentado un trauma severo. Solo dos estudios, que nosotros conozcamos, se han centrado en los padres de los sobrevivientes de ataques terroristas. En una primera investigación, se identificaron altos niveles de síntomas de malestar psicológico en cuidadores tres meses después de la crisis de los rehenes en la escuela de Beslan en 2004 (Scrimin et al., 2006). Además, encontraron que los cuidadores y los niños expuestos tenían niveles similares de síntomas de TEPT, lo que indica que el terrorismo afecta a toda la familia, incluso cuando solo los niños sufren el ataque. En un segundo estudio (Thoresen, Jensen, Wentzel-Larsen y Dyb, 2016) se investigó la salud mental en los padres de los sobrevivientes de un ataque terrorista en un campamento de verano para adolescentes y jóvenes adultos en Noruega. Después del ataque, muchos padres enfrentaron cambios en sus hijos, como los relacionados con lesiones físicas y / o síntomas relacionados con el trauma (Dyb, Jensen, y Nygaard, 2014 citado en Thoresen et al., 2016). En comparación con la población general de Noruega, cuatro a cinco meses después del tiroteo, los padres de los jóvenes supervivientes del ataque terrorista de 2011 en la isla de Utøya tuvieron tres veces mayor ansiedad y depresión, y cinco veces mayores síntomas de estrés postraumático, con la considerable angustia y culpa relacionada con la experiencia traumática de su hijo.

Los resultados de este estudio evidencian que las madres presentaron más problemas de salud mental que los padres. Sin embargo, tanto los padres como las madres informaron sobre el alto estrés parental tras el ataque a su hijo. El malestar de los padres y la culpa parental se asociaron con síntomas de estrés postraumático temprano y posterior, así como con ansiedad / depresión tanto para madres como para padres. Por lo tanto, este estudio destaca la vulnerabilidad de los padres a los problemas de salud mental cuando las vidas de sus hijos adolescentes o adultos jóvenes están amenazadas por el peligro y sugiere que los padres pueden ser vulnerables durante un período de tiempo considerable después de los eventos traumáticos.

A pesar de las anteriores consideraciones, es necesario abordar que varios estudios señalan que los padres que son capaces de afrontar eficazmente el trauma (el suyo o el de sus hijos) son más capaces de proporcionar apoyo emocional a sus hijos (Goffand Schwerdtfeger, 2004). Debido a que los niños son sensibles a las reacciones de sus padres al trauma (Steinberg et al. 2004), los padres que manejan con éxito sus síntomas de estrés postraumático brindan un modelo positivo para sus hijos (Rossman et al. 1997). Estos hallazgos sugieren pautas prácticas para involucrar a las familias en la mejora de la resistencia de sus

miembros al trauma. Por ejemplo, parece que los padres no tienen que dejar de verse afectados por el estrés traumático para ayudar de forma eficaz a sus hijos a afrontar con resiliencia o recuperarse del trauma. En la medida en que se les pueda ayudar a lidiar con sus propias reacciones de estrés traumático, es más probable que los padres puedan estar emocionalmente disponibles y ser capaces de proporcionar el modelo y el apoyo apropiado que beneficiaría mejor a sus hijos y a su familia.

4. Los mecanismos de transmisión intergeneracional del trauma

La literatura también ha ahondado sobre los mecanismos de transmisión del trauma en las familias. La mayoría de individuos expuestos a hechos traumáticos no muestran TEPT u otros problemas psicológicos, lo cual indica que hay preguntas sin resolver sobre cómo se forman estos problemas. Las investigaciones apuntan a que las diferencias individuales en sensibilidad al estrés psicológico, la exposición temprana a eventos traumáticos, y el poder contar con recursos de apoyo son áreas que necesitan ser investigadas en mayor profundidad, como también lo son los mecanismos por los que el trauma se contagia entre familias.

En el proceso conocido como la transmisión intergeneracional del trauma (Dekel y Goldblatt, 2008), la premisa subyacente es que los síntomas relacionados con el trauma se pasan a los hijos. Los hijos de padres traumatizados pueden correr un mayor riesgo de desarrollar síntomas clínicamente significativos si sufren la exposición a un trauma. Por ejemplo, Saltzman et al. (2008) cita varias investigaciones al respecto. En un estudio longitudinal de hijos de sobrevivientes del Holocausto, Kellerman (2001) encontró que la descendencia de estos padres traumatizados compartía múltiples características psicológicas e interpersonales que no cumplían los criterios para el diagnóstico de TEPT pero que, sin embargo, eran problemáticas y perjudiciales. Steinberg y col. (2004) identificaron características similares pertenecientes a los hijos de sobrevivientes de traumas mayores, como depresión, ansiedad, culpa excesiva, fobias y problemas de separación. Kellerman (2001) dividió estas características en cuatro categorías: las relativas al self (baja autoestima, problemas de identidad, identificación excesiva con la condición de víctima/superviviente, presión para superar las pérdidas de los padres); las relativas a la cognición (expectativa de otra catástrofe); las relativas a la afectividad (ansiedad ante la muerte, pesadillas de persecución, estado de ánimo disfórico relacionado con la pérdida, conflictos no resueltos relacionados con la

culpa y una mayor vulnerabilidad al estrés); y las relativas al funcionamiento interpersonal (dificultad en la creación de relaciones íntimas).

El caso de Eva: Un caso de transmisión intergeneracional del trauma

En el siguiente testimonio observamos el problema de la transmisión intergeneracional del trauma. Se trata del testimonio de una hija de un Guardia Civil, sobreviviente de atentado terrorista, donde este resultó herido. El padre presentó un cuadro de TEPT y Trastorno de Ansiedad Generalizada asociado al terrorismo. Después de más de veinte años de sucedido los atentados, la sintomatología más relevante dentro del trastorno del padre era la hipervigilancia, la ansiedad ante la muerte, el miedo excesivo y las creencias distorsionadas acerca del mundo como un lugar peligroso y sobre su incapacidad para hacer frente al mismo, existiendo una gran necesidad de controlar el entorno y empleando estrategias de rumiación para ello, lo cual resultaba poco adaptativo. Además, existía evitación de las emociones y lugares públicos asociada a los atentados. Conjuntamente, presentaba un profundo sentimiento de injusticia por el abandono social e institucional sufrido como víctima del terrorismo y la falta de implicación de la sociedad en el reconocimiento del daño sufrido. A continuación exponemos el relato de la hija a la que llamaremos Eva:

Mi padre es extremadamente sobreprotector. No quería que me sacase el carnet del coche, "imagínate que puede tener un accidente, pasarle cualquier cosa -le decía a mi madre". No me dejó hasta pasado tercero de carrera. Cuando salía con mis amigas de fiesta por la noche se ponía para darle algo (me cuenta mi madre) hasta que me recogía de madrugada. Él suele llevarme a la universidad y recogerme. Cuando estamos en un centro comercial quiere tenerlo todo muy controlado, todo el espacio. Va andando por delante de la familia, muy atento de todo, siempre en guardia. De él se me ha contagiado el miedo a que pase algo malo. Él es muy protector y yo soy muy protectora. Me enfado enseguida si alguien dice algo que a mí me parezca mal de mi familia. Pienso mucho en cómo proteger a los míos (...).

A mi padre le gusta tener el control de todo. Necesita mucho pensar mucho sobre las cosas, le da vueltas a todo. Cuando tiene una preocupación se embota, se bloquea, se distancia de la realidad. A mí me pasa lo mismo pero en menor intensidad. Se me ha contagiado de él el miedo, que le hace ponerse en lo peor de todo, ve lo malo de todo, calentarse la mente para ver los peores escenarios. Se me ha contagiado el negativismo, el catastrofismo,

el pensar lo peor de todo. Mi madre dice que antes de los atentados no era tan negativo.

Yo, en diferentes situaciones, sobre todo en los estudios, siempre pienso ¿y si sale lo peor? ponerme en el caso de que falle, de que me va a salir mal, aunque soy un poco menos catastrofista que él. Lo curioso es que soy una alumna de matrículas desde pequeña, incluso en la universidad. Siempre me sale bien al final. Cuando quería estudiar una carrera, no quería que mis padres se lo dijiesen a sus amigos porque me causaba ansiedad de que podría fracasar en eso. Aprendí de mi padre a ponerme en el peor de los casos. Por ejemplo, al pensar en planes me da miedo como gafarme yo, no ponerme en las mejores situaciones porque me lo voy a gafar. Nunca me he ido de un examen hasta que me echasen, pensaba que si me levantaba antes de tiempo sería gafe. Como si de alguna manera podría tener más mala suerte o invocar la mala suerte. (...). Además, suelo comerme mucho la cabeza por todo. En eso también me parezco a mi padre.

Varias amigas nos conocemos por la asociación de víctimas porque hacemos campamentos y actividades. Las tres amigas estamos en la misma situación, un atentado que fueron heridos nuestros padres, los podrían haber matado. Cuando se ha hablado del terrorismo, de alguna noticia, de algún etarra, nosotras lo vemos siempre igual, saltamos mucho más de lo que saltan nuestros padres. Ellos tienden a no querer hablar de esto. Este tema nos provoca indignación, dolor, incomprensión, rabia. Una de mis amigas, mi padre y el suyo sufrieron el mismo atentado, fueron heridos. El padre decidió retirarse porque le quedaron secuelas. Ayer salió de la cárcel la persona que atentó contra él, contra su padre. Esta mujer que ordenó un montón de asesinatos en el tiempo de ETA. Varios de estos asesinatos fueron prescritos por falta de pruebas. Ha salido de la cárcel por vieja y por la doctrina Nanclares. Pero no hay pruebas para varios asesinatos que ha prescrito. Es un tema muy sensible para nosotras.

En la calle, me enfado muchísimo cuando alguien ha dicho que los miembros de ETA no veían tan claro como yo que fuesen asesinos. Nosotras lo vivimos con indignación. En esto soy muy tajante, cuando alguien me quiere llevar la contraria en el hecho de que si los terroristas son asesinos. Me siento muy tajante, si no lo defiendo yo quien lo va a hacer. Siento rabia, indignación, incomprensión de las Doctrinas políticas como la Parot y la Vía Nanclares.

Como podemos apreciar en este caso, se han transmitido varias emociones, sentimientos, creencias y pensamientos sobre el mundo, sobre uno mismo y

sobre el futuro, síntomas y estrategias de afrontamiento de una generación a la otra relacionadas con la experiencia traumática del terrorismo. Dentro de las emociones y sentimientos transmitidos encontramos miedo excesivo a que pase algo malo, a que suceda lo peor, inseguridad, rabia, indignación, incomprensión, profundo sentimiento de injusticia. Asociado a esto, se encuentra en ambas generaciones la falta de reconocimiento del daño moral por la sociedad, que daña y frustra a las víctimas y provoca ira e indignación. Como las víctimas se han sentido olvidadas, abandonadas e incomprendidas por la sociedad, se facilita el proceso de traumatización en padres e hijos, facilitando una identificación excesiva con la condición de víctima. Con relación a las cogniciones, apreciamos en este caso como se transmite de una generación a la siguiente la ruptura de las creencias con respecto a la seguridad del mundo, la pérdida de control sobre las situaciones, existiendo expectativas de que puede suceder una catástrofe, algo malo que es necesario evitar y existiendo una gran necesidad de controlar la realidad, pues la persona se siente insegura frente al mundo y no se ve capaz de controlar el entorno. En esta línea, se transmiten estrategias de enfrentamiento inadecuadas como la rumiación, el pesimismo, el catastrofismo, tal vez en un grado menor en los hijos con respecto a los padres, que van en la línea de obtener un mayor control y predicción del futuro. Tanto el miedo excesivo como los pensamientos negativos y creencias irracionales asociadas, que apreciamos en ambas generaciones, llevan al contagio de actitudes de excesiva sobreprotección con el entorno familiar y problemas relacionales. Existe desconfianza en las personas que se muestran incapaces de comprender y una percepción de amenaza elevada. Al parecer, en ambas generaciones la vulnerabilidad al estrés es mayor frente a los eventos de la vida. Tiene miedo a esa vulnerabilidad y sentirse mal por ser vulnerable.

De hecho, la paciente se muestra muy rígida a nivel corporal, especialmente cuando habla acerca de su familia. Se aprecia el aprendizaje de la evitación de emociones asociadas a eventos traumáticos como estrategia de afrontamiento familiar y social.

También se aprecia desconfianza o recelo frente a los desconocidos, probablemente como consecuencia de la transmisión generacional del trauma, así como reticencias a verse expuesta o ser percibida socialmente como vulnerable. Estas características también las hemos valorado en la sintomatología TEPT de su padre, pero con mayor intensidad en el mismo y más ligadas al acontecimiento traumático (atentado terrorista).

En este caso, el aprendizaje del mundo y los demás como algo peligroso, si bien es implícito, favorece que al igual que su padre, sea más vulnerable al estrés cotidiano como consecuencia de la hipervigilancia y a tener sentimientos de injusticia entre otras cosas.

En el siguiente capítulo volveremos a ver las reacciones de esta persona frente a la crisis del coronavirus. Apreciaremos como impacta esta transmisión intergeneracional del trauma al modo en que reacciona ante la COVID-19.

En general, en la literatura científica se han descrito múltiples combinaciones de factores de riesgo y de protección que median la relación entre violencia y trauma con la transmisión a la siguiente generación. En esta dirección, los estudios especulan que tanto los factores biológicos como los relacionales pueden contribuir a la asociación entre el TEPT parental con el estrés en el niño y problemas de conducta que hemos referido con anterioridad. Se ha planteado que los padres pueden ser portadores de una susceptibilidad genética para desarrollar TEPT y transmitirlo a sus hijos. La investigación sobre la participación genética sugiere que el riesgo de TEPT está determinado por la interacción de disposiciones genéticas y experiencias tempranas (Mehta y Binder, 2012). Feldman, Vengrober y Ebstein (2014) descubrieron que un genotipo biológico de oxitocina-vasopresina y el cuidado sensible de las madres durante la evocación de un incidente traumático continuo media la propensión a desarrollar TEPT entre niños en edad preescolar.

Desde la perspectiva biológica se ha comentado que el material genético compartido puede hacer a los niños particularmente vulnerables a los traumas de los padres. Lambert et al. (2014) describe como la investigación genética ha documentado diferencias en dos marcadores en las personas con TEPT: en el marcador SLC6A3, que regula el neurotransmisor dopamina (Chang et al, 2012), y en el SLC6A4, que regula la serotonina (Kilpatrick et al., 2007; Koenen et al., 2011).

Sin embargo, la mayoría de vías de transmisión del trauma están relacionadas con factores psicosociales y otras variables. Por ejemplo, Lambert et al. (2014), destacaron el papel de las siguientes variables moderadoras en la asociación entre el TEPT parental y la salud mental de los niños: el tipo de evento traumático, el sexo del cónyuge traumatizado, el método utilizado para evaluar el TEPT de los padres, el estado del niño, y la fuente de los datos del niño (hijo, padre o de terceros).

Con relación al tipo de evento traumático, en este estudio se encontró un tamaño del efecto mayor para estudios con díadas padres e hijos que experimentaron

trauma interpersonal, hallazgo consistente con investigaciones anteriores que muestran el impacto perjudicial de este tipo de trauma en adultos (Gold et al., 2000) y en los niños (Enlow, Egeland, Blood, Wright y Wright, 2012; Lindhorst y Beadnell, 2011) en muestras que sufrieron la violencia familiar, la violencia en la comunidad, y la pérdida traumática. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas entre los estudios que involucraron madres traumatizadas frente aquellos con padres traumatizados, aunque los autores señalan que 14 estudios no se incluyeron en esta comparación porque se combinaron los datos para madres y padres. Por consiguiente, no puede establecerse una conclusión con respecto a las diferencias de sexo o la falta de ella. Además, cuando ambos padres están traumatizados el funcionamiento del niño podría ser más problemático (Herzog et al., 2011) prediciendo la transmisión durante generaciones (Cole, Woolger, Power y Smith, 1992; citado en Lambert et al. 2014). En cambio, para los niños que viven en un hogar con dos padres, es posible que un padre no traumatizado pueda ayudar a moderar el efecto del TEPT del otro.

Con relación a la existencia o no de diferencias significativas basadas en el método usado para evaluar los padres con TEPT (entrevista de diagnóstico frente a escala de gravedad de los síntomas), en el método de evaluación del niño (auto-informes, de los padres, o de un tercero) no fueron encontradas. Por último, siempre refiriéndonos a Lambert et al. (2014), tampoco se encontraron diferencias en el tipo de variable examinada en el niño (TEPT, depresión, ansiedad, malestar general, o problemas de conducta). Si bien es cierto que en este análisis no se pudieron evaluar como variables moderadoras los antecedentes culturales, y el sexo y la edad de los niños, que los autores señalan como líneas de investigación futuras que podrían proporcionar una comprensión más completa de este fenómeno con importantes aplicaciones clínicas para trabajar con las familias traumatizadas.

Se ha planteado que el trauma puede transmitirse directamente cuando pareja e hijos se identifican con el individuo traumatizado y desarrollan síntomas similares o cuando los individuos traumatizados muestran hostilidad o violencia. También se puede transmitir indirectamente cuando los miembros de la familia no pueden comunicarse de forma constructiva sobre el acontecimiento traumático, sino que más bien se evita el tema.

Diferentes modelos teóricos han surgido para explicar las vías a través de las cuales el TEPT puede afectar las relaciones entre padres e hijos y sobre el impacto del trastorno en la salud de los niños. Recordemos que anteriormente hemos mencionado la revisión narrativa realizada por Creech y Misca (2017) que recoge que estas vías fueron estudiadas en la población de militares y veteranos de

conflictos internacionales. La revisión propone la teoría interpersonal cognitivo-conductual del TEPT (Monson, et al., 2012) para explicar que los procesos implicados en la asociación entre el trastorno de estrés postraumático y el funcionamiento de la relación de pareja son aplicables al funcionamiento padre-hijo, lo que se ha explicado con anterioridad.

Por otra parte, en la línea de explicar la transmisión transgeneracional del TEPT, Saltzman et al. (2008) hace referencia a varios autores que explican diferentes modelos. Por ejemplo, menciona aquellos socioculturales que se centran en el proceso de socialización a través de las prácticas de los padres, mientras que la orientación del sistema familiar identifica la comunicación y los factores de aglutinamiento y desligue como primarios (Kellerman 2001). Un enfoque de sistemas familiares descrito por Catherall (1998) destaca la importancia de las cogniciones familiares distorsionadas, los mitos familiares debilitantes y las reglas familiares disfuncionales. Estos mecanismos generados por la familia pueden perpetuar los temas de trauma para los niños que crecen en tales familias.

Lo cierto es que un corpus menor de investigación ha examinado la cuestión de la transmisión intergeneracional del trauma en el contexto del terrorismo. Los informes clínicos de padres e hijos después del 11 de septiembre han proporcionado relatos del impacto que los padres pueden tener con los niños en el contexto del terror (por ejemplo, Coates, Rosenthal y Schechter, 2003). Particularmente reveladoras son las descripciones de las dificultades de los niños para afrontar sus sentimientos ante el malestar y la confusión de sus padres, así como la manera en que los niños reconstruyen su realidad a partir de sus propias experiencias y de lo que reciben de sus padres. Ejemplos conmovedores atestiguan el malestar transmitido de padres a hijos, como en el caso de una niña de 3 años cuya narrativa parecía incorporar el estado malestar de su padre que había perdido a compañeros de trabajo como resultado de los ataques del 11 de septiembre (Coates, Schechter y First, 2003, págs. 41–44). Como era de esperar, tener un padre traumatizado estaba entre los predictores más sólidos de la derivación de los niños a tratamiento psicológico después del 11 de septiembre (Stuber et al., 2002).

En otro estudio, Laor, Wolmer y Cohen (2001) examinaron el funcionamiento psicológico de madres e hijos 30 meses y 5 años después de la exposición a ataques terroristas. Ellos observaron que los hijos de las madres con peor funcionamiento tenían la mayoría de los síntomas y los hijos de las madres que funcionaban mejor tenían un menor nivel de síntomas. Además, los síntomas de los niños de las madres con peor funcionamiento tenían más probabilidades de empeorar con el tiempo, mientras que los síntomas de los niños de las madres con

mejor funcionamiento disminuyeron de un momento a otro de la evaluación. Además, en un estudio realizado después del atentado con bomba del World Trade Center, las correlaciones entre padres y los problemas de los niños fueron más fuertes meses después del ataque que en su momento inmediato (Koplewicz et al., 2002).

Un estudio digno de mencionar es el de Yehuda et al. (2005) que examinó los efectos transgeneracionales del TEPT en los bebés de las madres expuestas, durante su embarazo, a los ataques terroristas del 11 de septiembre en los Estados Unidos. El propósito de este estudio fue informar sobre la relación entre los síntomas del TEPT materno y los niveles de cortisol en la saliva en bebés de madres expuestas directamente a estos ataques terroristas. Los niveles reducidos de cortisol se han relacionado con la vulnerabilidad al TEPT y el factor de riesgo de TEPT parental en la descendencia adulta de sobrevivientes del Holocausto. Las conclusiones del estudio sugieren que los efectos del TEPT materno relacionados con el cortisol pueden observarse muy temprano en la vida de sus descendientes y subrayan la relevancia de los efectos en el útero como contribuyentes al factor de riesgo biológico para el TEPT.

En otra investigación importante se discute el riesgo potencial de aquellos niños cuyos padres fueron traumatizados por los actos terroristas, haciendo una revisión de la literatura sobre la crianza de los hijos dentro del contexto del terror, y considerando los factores que pudieran mediar la transición de los efectos del trauma de los padres a los niños (Kaitz, Levy, Ebstein, Faraone y Mankuta, 2009). Los factores de mediación considerados por estos autores son: el TEPT de los padres, las interacciones distorsionadas entre padres e hijos, los recuerdos intrusos relacionados con el trauma en el pensamiento de los padres, y los efectos del estrés en el funcionamiento neural de los niños. Además, los autores discutieron los efectos genéticos y ambientales que pudieran moderar la transmisión de efectos intergeneracionales y promover el riesgo y la resiliencia de los niños cuyos padres han sido afectados por el terrorismo.

Según este estudio, para los niños, los factores moderadores son aquellos que los hacen vulnerables o los protegen contra la constelación de dificultades que pueden acompañar a vivir con un padre traumatizado. Estos factores podrían incluir dificultades preexistentes en la autorregulación, pérdidas y traumas previos, problemas en el desarrollo, un apego inseguro preexistente y fuentes limitadas de apoyo fuera del núcleo familiar. En resumen, la relación entre el trauma de los padres y los efectos que tiene el trauma de los padres en los niños es probable que sea complejo; y el resultado del niño dependerá de un gran conjunto de variables que covarían, se acumulan e interactuaban entre sí. Por consiguiente, es mejor

conceptualizar los efectos intergeneracionales como influenciados en un amplio conjunto de dominios ecológicos, incluyendo "quién es el niño", la familia, el vecindario, la cultura y la clase (Bronfenbrenner, 2001). En el capítulo 1 de este libro hemos ahondado sobre esta problemática. Estos contextos no solo pueden influir sobre el niño sino que el niño influirá sobre ellos.

Por otra parte, Kaitz, et al. (2009) mencionan los resultados de investigaciones que sugieren que los factores genéticos pueden contribuir a que las personas tengan mayor susceptibilidad al miedo, mayor estrés y dificultades para hacer frente a los desafíos. En esta línea, la investigación ha demostrado que los genes pueden moderar la asociación entre adversidad temprana y psicopatología, de modo que las personas que heredan "genes de vulnerabilidad" y tienen que hacer frente a múltiples factores de estrés psicosocial tienen más probabilidades de desarrollar trastornos psicológicos (por ejemplo, depresión) que las personas que heredan otros genes o los individuos que están lidiando con estresores ambientales significativos (por ejemplo, Caspi et al., 2003). En base a lo anterior, se concluye que los hijos de víctimas del terrorismo que son más vulnerables al TEPT son aquellos que son genéticamente vulnerables y que presentan un mayor estrés psicosocial.

También es preocupante la evidencia acumulada de que existen padres que inducen estrés a sus propios hijos como resultado de cambios tempranos inducidos por el estrés en su neuroquímica y la expresión alterada de su ADN (Fish et al., 2004). Esto significa que el estrés impuesto a los niños "hoy" puede afectar la manera en que ellos cuidarán de sus hijos "mañana", de modo que sin una intervención temprana, las consecuencias del trauma experimentado por una generación puede transmitirse a las generaciones siguientes, incluso después de que se hayan resuelto las circunstancias que dieron lugar al trauma (por ejemplo terror, conflicto político) como se ha visto en Lev-Wiesel, 2007; Rubinstein, Cutter y Templer, 1990; Scharf, 2007).

En general, las neurociencias han sugerido la existencia de cierta predisposición genética que elevaría la vulnerabilidad para desarrollar el TEPT, así como la desregulación de múltiples sistemas neuroquímicos como correlatos del trastorno. Asimismo, se ha hipotetizado sobre la posible transmisión intergeneracional del mencionado trastorno. Un estudio muy reciente revisó y sintetizó los resultados obtenidos sobre los factores psicobiológicos que aumentan la vulnerabilidad para desarrollar el TEPT tras el atentado terrorista del 11 de septiembre de 2001, de la misma forma que los posibles correlatos una vez que se ha desarrollado este trastorno (Romero-Martínez y Moya-Albiol, 2018).

Los resultados del estudio evidencian como las víctimas del 11-S que desarrollaron un TEPT, presentan una serie de determinadas variantes alélicas del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal, de los sistemas oxitocinérgico y serotoninérgico que les conferirían una mayor vulnerabilidad para desarrollar dicho trastorno. Además, a nivel neuroanatómico existirían alteraciones en los sistemas endocannabinoidal y serotoninérgico. De la misma forma, señalan la reducción de la actividad del córtex retrosplenial, de las regiones dorsales del córtex prefrontal, el precúneo, el giro caudado y parahipocampal, así como una sobreactivación bilateral de la amígdala como posibles correlatos de la sintomatología característica del TEPT. Por último, a pesar de que a nivel del eje HHA la secreción del cortisol mantenga las fluctuaciones diarias normales, las personas afectadas por el TEPT presentarían una hipocortisolemia basal, pero con una respuesta al estrés relativamente preservada. Por consiguiente, el estudio ha puesto de manifiesto los diversos mecanismos etiológicos que podrían estar implicados en el desarrollo del TEPT.

Según los autores, todas estas alteraciones facilitarían la transmisión intergeneracional del trastorno, ya que condicionarían el ambiente prenatal. De esta forma, la composición del líquido amniótico se vería afectada por el estrés derivado del evento traumático, así como por la exposición a contaminantes ambientales liberados durante el atentado. Por lo tanto, concluyen que la extensión de los atentados terroristas abarcaría más allá de las propias personas afectadas, extendiéndose incluso a su descendencia. Estos resultados son importantes, señalan los autores, porque la comprensión de los mecanismos etiológicos que subyacen al TEPT permitiría desarrollar nuevas líneas de investigación que facilitasen detectar a los sujetos con una predisposición para desarrollar el TEPT y planificar estrategias de intervención más eficaces.

5. Conclusiones

Las observaciones clínicas y empíricas de los estudios han indicado que las consecuencias de eventos traumáticos no se limitan a los sobrevivientes, sino que a menudo tienen un importante impacto en sus familiares y allegados (Dekel, et al., 2005). La literatura ha sugerido cómo las demás personas significativas de su entorno, a menudo, adoptan los sentimientos de los compañeros traumatizados, sus experiencias y recuerdos como propios, proceso acuñado como “traumatización secundaria” (Figley, 1995). Esto puede conducirles a presentar también síntomas de estrés secundario a la experiencia traumática, consistente en depresión, ansiedad, sintomatología postraumática, síntomas somáticos, etc.

En particular las parejas que, a menudo, son los cuidadores principales de los sobrevivientes son particularmente vulnerables a exhibir trauma secundario de estas experiencias, aunque existen variables moderadoras de estas asociaciones (Lambert et al., 2012). Se sabe que los esfuerzos de apoyar a los sobrevivientes traumatizados pueden conducirles a experimentar malestar psicológico.

Numerosos estudios han mostrado como los cónyuges se ven afectados por los síntomas postraumáticos de las víctimas directas. Dentro de los procesos de traumatización secundaria, en contextos de guerra y terrorismo, en varias investigaciones se ha demostrado una relación positiva entre los síntomas de TEPT de los sobrevivientes directos de un suceso traumático y los síntomas de TEPT de sus cónyuges (Dekel et al., 2005; Gilbar et al., 2012; Weinberg, 2013; Weinberg et al., 2016).

La investigación ha demostrado que la relación superviviente-cónyuge es bidireccional. Por lo tanto, los cónyuges no expuestos al suceso traumático no solo se ven afectados por el TEPT del sobreviviente sino que también pueden afectar los síntomas del TEPT del sobreviviente (Goff y Smith, 2005). Varias investigaciones han demostrado estas asociaciones entre los síntomas de TEPT de sobrevivientes y sus cónyuges, incluidos los mecanismos de defensa y los estilos de apego, en contextos de guerra y terrorismo (Ein-Dor, et al., 2010; Gilbar, et al., 2012; Henry et al., 2011; Goff y Smith, 2005; Weinberg, 2013).

En el contexto específico del terrorismo, un corpus menor de investigación se ha centrado en los procesos de traumatización secundaria en parejas víctimas de terrorismo (por ejemplo, Pfefferbaum et al., 2002; Menendez et al., 2006; Weinberg, 2013; Gilbar, et al., 2012; Besser, et al., 2015). Los resultados de estos estudios han confirmado la idea que cuando se tratan sobrevivientes de trauma es importante abordar y reconocer el impacto del trauma en sus cónyuges también. Sin embargo, el TEPT fue, a menudo, la única consecuencia psicopatológica que se examinó en la mayoría de estos estudios, entre los sobrevivientes de atentados terroristas y sus cónyuges. De ahí que un estudio reciente específico de víctimas de terrorismo comprobase la existencia de correlaciones positivas entre no solo entre los síntomas de TEPT, si no entre los síntomas depresión y ansiedad entre los supervivientes de ataques terroristas y sus cónyuges (Weinberg, et al., 2016).

La literatura, en víctimas de terrorismo y sus parejas, ha examinado algunas variables que presentan una asociación diádica tanto con los síntomas del TEPT del sobreviviente como del cónyuge, convirtiéndose en factores de resiliencia. En esta línea, el apoyo social percibido por los sobrevivientes de trauma está asociado con niveles más bajos de síntomas de TEPT tanto para los sobrevivientes como para

sus cónyuges (Weinberg, 2013). Este mismo autor plantea la importancia de tener en cuenta la tendencia del superviviente a perdonar a los demás, el apoyo social y la autoestima del cónyuge, ya que tienen una asociación diádica tanto con los síntomas del TEPT del sobreviviente como del cónyuge en las víctimas del terrorismo.

También se ha encontrado que los estilos de humor benignos se asociaron con el bajo nivel de síntomas relacionados con el trauma de los sobrevivientes y de su cónyuge (Besser et al., 2015). En la misma línea, Weinberg et al. (2016), examinaron las relaciones entre la esperanza, el optimismo, y apoyo social, que han sido previamente documentados como recursos clave de resiliencia, y síntomas de TEPT, depresión y ansiedad entre los sobrevivientes de terrorismo y sus cónyuges. Los autores encontraron que estos reportados por los sobrevivientes están negativamente asociados con los síntomas de los sobrevivientes y, de igual modo, los recursos de resiliencia informados por los cónyuges se asocian negativamente con los síntomas relacionados con el trauma de los cónyuges. Por último, siempre en el contexto de las víctimas de terrorismo y sus parejas, Weinberg, et al. (2015) señalaron la necesidad de prestar atención a la disociación del rasgo como una condición asociada con mayores síntomas de TEPT para ambos miembros de la pareja.

Con respecto a los procesos de traumatización secundaria en el resto de los miembros de la familia (por ejemplo, los hijos) la literatura de investigación realizada ha permitido la realización de algunas revisiones bibliográficas (Galovsky y Lyon, 2004; Lambert et al., 2014). En su conjunto, la investigación sugiere que los síntomas de los padres con el TEPT se asocian con dificultades psicológicas de los niños. Por ejemplo, los síntomas de TEPT se han asociado con el trastorno de estrés postraumático en los niños, con la ansiedad, la depresión infantil y con los problemas de conducta.

En base a lo anterior, se ha proporcionado evidencia de que el TEPT de los padres se asocia con los trastornos psicológicos y del comportamiento de sus hijos (véase el metaanálisis realizado por Lambert et al., 2014). Un hallazgo muy importante de esta investigación fue que las correlaciones entre los síntomas de TEPT de los padres y las dificultades de los niños eran tan fuertes para los casos donde ambos habían sido traumatizados de modo directo por el mismo evento como en aquellos casos en que sólo el padre había experimentado el acontecimiento traumático. En esta línea, los autores señalan la importancia de considerar el contexto familiar en ambas situaciones.

En resumen, cuando los padres también experimentan malestar clínicamente significativo en respuesta a la violencia masiva (TEPT, depresión, malestar clínicamente significativo), estos pueden presentar dificultades para responder a los síntomas emocionales de sus hijos o pueden contribuir al desarrollo o mantenimiento de los síntomas y trastornos mentales de los niños (TEPT, depresión, ansiedad, problemas de conducta, abuso de sustancias etc.). Diferentes estudios demuestran que los síntomas de los padres tras los acontecimientos traumáticos contribuyen a los síntomas de los niños, y que el malestar de los padres predice los síntomas de estrés postraumático del niño, así como otras dificultades de salud mental, aunque se han encontrado variables moderadoras.

En esta dirección, los estudios más focalizados en el terrorismo han encontrado que el estrés de los padres tiene gran impacto en el funcionamiento de los hijos. Esta influencia puede darse también de forma indirecta ya que el malestar postraumático de los padres puede producir cambios en el funcionamiento familiar. Consecuentemente, puede crearse un entorno de irritabilidad, conflicto y abandono, atmósfera que conduce a los síntomas de TEPT en los niños (por ejemplo, Cobham et al, 2016). Además, la percepción de conflicto familiar o de poca cohesión familiar así como la psicopatología previa de los padres y un negativo estilo de crianza también puede agravar los síntomas producidos por una situación traumática.

Otra línea de investigación que se ha desarrollado tiene que ver con cómo el trauma infantil afecta a los padres, lo cual es importante no solo porque los problemas de salud mental pueden afectar el funcionamiento diario de los padres sino también porque la angustia del cuidador y la posible pérdida del apoyo social de los padres pueden afectar el proceso de curación de su hijo (Shultz et al., 2014). Por lo tanto, parece justificado obtener una mejor comprensión de cómo un ataque terrorista afecta el bienestar de los padres.

En esta línea, se ha llevado a cabo mucha menos investigación sobre los síntomas de salud mental de los padres después de que sus hijos hayan experimentado un trauma severo. Solo dos estudios, que nosotros conocemos, se han centrado en los padres de los sobrevivientes de ataques terroristas (Scrimin et al., 2006 y Thoresen, et al., 2016). Estos estudios sugieren que los padres de los niños y adolescentes afectados pueden ser vulnerables durante un período de tiempo considerable después de los eventos traumáticos, por lo que constituyen un grupo de riesgo que debe ser objeto de intervenciones tempranas y estrategias de seguimiento.

Se hace necesario tener en cuenta que después de los ataques terroristas y otros desastres, los recursos son limitados, y las estrategias de intervención temprana pueden necesitar enfocarse en los grupos más vulnerables. Las intervenciones que ayudan a los padres a sobrellevar su propio malestar y ansiedad pueden facilitar que los padres puedan apoyar a sus hijos y que sus hijos pidan y reciban apoyo sin sentir que están cargando a sus padres.

Una última cuestión examinada en este capítulo es la transmisión intergeneracional del trauma y los mecanismos que subyacen a la misma. Específicamente en el contexto del terrorismo, Yehuda et al. (2005) y Kaitz et al. (2009) discuten el riesgo potencial de aquellos niños cuyos padres fueron traumatizados por los actos terroristas, haciendo una revisión de la literatura sobre la crianza de los hijos dentro del contexto del terror, y considerando los factores que pudieran mediar la transición de los efectos del trauma de los padres a los niños. Además, los autores discutieron los efectos genéticos y ambientales que pudieran moderar la transmisión de efectos intergeneracionales y promover el riesgo y la resiliencia de los niños cuyos padres han sido afectados por el terrorismo. Kaitz, et al. (2009) concluyen que son necesarios más estudios empíricos para profundizar acerca de la transmisión intergeneracional de los efectos del trauma y los procesos que subyacen bajo la misma. Más recientemente, un estudio realizado por Romero-Martínez y Moya-Albiol (2018) revisó y sintetizó los resultados obtenidos sobre los factores psicobiológicos que aumentan la vulnerabilidad para desarrollar el TEPT tras el atentado terrorista del 11 de septiembre de 2001, dando un paso importante para la comprensión de los mecanismos etiológicos que subyacen al TEPT. Según estos autores, estos factores facilitarían la transmisión intergeneracional del trastorno, ya que condicionarían el ambiente prenatal. Por lo que concluyen que la extensión de los atentados terroristas abarcaría más allá de las propias personas afectadas, extendiéndose incluso a su descendencia. Estos resultados son importantes en la línea de detectar a los sujetos con una predisposición para desarrollar el TEPT y planificar estrategias de intervención más eficaces. En base a los resultados de las investigaciones que se han centrado en la transmisión intergeneracional del trauma, se hace necesario mejorar la evaluación, el tratamiento y el apoyo a las víctimas de la violencia masiva y sus hijos para bloquear la transmisión de problemas de una generación a otra.

Finalmente, teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, los gestores de políticas deben considerar nuevos paradigmas de prestación de servicios de salud mental, asegurando que haya suficientes profesionales bien capacitados en el

campo, y proporcionando fondos para apoyar a las familias de las víctimas durante la recuperación y el tiempo necesario para cumplir con sus necesidades.

Los hallazgos de estos estudios sugieren la necesidad de programas que capaciten a parejas y familias a asesorarse en el desarrollo de habilidades para la reducción de los diferentes niveles de malestar en las víctimas, sus cónyuges y sus hijos, previniendo y mejorando el funcionamiento continuo y minimizando los procesos de transmisión intergeneracional del trauma. Como los estudios han documentado que muchas personas no buscan ayuda activamente después de una experiencia traumática, se recomiendan diferentes modelos de tratamiento o modelos de atención escalonada para la intervención (Brewin et al., 2008; McDermott y Cobham, 2014).

A pesar de los desafíos que surgirán en la atención a las víctimas de la violencia masiva, los esfuerzos en estas direcciones parecen esenciales, dadas las muchas familias que han estado o estarán expuestas al terror y la violencia. Conjuntamente, resulta muy preocupante el hecho de que muchos niños podrían llevar el legado del terror y la violencia a su futuro. Sobre estos programas y/o modelos de atención hablaremos en los capítulos siguientes.

Capítulo V

La pandemia de la Covid-19 y víctimas del terrorismo: un modelo ecológico de factores de riesgo

1. Introducción

Hoy en día, nos encontramos aún inmersos en una pandemia que se desencadenó hace más de un año ya por el COVID-19, provocada por el virus SARS-CoV-2; generando esto una grave crisis sanitaria, económica y social.

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia internacional a la situación de emergencia de salud pública provocada por la COVID-19. En marzo del 2020 se estableció en España el Estado de Alarma por la crisis sanitaria que ha provocado dicho virus. Dentro de las distintas medidas para reducir la propagación del mismo se han realizado la promoción de estrategias saludables de higiene, el aislamiento de enfermos y el confinamiento obligatorio, es decir, el aislamiento y restricción del movimiento de toda la población.

Como parte de la infección por este virus se han notificado, hasta el día de hoy (24 mayo de 2021), al menos 166.346.117 casos de personas infectadas y 3.449.117 de fallecidos a nivel global según datos aportados por la OMS, recogidos por el Departamento de Seguridad Nacional del Gobierno español (DSN, 2021). España tampoco se escapa a esta perspectiva. Desde que el pasado 31 de enero de 2020 fuera identificado el primer caso de COVID-19 en nuestro país, a fecha 20 de mayo del 2021, el virus ha contagiado a 3,64 millones de personas, de las cuales 79.620 han muerto según las cifras del Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad, 2021). Sin embargo, el brote de COVID-19 aún no ha terminado y no sabemos cuántas personas más se infectarán, morirán o padecerán los estragos físicos y emocionales que supone.

Esta pandemia ha traído consigo un elevado número de personas infectadas, muertes, miedos al contagio, enfermedad, medidas restrictivas, aislamiento social, sensación de falta de control, pérdida de empleo, salarios y preocupación e incertidumbre sobre el futuro. Por tanto, puede considerarse como un

acontecimiento traumático con posibilidad de traer graves secuelas para la salud física y mental de las personas afectadas, especialmente dentro de colectivos vulnerables como pueden ser las víctimas del terrorismo.

El COVID-19, junto con muchos otros problemas que afectan a diversas regiones del mundo, ha provocado que la comunidad internacional se olvide cada vez más de la amenaza terrorista. Sin embargo, desafortunadamente, permanece presente, y en algunos casos incluso se está intensificando. La incertidumbre y confusión causadas por la pandemia del COVID-19 están siendo ampliamente explotadas por grupos terroristas tanto yihadistas como de la extrema derecha (Kruglanski, Gunaratna, Ellenberg y Speckhard, 2020). Aunque el contenido específico de estos elementos difiere entre los diferentes grupos. Para ambos grupos la pandemia ha ofrecido nuevas oportunidades y métodos para desatar la violencia contra los objetos de su odio, lo que hace temer nuevas olas de violencia en el futuro contra pueblos y gobiernos, cerniéndose así la amenaza terrorista sobre todos.

Más recientemente, en el presente año 2021, la Dirección Ejecutiva del Comité contra el Terrorismo (CTED) perteneciente al Consejo de Seguridad de la ONU, señalaba que:

Aunque la pandemia ha presentado claramente a la comunidad antiterrorista desafíos importantes, todavía hay pruebas limitadas de cualquier correlación clara entre la pandemia y un cambio en la naturaleza o intensidad de la violencia terrorista. Sin embargo, el análisis de CTED indica que, en muchas regiones, es probable que la pandemia haya aumentado los factores subyacentes y factores estructurales que a menudo conducen al terrorismo.

Aunque los efectos a largo plazo de COVID-19 en la lucha contra el terrorismo y el CVE son igualmente difíciles de determinar, la pandemia probablemente tendrá un impacto significativo en las respuestas mundiales contra el terrorismo, en particular con respecto a la dotación de recursos (...). Es fundamental que la lucha contra el terrorismo siga ocupando un lugar destacado en la agenda internacional y que los Estados Miembros sigan dando prioridad a la cooperación internacional y regional para contrarrestar la amenaza terrorista global en evolución (p. 20).

En este capítulo abordaremos la victimización por “viruismo” (Cohen-Louck y Levy, 2020). Un término nuevo que representa la victimización relacionada con una pandemia y se compara con el terrorismo, planteando semejanzas y diferencias con el mismo. La comparación con el terrorismo subraya la posible importancia de los factores subjetivos en la comprensión y manejo de respuestas al viruismo, en particular el miedo que produce.

Asimismo, explicamos las consecuencias psicosociales de la pandemia dentro de la población general, profundizando en los efectos sobre las víctimas del terrorismo,

como uno de los colectivos que puede presentar varias dimensiones de vulnerabilidad frente a la misma. Conjuntamente a la revisión teórica, vamos exponiendo los casos y testimonios de varias víctimas del terrorismo pertenecientes a AMUVITE (Asociación Murciana de Víctimas del Terrorismo) recogidos durante la presente pandemia del COVID-19 (años 2020-2021) en entrevistas clínicas realizadas. Se trata de acercarnos a la experiencia de las víctimas durante este período.

En la explicación de los factores de riesgo para la salud mental y el ajuste psicosocial de la población, desarrollamos un modelo ecológico que adaptamos a las víctimas del terrorismo. Este modelo, basado en el trabajo de Bronfenbrenner (2002), tiene en cuenta a la persona y a los sistemas de los que ella forma parte (familia, escuela, trabajo, barrio, pueblo, ciudad, sociedad, cultura) desde lo micro hasta lo macro, así como contempla las interacciones entre diferentes niveles y entre todos estos componentes.

En esta dirección, siguiendo los niveles de este modelo ecológico, desarrollamos los factores a nivel Macro y Exo que, en la crisis del coronavirus, se convierten en riesgo para las poblaciones (de tipo económico, sociales, políticos, sanitarios). En el nivel Meso, profundizamos en la influencia del entorno comunitario, la situación de las escuelas, centros de trabajo, medidas sanitarias, acceso a redes de apoyo social. Explicamos la interacción de todas estas circunstancias con aquellos factores personales de riesgo. En especial, explicamos las vulnerabilidades preexistentes a la COVID-19 en las víctimas del terrorismo que incluyen: actitudes disfuncionales, dificultades en la regulación emocional /altos niveles de miedo y ansiedad ante la muerte, trastornos mentales previos, rasgos de personalidad que generan vulnerabilidad, apego inseguro, aislamiento / pérdida de apoyo social, mayor reactividad al estrés, estrategias de afrontamiento inadecuadas, ser pacientes crónicos a nivel físico y haber sufrido polivictimización. Dado que el colectivo de las víctimas del terrorismo es un colectivo bastante heterogéneo en cuanto a su pertenencia a diferentes sectores de la sociedad que se pueden ver afectados por la pandemia, presentamos aquí algunos factores de riesgo que podría explicar su malestar psicológico como miembros de dichos grupos: mujeres, embarazadas, niños, personal sanitario o trabajadores de primera línea, ancianos, jóvenes, estudiantes etc. Por último, abordamos el papel de los factores familiares y/o de pareja (nivel Micro) como factores de riesgo o de protección frente a la crisis del coronavirus y su posible papel mediador a la hora de comprender el ajuste de los adultos y niños que han sufrido el terrorismo, que ya de por sí pueden partir de vulnerabilidades familiares previas al COVID-19, las cuales pueden reforzarse en las condiciones de la pandemia actual.

2. Terrorismo y pandemia de la COVID-19

Una cuestión importante a analizar sería el planteamiento del CTED (2021) acerca de que, en muchas regiones, es probable que la pandemia haya aumentado los factores subyacentes y factores estructurales que a menudo conducen al terrorismo. Dentro de estos factores tenemos, en primer lugar, la existencia de una creciente frustración, desconfianza e ira entre la población de muchos estados por las medidas de restricción sanitarias impuestas debido al COVID-19, restricciones que se perciben como desproporcionadas e injustificadas. En segundo lugar, independientemente de las posiciones ideológicas, la crisis económica relacionada con la pandemia (incluido el aumento del desempleo, la pobreza, la desigualdad y la inseguridad alimentaria) pueden impulsar una mayor amenaza terrorista. En tercer lugar, dado que algunos Estados se quedan atrás en abordar los desafíos económicos y frustraciones sociales derivadas de la pandemia, los grupos terroristas podrían aumentar. En cuarto lugar, se sabe que varios grupos terroristas ya están explotando la pandemia para cultivar autoridad y legitimidad, ampliando sus tácticas de reclutamiento y radicalización a través de la caridad, la provisión de alimentos o recursos monetarios y otros tipos de apoyo. En quinto lugar, la pandemia ha restringido el acceso a la educación en todo el mundo, por lo que los niños tienen un mayor riesgo de ser reclutados por grupos terroristas, verse esclavizados y ser más vulnerables a la violencia de género, el abuso y la explotación sexual. En sexto y último lugar, la reducción en educación, en alternativas de ocio y las perspectivas de desarrollo de los jóvenes puede también potencialmente debilitar las defensas y resiliencia contra los discursos extremistas violentos, facilitándose la captación por estos grupos.

En un análisis de estos factores apreciamos cómo varios de ellos están asociados no solo a facilitar la actividad terrorista, sino que pueden convertirse en dimensiones de riesgo para aquellas personas que ya han sufrido la amenaza terrorista, poniendo en peligro su salud y estabilidad mental. En este capítulo profundizaremos sobre esta situación.

Se ha planteado que la crisis del coronavirus y el terrorismo comparten ciertas características comunes, aunque eso sí, diferentes en su origen (Bourekba, 2020). Este autor afirma que: 1) el coronavirus y los atentados terroristas siguen el mismo *modus operandi*: se trata de enemigos invisibles, que constituyen a la vez una “amenaza” interna y externa y escogen a sus víctimas sin ningún tipo de discriminación (por ejemplo, estatus, raza, clase). Si bien, se ha estudiado que las minorías étnicas y las clases socioeconómicas bajas se han visto más fuertemente

afectadas, como se señala más adelante. 2) Varios gobiernos están afrontando la lucha contra el virus, como si de una guerra se tratara, con el fin de movilizar a su población contra un “enemigo común”, según la misma fraseología que ha sido empleada contra el terrorismo. 3) Ambos sucesos son excepcionales e inesperados, y, por consiguiente, requieren medidas únicas para detenerlos. 4) La amenaza que suponen ambos fenómenos, no se limita en el tiempo, ya que siempre existe la posibilidad de una nueva ola o, en el caso del terrorismo, de nuevos atentados.

En esta línea, Cohen-Louck y Levy (2020) sugieren que existen muchas semejanzas entre el terrorismo y la pandemia actual que se manifiestan dentro de los aspectos físicos, económicos, sociales y psicológicos de la victimización. Para abordar la naturaleza multidimensional del impacto de la pandemia, estos autores acuñan el término “viruismo”. Se trata de un término nuevo que representa la victimización relacionada con una pandemia. Ellos lo definen como una serie de “*efectos físicos, económicos, sociales y psicológicos causados por pandemias virales*” (p.1).

Para estos investigadores, tanto el terrorismo como el viruismo evocan altos niveles de miedo y causan enormes consecuencias financieras, sociales y psicológicas. La comparación entre ambos eventos traumáticos advierte que en el caso del terrorismo y el viruismo hay una brecha entre el riesgo objetivo y los miedos subjetivos. Una brecha que ha creado una cantidad considerable de investigación sobre el miedo al terrorismo (Pain, 2009). Cohen-Louck y Levy (2020) sugieren que existe una brecha similar con respecto al miedo al viruismo. En este sentido, la percepción del miedo depende no sólo de la gravedad de la victimización, sino también de la percepción de la capacidad de la persona para controlar si serán victimizados.

Analizando ambos fenómenos, Cohen-Louck y Levy (2020) señalan como, en apariencia, son diferentes. El terrorismo es considerado como una amenaza geopolítica (Pain, 2009), mientras que el viruismo es una amenaza para la salud. El terror y el terrorismo se asocian principalmente con violencia provocada por el hombre y por motivos políticos contra la población civil con el objetivo de crear un estado general de miedo. Por el contrario, el viruismo no es causado por personas, y no hay causas políticas ni ganancias detrás de los brotes de virus. Sin embargo, a pesar de estas diferencias, estos autores destacan que ambos fenómenos comparten semejanzas.

Los efectos del terrorismo y el viruismo representan los aspectos fundamentales de la victimización, incluidos los problemas de salud mental, sufrimiento emocional, pérdidas económicas y deficiencias sustanciales de los derechos

fundamentales (Asamblea General Resolución 40/34; Naciones Unidas, 1985). De manera similar al terrorismo, el viruismo pone en peligro la estabilidad económica, la salud mental y los derechos civiles (...). Por tanto, parece que, al igual que el terrorismo el viruismo amenaza el equilibrio entre la protección de los derechos y la protección de la seguridad y la salud pública. (Cohen-Louck y Levy, 2020).

En esta línea, tanto el terrorismo como la pandemia, pueden catalogarse dentro de los traumas colectivos: sus consecuencias sacuden sociedades enteras.

3. Consecuencias de la pandemia sobre la salud mental: trauma y resiliencia

El COVID-19 es un nuevo tipo de trauma, diferente de epidemias anteriores que tuvieron un alcance más limitado. Supone un evento traumático que afecta múltiples esferas presentando al menos tres componentes traumáticos: temores de infecciones presentes y futuras, impacto omnipresente, interrupción de la vida y aislamiento social. Los tres pueden combinarse para afectar los ingresos, el estado de bienestar social y la salud mental (Kira, et al., 2020). Estos autores proponen que lo que hace al COVID-19 un trauma único y severo, en comparación con otros traumas, es su invisibilidad, imprevisibilidad e incontrolabilidad.

Varios estudios han concluido que cuando una experiencia traumática es continua, los síntomas del TEPT se vuelven más significativos y severos (Goral et al., 2017; Kira et al., 2013, citado en Kira et al., 2020). El estrés traumático continuo exige un esfuerzo contante para hacerle frente, lo que puede agotar los recursos individuales de afrontamiento. Este tipo de sufrimiento, que se produce cuando la persona está expuesta continuamente al trauma, aumenta aún más su vulnerabilidad. La pandemia del COVID-19, que continua en curso, se nos presenta pues como un evento crónico cuyas consecuencias para la salud mental tardarán varios años en manifestarse. Durante el transcurso de la pandemia los expertos han estado advirtiendo que se avecina una pandemia “psicológica”, derivada de los estragos que ha causado en la salud mental de la población la COVID-19. En esta línea, algunas investigaciones confirman la existencia de una ola de malestar emocional, que anuncia una alta probabilidad de que la carga de problemas de salud mental aumente en la era posterior a la crisis de coronavirus (Vadivel et al., 2021).

Respecto a las consecuencias psicopatológicas de la pandemia provocada por el COVID 19, una revisión reciente de los estudios internacionales y metaanálisis

publicada por la revista *Psychiatric Research*, que incluye más de 50 investigaciones realizadas en países de todo el mundo, señala como la pandemia está afectando a la salud mental de la población (Cénat et al., 2020). En estos estudios se detectó que las poblaciones afectadas por la pandemia tienen una prevalencia significativamente mayor de depresión, ansiedad, insomnio, TEPT y malestar psicológico en comparación con la población general en circunstancias normales. De hecho, la prevalencia de la depresión en las poblaciones afectadas por COVID-19 es más de tres veces mayor que en la población general, mientras que es cuatro veces mayor para la ansiedad y cinco veces mayor para el TEPT.

Una revisión de estudios realizada por Dubey et al. (2020) para definir el impacto psicosocial del COVID-19, alertó que la enfermedad en sí, multiplicada por la cuarentena forzada para combatir el COVID-19, puede producir pánico agudo, ansiedad, comportamientos obsesivos, acaparamiento, paranoia, depresión y TEPT a largo plazo. En la misma línea, se sabe con certeza que ha aumentado considerablemente la prevalencia de problemas de ansiedad, depresión, TEPT y malestar psicológico en la población general (Pierce et al., 2020; Xiong et al., 2020).

Específicamente, en España, el estudio “Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento”, realizado por varias universidades (Lasa et al., 2020), concluye que se está produciendo un incremento del malestar psicológico, en cierto modo, en el 45,7% de la población (21.022.000 personas). Resulta muy preocupante el aumento, sobre todo, de los sentimientos depresivos, de irritación, enfado, problemas de sueño y síntomas de estrés y ansiedad. Del mismo modo, aproximadamente un 9,5% de la población en España (4.370.000 personas), están sufriendo efectos emocionales negativos, con un nivel de moderado a grave. Cabe destacar que afecta algo más a las mujeres que a los hombres y a las personas más jóvenes que a las más mayores.

La evidencia emergente sugiere que las tasas de TEPT y estrés psicológico en la población general son elevadas como consecuencia del COVID-19. Sin embargo, era necesario un metaanálisis para obtener estimaciones de prevalencia más precisas debido a la variabilidad entre estudios. Cooke, Eirich, Racine y Madigan (2020) realizaron una revisión rápida y un metaanálisis del TEPT y los síntomas de estrés psicológico general durante el COVID-19. Ellos encontraron que la prevalencia combinada de síntomas de estrés postraumático y estrés psicológico en la población general fue de 25% y 24 %, respectivamente.

Conjuntamente, se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis para examinar la prevalencia general de los resultados de salud psicológica durante la

crisis del coronavirus (Arora, et al., 2020). Los resultados del estudio evidenciaron como la prevalencia combinada de los síntomas del TEPT fue del 33%, la ansiedad el 28%, el estrés el 27% y la depresión el 22%. La prevalencia de resultados psicológicos fue similar en los trabajadores de la salud y en la población general (34% y 33% respectivamente). Los autores concluyen que las cifras de alta prevalencia respaldan la importancia de garantizar la provisión adecuada de recursos para la salud mental.

Según los últimos datos de la OCDE (2021), los niveles de depresión y ansiedad se han duplicado en algunos países como Bélgica, Francia, Reino Unido o los Estados Unidos a consecuencia de la COVID-19 con respecto a años anteriores. Con relación a España, aunque en dicho informe no se dispone de datos acerca de la prevalencia de ansiedad o depresión anteriores al COVID para poder comparar las diferencias, nuestro país registró en el año 2020 con el inicio de la pandemia, 21.6% de problemas de ansiedad y del 18.7% de depresión (OECD, 2021). Según el último informe de Eurofond (2021), en la Unión Europea todos los grupos de edad presentan una disminución en la percepción de su salud mental, pero especialmente los jóvenes y las personas que han perdido su empleo a consecuencia de la crisis económica derivada del coronavirus.

La investigación durante la pandemia de COVID-19 ha identificado un trastorno de adaptación relacionado con la misma, denominado síndrome de estrés COVID, que debe hacerse solo después de descartar otros trastornos que podrían explicar el patrón de síntomas, como el trastorno obsesivo compulsivo y el TEPT (Taylor, 2021). El miedo a infectarse con COVID-19 es el síntoma principal. El trastorno se caracteriza por la preocupación por la pandemia o sus consecuencias, incluida la preocupación excesiva, pensamientos recurrentes y angustiantes sobre la misma, o una constante rumia sobre sus implicaciones, así como por la falta de adaptación al factor estresante que causa un deterioro significativo en la vida personal y familiar, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

En los estudios realizados por Taylor (2021), aunque la investigación muestra que los puntajes en las escalas de estrés de COVID están correlacionados con problemas de salud mental preexistentes, se encontró que muchas personas con puntajes altos no tenían antecedentes de estos trastornos. La mayoría (74%) de las personas con trastorno de estrés COVID no tenían un trastorno anterior al COVID-19, incluso si tendían a tener puntuaciones altas en los rasgos de personalidad (p. Ej., Intolerancia a la incertidumbre) que los predispondría a experimentar malestar emocional intenso en respuesta a factores estresantes como una pandemia. La gravedad del Síndrome de Estrés COVID se asoció con altos niveles de ansiedad

general y depresión, con mayor malestar durante el confinamiento y el distanciamiento social, mayor evitación de lugares públicos y con mayor temor y evitación de las personas que podrían estar infectadas con COVID-19, como los trabajadores de la salud.

Por otra parte, consideramos que la salud mental de los niños y adolescentes durante la pandemia necesita una atención especial. La revisión realizada por Panda et al. (2021) encontró que los problemas psicológicos predominantes entre los niños durante la pandemia de COVID-19 son: ansiedad, depresión, irritabilidad, aburrimiento, problemas de sueño, de comportamiento y de concentración de la atención y miedo al COVID-19. En línea con lo anterior, en otras revisiones se ha encontrado que los niños y adolescentes tienen más probabilidades de experimentar altas tasas de depresión y ansiedad durante y después de una pandemia, viéndose afectados por los trastornos del sueño y de la alimentación, así como el deterioro de las interacciones sociales (Meherali et al., 2021). A nivel mundial, se ha descubierto que los adolescentes de diversos orígenes experimentan tasas más altas de ansiedad, depresión y estrés debido a la pandemia (Jones, Mitra y Bhuiyan, 2021). Además, en esta revisión se señala que tienen una mayor frecuencia de consumo de alcohol y cannabis durante esta crisis.

Según un informe de UNICEF, que lleva por título: Estado mundial de la infancia, 2021. En mi mente: promoción, protección y cuidado de la salud mental de los niños, se advierte como la pandemia ha agravado la salud mental de los jóvenes. Los últimos datos muestran que 1 de cada 5 jóvenes de entre 15 y 24 años a menudo se siente deprimido o tiene poco interés en hacer las cosas. Asimismo, 1 de cada 7 niños se ha visto afectado negativamente por la situación de confinamiento, siendo el impacto en su educación notable. Del mismo modo, el estrés generado por la incertidumbre de la pandemia y la crisis económica asociada, también ha afectado a esta población, aumentando sus niveles de ansiedad, miedo y preocupación ante el futuro.

En el contexto español, Orgilés, Morales, Delvecchio, Mazzeschi y Espada (2020) estudiaron los efectos inmediatos del confinamiento en España e Italia, encontrando altos niveles de síntomas de ansiedad y depresión, especialmente en los niños españoles. Los autores explican que la existencia de un confinamiento más estricto en España puede estar en la base de estos resultados. Por otra parte, Francisco et al (2020), estudiaron el comportamiento de los niños en tres países europeos durante el confinamiento (España, Italia y Portugal). Ellos constataron que, según las percepciones de los padres, más de la mitad de los niños se sentían aburridos, el 40% estaban irritables y aproximadamente un tercio se sentía más

solo, inquieto, nervioso, preocupado, ansioso e incómodo, en comparación con el período anterior a la cuarentena.

En resumen, la pandemia de COVID-19 ha afectado la salud mental de los niños, adolescentes y jóvenes a nivel mundial. La enfermedad y las medidas de contención como el distanciamiento social, el confinamiento, el cierre de escuelas y el aislamiento, así como las dificultades en el funcionamiento familiar han impactado negativamente la salud mental y el bienestar de los niños y adolescentes. Es posible que mucha de sus reacciones y síntomas sean producto de su adaptación a la pandemia y que vayan remitiendo con el paso del tiempo, como se ha observado en algunos estudios en el contexto europeo (por ejemplo, Orgilés et al., 2021). Sin embargo, UNICEF advierte en su informe que el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental y bienestar psicológico de los niños y jóvenes, a nivel mundial, va a tener serias consecuencias durante las próximas décadas. Consideramos que en niños que hayan sufrido el terrorismo, de modo directo o indirecto, la afectación puede ser mayor al haber sufrido un trauma previo.

Con respecto a los resultados de las investigaciones en población general, Nieto, Navas y Vázquez (2020) examinaron el cumplimiento de los criterios básicos de calidad metodológica y las prácticas de investigación científica abierta sobre los efectos en la salud mental de la pandemia COVID-19 en población adulta. Sus resultados apuntan a que

Aunque la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión cumplió con los requisitos relacionados con la presentación de información metodológica y estadística clave, el uso generalizado de muestras de conveniencia y la falta de análisis de poder a priori, junto con el bajo cumplimiento de las recomendaciones de la ciencia abierta (...) suscitan preocupaciones sobre la validez, generalización y réplica de los datos (Nieto et al., 2020, p. 1).

Conforme a lo anterior expuesto, era necesaria una investigación longitudinal de alta calidad sobre los efectos a largo plazo de la pandemia en la salud mental. Comentar que en esta dirección, los estudios que se están realizando en el Reino Unido por Bentall et al. (2021) que investiga la evolución de la salud mental de la población durante la pandemia, en las tres olas del virus, y en España por Vázquez et al. (2021), con metodología similar, apuntan a efecto moderado de la pandemia sobre los síntomas de ansiedad, depresión y sintomatología postraumática dentro de la población general, desmintiendo el mito del tsunami, que habla de un impacto negativo elevado de la pandemia sobre la salud mental. Con el transcurso de la crisis, ambos equipos de investigación coinciden en que en Europa se ha ido produciendo una disminución de la sintomatología clínicamente significativa. Al

parecer, al igual que ha sucedido con otros desastres o catástrofes, la población se ha ido habituando a la crisis y la mayoría de las personas se muestran resilientes a la misma, llegando a encontrar aspectos positivos y crecimiento postraumático.

En esta dirección, en Vázquez et al. (2021) midieron la resiliencia en España, en una muestra de 2070 personas y encontraron que el 55,3 % de la población se había mostrado resiliente frente a la pandemia y un 8 % se había recuperado del malestar. El autor comenta que no existe una pandemia de salud mental, sino indicadores elevados de problemas de salud mental que afecta a mujeres, personas con problemas de salud mental previos, más problemas económicos, personas solas, con menos tolerancia a la incertidumbre, desconfianza hacia los demás y hombres con problemas de abuso de sustancias.

Vázquez et al. (2021) encontraron una asociación positiva entre sintomatología postraumática y crecimiento postraumático que es consistente con la literatura existente (Shakespeare-Finch y Lurie-Beck 2014; Wu et al. 2019). De hecho, en relación con los eventos negativos, percibir un evento como traumático parece ser un requisito previo para el crecimiento. Los autores hacen referencia al metaanálisis de Shakespeare-Finch y Lurie-Beck (2014). Este mostró que la asociación entre sintomatología postraumática y crecimiento postraumático es más fuerte cuando el evento traumático es de naturaleza masiva. En esta dirección, percibir que el evento fue severo parece influir en ambas variables, lo que podría reflejar que tanto los síntomas como el crecimiento parecen ocurrir precisamente por el sufrimiento producido por un evento altamente estresante. En algunos casos, se ha explicado el papel mediador de procesos cognitivos específicos que se desarrollan después del evento traumático, tema en el que profundizamos en este capítulo.

4. Factores de riesgo para la salud mental en tiempos de pandemia

Si nos centramos en las epidemias virales, la literatura científica señala que existen varios factores relacionados con los problemas de salud mental, tanto en escenarios anteriores, como en la situación actual: la sensación de amenaza para la vida, el temor al contagio, el aislamiento y las condiciones del ingreso hospitalario en unidades de cuidados intensivos (UCI), la imposibilidad de acompañamiento y despedida de los seres queridos que complica los duelos, el posible estigma tras haber contraído la enfermedad, la duración y frustración asociadas al confinamiento en casa y la sensación de falta de suministros básicos,

alimentación etc. También el confinamiento, los periodos de autoaislamiento tras el contacto con personas con COVID-19 y la crisis económica son fuentes de estrés que han afectado a personas de todas las edades (Brooks et al., 2020; Rossi et al., 2020).

Otros factores que pueden convertirse en una fuente de estrés y causar alteraciones psicopatológicas vinculadas a esta crisis son: falta de equipos de protección personal en caso de los sanitarios, la reasignación de puestos, falta de comunicación y un clima laboral inadecuado, falta de materiales de atención para la población (por ejemplo, mascarillas homologadas, respiradores, medicamentos, insumos) y la interrupción de la vida diaria familiar y social (Brooks et al., 2020). De hecho, a nivel mundial, uno de los problemas más preocupantes ha sido la fragilidad de los sistemas sanitarios públicos y privados que se han visto colapsados por el virus, incluso en los países ricos, situación que agudiza el miedo de la población frente al contagio suyo y de sus familiares y el temor de no ser atendidos con calidad en los sistemas médicos por falta de medios. En estas condiciones, la ansiedad ante la muerte puede dispararse, en particular frente a la posibilidad de morir de modo tan traumático y aterrador como la muerte provocada por la asfixia, o visionar este tipo de muertes en familiares y allegados, elemento de riesgo para desarrollar un duelo traumático y TEPT asociado. Los sentimientos de vulnerabilidad, desprotección y desamparo frente a la fragilidad de los sistemas sanitarios agudizan el malestar emocional, generan miedo e indefensión y originan desesperación en las poblaciones. Asimismo, resultan también factores de riesgo la falta de apoyo social, el aislamiento o estigma social, el alto nivel de estrés laboral o los patrones de apego inseguros (Brooks et al., 2020).

Con relación al síndrome de estrés COVID, la mayor gravedad del síndrome se asoció con una edad más joven, sexo femenino, situación de desempleo, bajo nivel educativo, etnias asiáticas e hispanas y un diagnóstico de COVID-19 (Taylor, 2021). Las puntuaciones más altas se correlacionaron con la ansiedad por la salud preexistente y una mayor vulnerabilidad percibida a la enfermedad. En resumen, la mayor gravedad del síndrome de estrés COVID se asoció con psicopatología premórbida o rasgos de vulnerabilidad y con características demográficas particulares.

En esta línea, han sido identificados como dimensiones de vulnerabilidad: presentar una enfermedad crónica o mental preexistente, convivir con niños pequeños o la exposición frecuente a noticias sobre la COVID-19 (Pierce et al., 2020; Xiong et al., 2020, Bentall et al., 2021). Precisamente la llamada “infodemia” (que incluye la sobreabundancia de información y la exposición a noticias

contradictorias y bulos) está causando malestar muy intenso entre la población, desconcierto y frustración, siendo considerada un factor de riesgo crítico en esta crisis. Este fenómeno incrementa el estrés, la desconfianza social hacia las autoridades y responsables políticos y el rechazo a la adopción de las medidas de salud pública, como la vacunación, lo que tiene un impacto negativo en la salud física y mental de la población (Rathore y Farooq, 2020; Su et al., 2021; WHO, 2021).

Por otra parte, dentro de sus efectos sociales de la infodemia en la revisión de Dubey et al. (2020) se señala su asociación con los estallidos de racismo, estigmatización y xenofobia contra determinadas comunidades e incluso, propiciar el aumento del estigma, el odio y la violencia entre los miembros de la comunidad, elemento que va en contra de la cohesión grupal y comunitaria que ha sido estudiada como una variable importante de cara a la resiliencia.

Posiblemente la infodemia sea uno de los factores que explique los resultados del último informe de Eurofound (2021), que analiza los datos recogidos entre febrero y marzo de 2021, proporcionando información actual sobre la salud mental y los factores que están causando un mayor impacto en el bienestar de los ciudadanos europeos. La publicación informa como la confianza en la Unión Europea disminuyen en la UE a medida que la pandemia avanza un año más. Los resultados informan sobre cómo el 88% de los ciudadanos europeos no se encuentran conformes o satisfechos con las medidas de los Gobiernos para el apoyo a la crisis, registrándose un aumento del descontento con respecto al verano de 2020. En consecuencia, la confianza en las instituciones también se ha desplomado, especialmente hacia los gobiernos nacionales. Estos datos son preocupantes debido a las repercusiones sobre la salud mental de las poblaciones. En tiempos de incertidumbre, las personas necesitan que sus gobiernos e instituciones se muestren confiables, creíbles, unidos y coordinados y que el fantasma de la corrupción no pulule por encima de una clase política que tiene la responsabilidad de trabajar por el bien común. De lo contrario pueden producirse reacciones de vulnerabilidad, desamparo, abandono, desprotección, indefensión, indignación, odio y rabia elevada que ponen en riesgo la salud mental. Del mismo modo, las deficiencias en la planificación y la ausencia de políticas proactivas en la gestión de la pandemia, sino más bien reactivas, las cuales han predominado en el panorama mundial (Taylor et al., 2021) contribuyen igualmente a generar miedo, incertidumbre hacia el futuro y desconfianza.

En esta línea, con respecto a la información que llega a las personas y sus familias resultan muy importantes los mensajes emitidos por la clase política con respecto a la pandemia. Las contradicciones e incoherencias en los mensajes y medidas

adoptadas, los mensajes emitidos sin basamento científico, la falta de asumir responsabilidades por los errores cometidos en la gestión de la pandemia, el responsabilizar y culpabilizar a las poblaciones y al personal médico por varias causas (el número de muertos y contagiados, la falta de control de la misma, no cumplimiento de las medidas sanitarias), el extremismo político, la radicalización, las dificultades para llegar a acuerdos entre los partidos políticos y la crispación y tensión sociopolítica tienen un impacto muy alto entre las poblaciones, contribuyendo a generar desconfianza, miedo e incertidumbre, sensación de pérdida de control, impotencia, frustración, tristeza y desencanto político, ira, odio e indignación, lo cual conlleva riesgo de traumatización frente a la pandemia (por ejemplo, Bentall et al., 2021, Taylor et al., 2021). Igualmente, las políticas basadas en generar miedo entre las poblaciones como estrategia para el cumplimiento de las medidas restrictivas, sobre todo a medio y largo plazo, contribuyen a generar trastornos mentales.

Desde el punto de vista laboral, el teletrabajo también reduce las oportunidades de interacción social con los colegas y puede constituir una pérdida de una red de apoyo más amplia. Esto puede tener un impacto negativo en las relaciones de pareja ya que las personas pueden buscar a su pareja para abordar todas sus necesidades sociales, al perder el contacto y el apoyo por su comunidad más amplia. Por consiguiente, podría generar estrés y presión en las relaciones, reforzar el aislamiento que sufren las víctimas, aumentando las demandas y exigencias a la pareja y poniendo en riesgo la salud mental.

En la pandemia, existen multitud de formas en las que el bienestar de los niños y las familias puede estar en riesgo durante la COVID-19. En un documento reciente de UNICEF, se señala la influencia de factores como los ingresos familiares, la restricción de la movilidad y la salud mental, la interrupción de la atención sanitaria, el cierre de escuelas y las inseguras perspectivas económicas y sociales de futuro a las que la familia tiene que hacer frente. Factores relacionados con el ambiente del hogar, como el tamaño y el espacio, y la cantidad de personas en él bien pueden estar agregando al estrés. No es lo mismo vivir en un chalet a las afueras de una ciudad que en un piso pequeño que no dispone de mucha ventilación y sol. Por eso las condiciones socioeconómicas de las familias deben de tenerse en cuenta, en particular en países y contextos donde, debido a la pobreza o elementos culturales, conviven varias generaciones en los hogares, lo cual favorece el contagio y dificulta el cumplimiento de las cuarentenas obligatorias por las personas infectadas o bajo sospecha de contagio.

Según se recoge en el informe de UNICEF (2021), la crisis sanitaria actual provocada por la COVID-19

Ha exacerbado enormemente las disparidades existentes, como la pobreza, la vivienda, el hambre, el aprendizaje, los problemas de salud mental, la violencia, el duelo y el aislamiento social, y ha convertido en problemas universales asuntos que antes afectaban solo a grupos más reducidos de niños de alto riesgo, como el aumento del estrés frente a la crianza de los hijos.

Prime, Wade y Brown (2020) enfatizan los diferentes modos en que las familias se verán afectadas debido a las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de la Pandemia de COVID-19 y citan las investigaciones al respecto. Por ejemplo, se ha apreciado la carga desproporcionada de enfermedad y muerte entre personas por motivos raciales y grupos étnicos minoritarios en los Estados Unidos (Centros para Control y prevención de enfermedades, 2020). Además, los datos de encuestas emergentes en Canadá indican que los inmigrantes recientes, las familias de bajos ingresos y las familias con niños están sufriendo el impacto desproporcionadamente por la pérdida de ingresos (Vanier Instituto de la Familia, 2020).

En esta línea, con respecto a la crisis económica generada por el COVID-19, según el informe de Eurofond (2021), en Europa la desigualdad social se ha visto agudizada durante la pandemia, reflejándose un impacto desproporcionado en los grupos vulnerables, que ya se encontraban en una situación precaria antes de la aparición de la crisis del coronavirus. Dentro del marco de la Unión Europea, España registra uno de los datos más elevados en pérdida de empleos desde el comienzo de la crisis sanitaria, ocupando el tercer puesto, después de Grecia y Lituania y manifestando uno de los incrementos más significativos en pérdida de empleos en comparación con el resto de países. En este sentido, España ocupa el segundo lugar en la lista en cuanto al descontento social con las medidas de ayuda durante la pandemia.

La pandemia afecta a todos, ya sea directa o indirectamente. Sin embargo, tiene un impacto profundo, especialmente, en las minorías y, en general, en aquellos de menor estatus social que sufren discriminación y opresión social estructural. El racismo, la discriminación y la desigualdad social han contribuido al aumento del riesgo de muerte por COVID-19 entre las minorías étnicas (Farquharson y Thornton, 2020, Lacobucci, 2020; Kirby, 2020; Platt y Warwick, 2020; Yancy, 2020, citados en Kira et al., 2020). Al mismo tiempo, la pandemia incrementa las desigualdades sociales existentes previamente. También queremos destacar aquí la gravísima cuestión de los refugiados en el mundo, víctimas del terrorismo, que sufren los efectos devastadores de la pandemia, poniendo en riesgo su salud no solo física sino mental en los campos de refugiados (Kizilhan, y Noll-Hussong, 2020) y en los países de acogida.

Centrándonos en el panorama español, el informe “Estudio del impacto psicológico derivado del COVID-19 en la población española (PSI-COVID-19)”, emprendido por la Cátedra extraordinaria UCM–Grupo 5 Contra el Estigma, ha evaluado factores de riesgo y de protección. Este estudio tuvo en cuenta las condiciones del confinamiento inicial en nuestro país; mencionándose dentro de los factores de riesgo: ser joven (entre 18 y 39 años), estar solteros y sin pareja, presentar un diagnóstico o síntomas de COVID-19 o familiares diagnosticados, presentar problemas de salud mental o psicológicos previos, encontrarse en situación de desempleo, tener enfermedades pulmonares o cardiovasculares previas. Por otro lado, dentro de los factores de protección se menciona: ser mayor de 60 años, tener o haber tenido pareja sentimental, tener hijos/as a su cargo. También es importante contar con una buena situación económica, disponer de información fiable y suficiente sobre el coronavirus (pero no excesiva), estar trabajando -o teletrabajando-, o jubilado/a, con estudios superiores (Ausín et al., 2020). El informe, pone de relieve una serie de resultados que merecen una atención particular, tales como el hecho de que las mujeres parecen tener un mayor número de problemas relacionados con el estado de ánimo. Mientras que los hombres presentan mayores niveles de ansiedad y sintomatología postraumática clínicamente significativa.

Varios estudios coinciden en que entre los grupos más afectados por el impacto psicológico de la pandemia se encuentran: a-) los jóvenes, que han tenido que resistir el aislamiento durante un periodo vital en el que las relaciones sociales ocupan un lugar esencial para el desarrollo de su identidad personal, b-) las mujeres (más expuestas a sobrecarga de roles y situaciones de violencia), c-) los profesionales de primera línea (sanitarios, los miembros de las fuerzas y cuerpos de seguridad y los trabajadores de los servicios esenciales) que han estado trabajando con altos niveles de estrés, sobrecarga laboral y de amenaza para su integridad física (Dubey et al., 2020, Xiong et al., 2020, Bentall et al., 2021), d-) las personas con problemas de salud mental y física preexistente, e-) las personas que han perdido familiares de modo traumático a consecuencia del COVID-19, f-) los que han perdido el empleo y sufren las consecuencias de la crisis económica (Bentall et al., 2021), g-) los supervivientes de COVID-19 (Taquet, Luciano, Geddes y Harrison, 2020).

Según estos últimos autores, los pacientes supervivientes de COVID-19 presentan una tasa significativamente más alta de problemas de salud mental, demencia e insomnio. El riesgo es mayor para los trastornos de ansiedad que para los trastornos del estado de ánimo. Se observó que un diagnóstico de salud mental

previo se asocia de forma independiente con un mayor riesgo de tener un diagnóstico de COVID-19, de lo cual hablamos más adelante.

Asimismo, se ha planteado que durante los próximos meses los nuevos casos positivos de COVID y las personas ingresadas en las UCI y sus familiares tendrán que enfrentarse a un alto nivel de preocupación e incertidumbre y padecer un enorme sufrimiento psicológico (Mughal et al., 2021).

A todos estos grupos, se añaden las personas que presentan “COVID persistente”, que se estima que está presente en una de cada 10 personas a las 12 semanas tras la infección. Este síndrome que se caracteriza por la presencia de síntomas persistentes semanas o meses después de la infección inicial o por la aparición recurrente de síntomas después de un tiempo sin ellos (Oronsky et al., 2021). Los que padecen el síndrome presentan síntomas asociados a la COVID (de tipo psicológico o neurológico), tales como cansancio, malestar general, “niebla mental”, problemas de concentración, alteraciones del estado de ánimo, entre otros. La existencia de estos síntomas les genera un miedo intenso y una gran incertidumbre y desesperación (Kingstone et al., 2020).

Con respecto a los grupos afectados, es responsabilidad de los gobiernos e instituciones el diseño de políticas de seguimiento para los colectivos más vulnerables. Resulta imprescindible asignar recursos y servicios psicológicos para ayudar a abordar la carga de salud mental de COVID-19.

5. La pandemia desde la perspectiva de la pérdida

La pandemia puede analizarse no solo desde la perspectiva del trauma psicológico sino también desde la pérdida. A medida que la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) asolaba el mundo, hemos visto morir a muchos en poco tiempo, personas que perecían en soledad debido a los requisitos de distanciamiento físico. Además, los fallecimientos por otras causas, también ocurrían en medio del distanciamiento físico y otros desafíos relacionados con el COVID-19. El manto negro de la muerte ha sobrevolado por nuestras cabezas en las diferentes oleadas del virus. Ella ha afectado la forma en que se atiende a los pacientes terminales, cuándo y cómo mueren las personas por otras causas, y cómo se manipulan los cuerpos y se realizan los rituales de duelo. En España en el año 2020 murieron un 17 % más de personas que en el año anterior debido a los efectos de la pandemia (INE, 2021).

La pandemia supone pérdidas reales de personas, de seres queridos, de salud, de empleo, de ingresos. También hay pérdida de seguridad, de la sensación de control, del optimismo, de certeza, de esperanza. Por eso se ha dicho que hay una suerte de pérdida ambigua, una pérdida de la “normalidad” o la vida como la conocíamos antes. En última instancia, nos conduce a un duelo ambiguo y complejo que nos genera muchas emociones y sentimientos como la tristeza la ira, la soledad, la incomprensión y puede conducir al desarrollo de depresión, duelo traumático, ansiedad, etc.

La teoría COR sugiere que el impacto psicológico del estrés depende principalmente de la amenaza de pérdida y / o la pérdida real de recursos sufrida. Ante las pérdidas, aquellos que carecen de recursos personales y sociales pueden ser más propensos a emplear estrategias improductivas e incluso conductas de afrontamiento perjudiciales. Centrándonos en el colectivo de las víctimas del terrorismo, destacaría que frente a una pandemia, con un enemigo invisible como es este virus y la posibilidad de perder seres queridos, pueden tener un miedo mayor. En esta situación he observado en mi trabajo con víctimas del terror que habían perdido algún familiar producto del mismo un fuerte miedo a las pérdidas.

“En el confinamiento pasé un miedo horrible a que pasase algo malo. Tenía miedo a que se contagiasen mis hijas, mis nietos. No creo que aguante perderlos después de lo de mi marido. He entrado en pánico, llorando. Me han dado crisis en las que me faltaba el aire y he tenido palpitaciones muy fuertes Me he obsesionado por la limpieza, por la desinfección. Desinfectaba las cortinas y paredes de la casa todos los días con lejía, los alimentos, toda la casa. Me lavaba las manos muchas veces. Al final he explotado.” (Viuda de policía nacional muerto en atentado terrorista, 2020).

Como se aprecia en el caso anterior, debemos entender que las víctimas del terrorismo pueden tener una mayor sensibilidad a este tipo de pérdida y niveles más altos de ansiedad ante la muerte, en particular si han sufrido muertes como consecuencia del terrorismo y/o pérdidas de salud, bienes materiales, etc. Al principio de esta pandemia he visto familias con crisis de ansiedad, sintiendo un verdadero pánico ante la posibilidad de que alguno de sus miembros pudiese morir, enfermar, quedarse con secuelas. Esto lo he observado tanto en los supervivientes de atentados como en familias que habían perdido algún miembro por culpa del terrorismo.

“No dormí apenas con el confinamiento. Me puse muy mal. Mi cabeza no paraba de dejar de pensar, en las preocupaciones, en el miedo de que no

pasase nada a los críos, a mi madre, a mi gente. Estaba muy nerviosa del estrés, con pánico, tenía temblores, lloraba. Me agobió también el estrés de los niños, los deberes, la casa, deseando que terminara todo. Da pena ver como se muere tanta gente por el COVID. Lo peor del virus ha sido ver morir a gente y pensar que te puede pasar (...). Me asusté mucho por la idea de que mi madre podía morir, se pudiese contagiar. Después de que mi padre muriese en el atentado, mi madre es lo único con que he podido contar en mi vida realmente. El pensar que le pase algo me aterroriza. Pensé: “Dios mío ya murió mi padre, que no muera mi madre porque no lo soportaría”. Ahora (refiriéndose a después del confinamiento, durante la desescalada) tengo más miedo que antes. Porque la gente no sigue las medidas de seguridad (...).” (Huérfana de policía nacional muerto en atentado terrorista, 2020).

Al mismo tiempo, en algunas víctimas hemos apreciado miedos a las pérdidas económicas, a la incerteza sobre el futuro personal y social. El siguiente testimonio es la hija de un Guardia civil prejubilado por atentado terrorista, que ha obtenido una plaza como funcionaria. Apreciamos en ella una preocupación excesiva por la seguridad económica, a pesar de su condición de funcionaria del Estado.

“Durante el confinamiento en España me preocupaba que íbamos a entrar en una crisis muy grande y las personas se iban a quedar sin trabajo e iba a ser un caos y eso me preocupaba porque aunque yo sí tengo trabajo el resto de personas no. Yo espero que no me afecte para el futuro profesional lo del COVID pero claro, por un lado pienso que tengo el futuro resuelto, pero si sigue empeorando la cosa me preocupa porque claro, al ser funcionaria, es más fácil pero tampoco sabes lo que va a pasar (...). Todo puede cambiar. El futuro no se sabe. Al estar tanto tiempo en casa tienes mucho tiempo para pensar y estuve mucho tiempo pensando. Yo soy de darle muchas vueltas a las cosas y todo el tiempo pensando me ha afectado porque pienso mucho (...). He sentido tristeza, angustia y nerviosismo. Desde que empezó el confinamiento empecé a tener mucha ansiedad y yo nunca había tenido un problema de ansiedad tan gordo y empecé a tener bastante ansiedad y como que fue un cúmulo de todo.” (Hija de Guardia civil superviviente de atentado terrorista, 2020).

Los miembros de las familias pueden sentir dificultades emocionales si no pueden visitar a sus parientes enfermos en el hospital debido a situaciones estrictas de confinamiento. Por otro lado, los familiares que acuden a los hospitales por sus familiares / seres queridos críticamente enfermos, que requieren atención de emergencia e ingreso pueden tener sentimientos de impotencia y vulnerabilidad

por temor a violar las reglas de restricción social, dando un ejemplo de “indefensión aprendida”.

Examinando la literatura con respecto a los duelos en epidemias virales anteriores al COVID-19, ningún estudio de investigación se había centrado en las consecuencias psicológicas del mismo y el apoyo a las personas en duelo durante una pandemia (Mayland, Harding, Presto y Payne, 2020). Según estos autores, los estudios han tendido a centrarse en los supervivientes que son aquellos que tuvieron la enfermedad y se recuperaron, reconociendo que algunas de estas personas también serán personas en duelo. Las epidemias anteriores parecen haber causado múltiples pérdidas, tanto directamente relacionadas con la muerte misma como en términos de alteración de las normas sociales, los rituales y las prácticas de duelo. Esto afecta la capacidad de una persona para conectarse con el difunto antes y después de la muerte, aumentando potencialmente el riesgo de un duelo complicado.

Yahya y Khawaja (2020), en tiempos de pandemia, explican las características que pueden ayudar a identificar a aquellos que corren un mayor riesgo de sufrir un duelo complicado y citan las investigaciones al respecto. En primer lugar, las personas pueden haber tenido un apego inseguro o rasgos de personalidad neuróticos predisponentes o estar socialmente aisladas. En segundo lugar, la pérdida de un hijo o pareja conyugal es un factor de riesgo asociado. En tercer lugar, las mujeres y las personas con niveles más bajos de educación pueden ser más vulnerables. En cuarto lugar, aquellos con afecciones psiquiátricas existentes o previas, incluidos trastornos del estado de ánimo, ansiedad, alcoholismo o uso de sustancias, tienen un mayor riesgo. Por último, la depresión al comienzo del duelo también puede ser un indicador de riesgo futuro de duelo patológico (Boelen y Smid, 2018; Iglewicz, Shear y Reynolds, 2020).

En víctimas del terrorismo, en caso de pérdidas de seres queridos debido al COVID 19 como hijo, madre, padre o pareja, es probable que veamos un aumento en el trastorno de duelo prolongado, entre otros problemas de salud mental, porque el trauma generado por el terrorismo se asocia a muchos de estos factores de riesgo como: apego inseguro (Besser et al. (2009; Besser y Neria, 2010), rasgos de personalidad neuróticos predisponentes (Besser, 2004; Besser y Priel, 2010), aislamiento social (Franz, et al., 2011; Neria et al., 2010), así como la existencia previa de problemas mentales (García Vera y Sanz, 2016).

Por otra parte, en la revisión de Parro-Jiménez, Morán, Gesteira, Sanz y García-Vera (2021) se citan los factores de riesgo que pueden complicar el duelo: tener dificultades económicas o estar en situación de desempleo, ser padre o cónyuge

del fallecido, que este tuviera una corta edad y la presencia de antecedentes psicopatológicos, la comorbilidad con otros trastornos y la toma de medicación psiquiátrica. La investigación futura deberá investigar cómo pueden afectar estos factores, en la circunstancias de la pandemia actual, a las víctimas del terror en caso de pérdida de seres queridos, pues varios de ellos se dan en este colectivo.

En la literatura de investigación también se ha mencionado otros factores de riesgo que podrían llevar a un duelo traumático y que deberá investigarse cómo podrían influir en la pandemia actual en víctimas del terrorismo como: schok, incredulidad, sentimientos de injusticia legal y sentimientos de injusticia social/humanitaria (Armour y Rock, 1998; 2002).

A continuación presentamos el testimonio de una mujer, cuyo marido fue superviviente de atentado terrorista (con diagnóstico de TDM y Trastorno de ansiedad generalizada) que, estando hospitalizado por otra causa, se infecta de COVID-19 y muere.

“Mi marido llevó el confinamiento bastante mal, se puso peor de la depresión. Lo pasó prácticamente durmiendo, él se levantaba comía y se dormía (...) Después se cayó y nos enteramos de que tenía un tumor por lo que lo hospitalizaron. En el hospital estuvo durmiendo la mitad del tiempo... Ha pillado allí la infección. Ahora mismo ha estado 3 o 4 días inconsciente y luego despierto pero luego lo entubaron otra vez y ayer lo volvieron a desentubar. No se entera de nada. Yo ahora estoy en el hospital con él. Mis hijos están preocupados porque yo estoy aquí sola. Yo tomo las medidas aquí por lo del COVID, no toco nada y salgo lo menos posible. Pero claro que hay miedo. Estoy asustada y preocupada por él. El bicho está en todos lados. Es que es alucinante lo que está pasando porque no ha pasado nunca. (...). Hay veces que él se deja (refiriéndose al marido), que le da igual y no quiere luchar. Yo le pido por favor... Y eso es lo que más miedo me da... que se rinda. Ahora estoy un poco más esperanzada porque los médicos dicen que está mejor.”

En este caso, solo unos días después, el paciente muere de modo repentino. La mujer nos dice “que le ha pillado de sorpresa, que no se lo esperaba, porque supuestamente estaba mejor” según la comunicación de los médicos que le atendían. El carácter repentino de la muerte, la sensación de schok e incredulidad, está dificultando el procesamiento del duelo en el momento presente.

En la literatura científica, se ha planteado existencia de factores cognitivos que podrían complicar el duelo en las víctimas. Dentro de los mismos se señalan la culpabilidad, impotencia, rumiación y las creencias metacognitivas, por ejemplo,

sobre la incontrolabilidad de la preocupación, sobre la necesidad de control etc. (Eisma et al., 2015). Una investigación muy reciente realizada por el Equipo de investigación Intervención y tratamiento en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universidad Complutense de Madrid, estudió que factores de vulnerabilidad a nivel cognitivo son preocupantes en la génesis y mantenimiento de duelo complicado (Jiménez et al., 2021). Ellos encontraron que ser mujer, el grado de parentesco con la personas fallecida (ser padre o madre, hijo o pareja de la misma), no disponer de apoyo social, la rumiación y la metacognición disfuncional (especialmente las creencias negativas sobre la incontrolabilidad y peligrosidad de la preocupación) se asociaban al duelo complicado.

La investigación deberá avanzar en descubrir que factores de vulnerabilidad, a nivel cognitivo, emocional y conductual, influyen en la génesis y mantenimiento de duelo complicado en víctimas del terrorismo que hayan perdido familiares de primer grado en la pandemia actual. En esta dirección, investigar los factores relacionales puede ser muy importante. Por ejemplo, la llamada “conspiración del silencio” que ocurre en las familias de las víctimas de traumas diversos y que hemos observado en víctimas del terrorismo, complica la elaboración de los duelos.

Por otra parte, las medidas adoptadas en tiempos de COVID-19 han creado escenarios que facilitan la complicación del proceso de duelo normal o funcional. Las despedidas, que trascienden lo individual y están integradas en la sociedad y la cultura, se han visto eliminadas, o ha habido una reducción del tiempo dedicado a las mismas, suscitando una intensificación de síntomas del duelo familiar. Para las personas en duelo por la muerte de seres queridos, familiares o amigos, debido al COVID-19 y la incapacidad de despedir a sus familiares y hacer los rituales del duelo puede resultar en ira, resentimiento, trauma psicológico y secuelas psiquiátricas a largo plazo (Ho , Chee y Ho, 2020; citado en Dubey et al., 2020).

Estos rituales son necesarios a nivel cultural para afrontar las despedidas. Como plantean Lacasta y Aguirre (2020) se han visto afectados todos los actos relacionados con la pérdida, tan significativos para el doliente como disponer del apoyo social o poder desarrollar con normalidad los rituales propios de nuestra cultura como son los velatorios, ceremonias religiosas o rituales familiares etc. En algunos contextos caracterizados por la precariedad económica existen algunos factores que pueden llevar a malestar elevado, indignación, rabia frente a la indignidad de la situación y favorecer el duelo traumático y el estrés postraumático. Por ejemplo, la dificultad para realizar los rituales de la muerte o encontrar donde enterrar los cuerpos de las personas queridas, el entierro en fosas comunes o incluso la permanencia de cadáveres largo tiempo dentro de las

casas por falta de medios para trasladarlo a las funerarias y cementerios, la exposición a los cadáveres de los seres queridos en condiciones de descomposición, o el desconocimiento del lugar donde ha sido enterrado que conduce a una especie de pérdida ambigua.

En conclusión, a pesar de las limitaciones en la cantidad y calidad de las investigaciones realizadas con respecto al duelo en pandemia, se identifican mensajes consistentes para la prestación de apoyo al duelo durante la misma, especialmente entre las víctimas de terrorismo.

6. El confinamiento y la cuarentena forzada

La pandemia del COVID-19 ha requerido que muchos países de todo el mundo implementen medidas de confinamiento y la cuarentena obligatoria como herramienta fundamental de control de enfermedades. La implementación de estrictas medidas sin precedentes ha afectado muchos aspectos de la vida de las personas. Además de los sufrimientos físicos, las consecuencias de este confinamiento sobre la salud mental y el bienestar a nivel personal y poblacional son múltiples, debido a factores como la sensación de estar acorralado, la pérdida de control, la propia duración de la cuarentena, el miedo a la infección propia o infectar a un ser querido, la frustración, el aburrimiento, la escasez de suministros esenciales, la insuficiencia de noticias o exceso de las mismas, las informaciones distorsionadas ("infodemia") a través de diferentes plataformas de redes sociales y las pérdidas económicas (Dubey et al., 2020).

En la literatura de investigación se ha dicho que el confinamiento puede originar nuevos trastornos mentales y exacerbar los ya padecidos, siendo las psicopatologías más comunes depresión, ansiedad, ataques de pánico, síntomas somáticos, culpa en sí mismo, TEPT, delirio, psicosis y suicidio (Clemente-Suárez, Dalamitos; Beltrán-Velasco, Mielgo-Ayuso y Tornero-Aguilera, 2020; citado en Clemente-Suárez et al., 2021). En la revisión de estudios realizada por Dubey et al. (2020) se apreció que la enfermedad en sí, multiplicada por el confinamiento y la cuarentena forzada para combatir el COVID-19, puede producir pánico agudo, ansiedad, comportamientos obsesivos, acaparamiento, paranoia y depresión, y TEPT a largo plazo.

"En el confinamiento me sentí aterrorizada, no podía respirar, tuve varias crisis de ansiedad muy fuertes. Tenía mucho miedo, no sabía lo que estaba pasando. Vivo con mi madre y mi pareja y tuvimos que llamar al

112 por mis ataques de nervios. Tenía un miedo horrible a que pasara algo malo. A contagiarme yo, a contagiar a mi madre, a que mi pareja nos contagiase. Él salía a la calle, tenía que trabajar. He tenido mucho miedo a morir yo, a que alguien muriese, como si fuese el fin del mundo (...). No sé por qué me recordó a cuando era pequeña, yo tenía 6 años y mi padre tuvo el atentado terrorista en el País Vasco. Después de aquello yo tenía mucho miedo en casa, sobre todo por las noches. A veces oíamos explosiones o tiros de algún atentado, alguna manifestación y me asustaba mucho. Recuerdo que, en una ocasión, llegué a llamar por teléfono al compañero policía de mi padre para que viniese y nos protegiese (...). Con esto del coronavirus he sentido mucho miedo de nuevo. Me he encerrado en mi habitación y no quería salir, incluso en la nueva normalidad.” (Hija de policía nacional muerto en atentado terrorista, 2021).

Las epidemias virales anteriores han informado que el impacto psicológico de la cuarentena puede traer efectos psicológicos negativos, como ira, irritabilidad, miedo a contraer y propagar la infección a los miembros de la familia, confusión, frustración, soledad, negación, ansiedad, depresión, insomnio, síntomas de TEPT, desesperación, hasta consecuencias extremas, incluido el suicidio (Barbisch., Koenig y Shih, 2015; Brooks et al., 2020; Jeong et al., 2016; Liu et al., 2012; Robertson, Hershenfield., Grace y Stewart, 2004, citado en Dubey et al., 2020).

“En el confinamiento tenía mucho cabreo, estaba muy enfadada con todo. Si es todo anormal ¿cómo hablan de la nueva normalidad? Hay que desaprender todo lo que se tiene aprendido y aprender cosas nuevas. He estado todo el rato enfadada porque he estado haciendo de vieja de los visillos. Vivo en una zona donde estaba el Mercadona, el supermercado Día. Grababa a la gente porque no cumplía las normas. Yo estaba asimilando lo que estaba pasando. He hecho mucho ganchillo y me entretengo. Estaba molesta por el comportamiento de la gente, del cabreo. Estaba indignadísima. La gente se pasaba todo el día paseando. Por las tardes se quedaba tranquilo el barrio, pero por la mañana... Entonces tenía un cabreo tremendo.” (Viuda de policía nacional muerto en atentado de ETA, 2021).

Como apreciamos en el testimonio anterior, la ira, la rabia, la indignación pueden ser una de las características de las víctimas del terrorismo que se puede agudizar frente a los comportamientos de la población en la actual crisis del coronavirus cuando no se cumplen las medidas y normas de seguridad, o frente a la gestión

política de la pandemia. Especialmente, si se padece de TEPT, pueden existir graves problemas para el control de la ira.

Por otra parte, en epidemias virales las personas puestas en cuarentena bajo sospecha de haber enfermado pueden sufrir ansiedad debido a la incertidumbre sobre su estado de salud y desarrollar síntomas obsesivo-compulsivos, como controles repetidos de temperatura y conductas de limpieza y esterilización (Li et al., 2020).

“Hace dos días tuve contacto con una persona positiva, me viene el miedo de que me haya podido contagiar. Estoy tensa, nerviosa, inquieta. Me da miedo contagiar a los otros en casa. No sé bien donde estar, donde ponerme, que cosas tocar. Me siento torpe, bloqueada. Me da miedo contagiar a mi marido, que lo pase mal, perderlo. Que mi hija se quede huérfana de ambos padres. Yo ya soy huérfana y sé lo que es eso. Me lavo las manos muchas veces al día. Reviso mi cuerpo, el dolor de garganta que tengo porque estoy un poco resfriada. Me examino a ver si es COVID.” (Hija de policía nacional muerto en atentado terrorista, 2020).

Se han informado efectos como el TEPT, cuyos síntomas se han asociado positivamente con la duración de la cuarentena. Los efectos psicológicos posteriores a la cuarentena pueden incluir angustia socioeconómica significativa y síntomas psicológicos debidos a pérdidas económicas (Brooks et al., 2020).

Estudios previos con epidemias virales mostraron como muchas personas, incluso meses después de finalizado el período de confinamiento, persisten en un lavado compulsivo de sus manos, se alejan de las personas que tosen o muestran síntomas similares a la gripe, y se niegan a acudir a espacios con grandes aglomeraciones o a lugares públicos retrasando su vuelta a la normalidad mucho más tiempo de lo estipulado (Reynolds et al., 2008, citado en Brooks et al., 2020). Se conoce que tener antecedentes de problemas de salud mental se asocia con ansiedad e irritabilidad, hasta 4-6 meses después de la liberación de la cuarentena.

Algunos investigadores han sugerido efectos duraderos de la cuarentena que se extienden hasta tres años después de sucedida la misma. En resumen, según la revisión de Brooks et al. (2020) sobre los efectos de la cuarentena en crisis sanitarias precedentes, se revela que el impacto psicológico es amplio, grave y duradero.

Sin embargo, estudios más recientes (Prati y Mancini, 2021), realizaron una revisión rápida y un metaanálisis de estudios longitudinales y experimentos naturales que investigan la relación entre las medidas de confinamiento por

COVID-19 y la salud mental. El estudio encontró tamaños del efecto significativos y relativamente pequeños para la ansiedad y la depresión. Así pues, se concluye que el impacto psicológico del confinamiento es de pequeña magnitud y muy heterogéneo, lo que sugiere que el confinamiento no tiene efectos uniformemente perjudiciales sobre la salud mental y que la mayoría de las personas son psicológicamente resistentes a sus efectos.

Con relación a las víctimas del terrorismo, queda pendiente de investigar el impacto producido por el confinamiento y la cuarentena obligatoria en las víctimas del terrorismo a corto, medio y largo plazo.

7. Un modelo ecológico de factores de riesgo en víctimas del terrorismo

De acuerdo a la teoría de los sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (2002) explicamos un modelo ecológico de factores de riesgo frente a la pandemia en víctimas del terrorismo.

Atendiendo a los postulados de Bronfenbrenner (2002) subrayamos la influencia en el desarrollo de las personas (nosotros nos referimos a su grado de ajuste psicosocial y salud mental) de diferentes entornos de nivel y tamaño. El macrosistema consta del patrón general de micro, meso y exosistemas característicos de una cultura, subcultura o un contexto social más amplio. Pensemos en la crisis del coronavirus. ¿Cómo influye la misma en los sistemas de creencias, recursos, peligros, estilos de vida, estructuras de oportunidades, opciones de cursos de vida y patrones de intercambio social que están integrados en cada uno de estos sistemas y que constituyen el macrosistema? Para responder a esta pregunta concretamos los siguientes factores de riesgo a nivel macro y exo que tiene lugar durante esta crisis y que hemos abordado previamente.

FACTORES DE RIESGO A NIVEL MACRO y EXO PARA LA SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Factores económicos

- Crisis económica
- Desempleo
- Pérdida de ingresos
- Pobreza, hambre, incremento de la desigualdad

Factores Sociales:

- Pérdida de apoyo social
- Abandono social e institucional
- Estigma social vinculado a la infección y contagio de COVID-19
- Infodemia (sobrecarga de información, noticias contradictorias, bulos, teorías de la conspiración)
- Bajo nivel cultural
- Racismo, xenofobia, conflicto y divisiones sociales.
- Pertenencia a minorías étnicas, refugiados, inmigrantes, desplazados y otros colectivos vulnerables (sanitarios, profesionales de primera línea, personas con problemas de salud mental previos).

Factores Sanitarios:

- Medidas sanitarias (confinamiento, cuarentena obligatoria, distanciamiento social).
- Fragilidad del sistema sanitario (sobrecarga, falta de medios, carencia de materiales de protección para los sanitarios y la población como mascarillas, equipos de protección personal, insumos, medicamentos etc.).
- Interrupción de asistencia sanitaria física y mental
- Gestión sanitaria reactiva de la pandemia

Factores Políticos

- Mensajes incoherentes, con poca base científica, contradictorios o culpabilizadores
- Divisiones políticas y crispación
- Gestión política reactiva de la pandemia
- Falta de asumir responsabilidades por errores
- Desgaste del gobierno y las instituciones
- Extremismo político y radicalización

Si consideramos todos estos factores, podemos pensar que la pandemia actual ha tenido un gran impacto en el nivel Macro, que incluye los aspectos sociales y culturales, modificando el sistema de creencias de las sociedades y culturas, creando una mayor sensación de inseguridad e incertidumbre ante el futuro, visión del mundo como un sitio más peligroso e incontrolable, acentuando las divisiones sociales y la desconfianza en las personas, gobiernos e instituciones, en particular

en lo referente a su capacidad para brindar protección y apoyo, creando malestar general, desconcierto, incertidumbre y frustración. Por otra parte, ha supuesto una gran pérdida de recursos humanos y materiales para muchas sociedades y disminuido las oportunidades laborales y de empleo. En particular para los países y entornos más desfavorecidos, minorías étnicas, refugiados, inmigrantes. En dependencia de la cantidad y calidad de pérdidas, los riesgos serán mayores según explica la teoría COR. Al mismo tiempo, la pandemia ha modificado el estilo de vida de nuestras sociedades occidentales, disminuyendo las alternativas de ocio, el contacto social, aumentando, en muchos casos, las exigencias sociales hacia la productividad y eficiencia y modificando nuestros patrones de intercambio social en los que el incremento del uso de la tecnología ha ocupado un lugar destacado. Estos factores son muy importantes porque la influencia del macrosistema penetra a través de todas las demás capas.

Además, en pandemia hay que tener en cuenta el Exosistema, que abarca el vínculo y los procesos que tienen lugar entre dos o más entornos, al menos uno de los cuales normalmente no contiene a la persona, pero en el que ocurren los eventos que influyen en los procesos dentro de los entornos inmediatos que contienen a esa persona (por ejemplo, para un niño, relación entre su hogar y el lugar de trabajo de los padres). Especialmente el trabajo de los padres (horas de trabajo, naturaleza del trabajo) crea las condiciones para las actividades del niño y un joven dentro de sus microsistemas. Así para un padre la relación entre su trabajo y su familia formarían parte del nivel Meso (puesto que participa en ambos) pero para los niños el trabajo de los padres y su familia formarían el nivel Exo, ya que aunque él no participa directamente en el contexto de trabajo de los padres, este le influye. Por ejemplo, si el padre es sanitario en la pandemia actual puede tener una clara influencia para el niño. Pensando también en la pandemia, se han producido estallidos de racismo, estigmatización y xenofobia contra determinadas comunidades, en las que puede que el niño y/o su familia no participen, pero influirá en el clima social general creando incertidumbre e inseguridad, aumentando el estigma, el odio y la violencia entre los miembros de la comunidad y generando profundas divisiones sociales entre diferentes entornos.

En la crisis del coronavirus consideramos que los niveles relativamente altos de letalidad y contagio del COVID-19 que pueden darse en los diferentes entornos o microsistemas que rodean la persona pueden afectar la salud mental, transmitiendo altos niveles de miedo y ansiedad ante la muerte. Una cuestión importante estriba en sí los diferentes microsistemas se apoyan entre sí o la persona en desarrollo los percibe como presiones enfrentadas, con diferentes

expectativas u obligaciones de los microsistemas para diferentes formas de comportamiento.

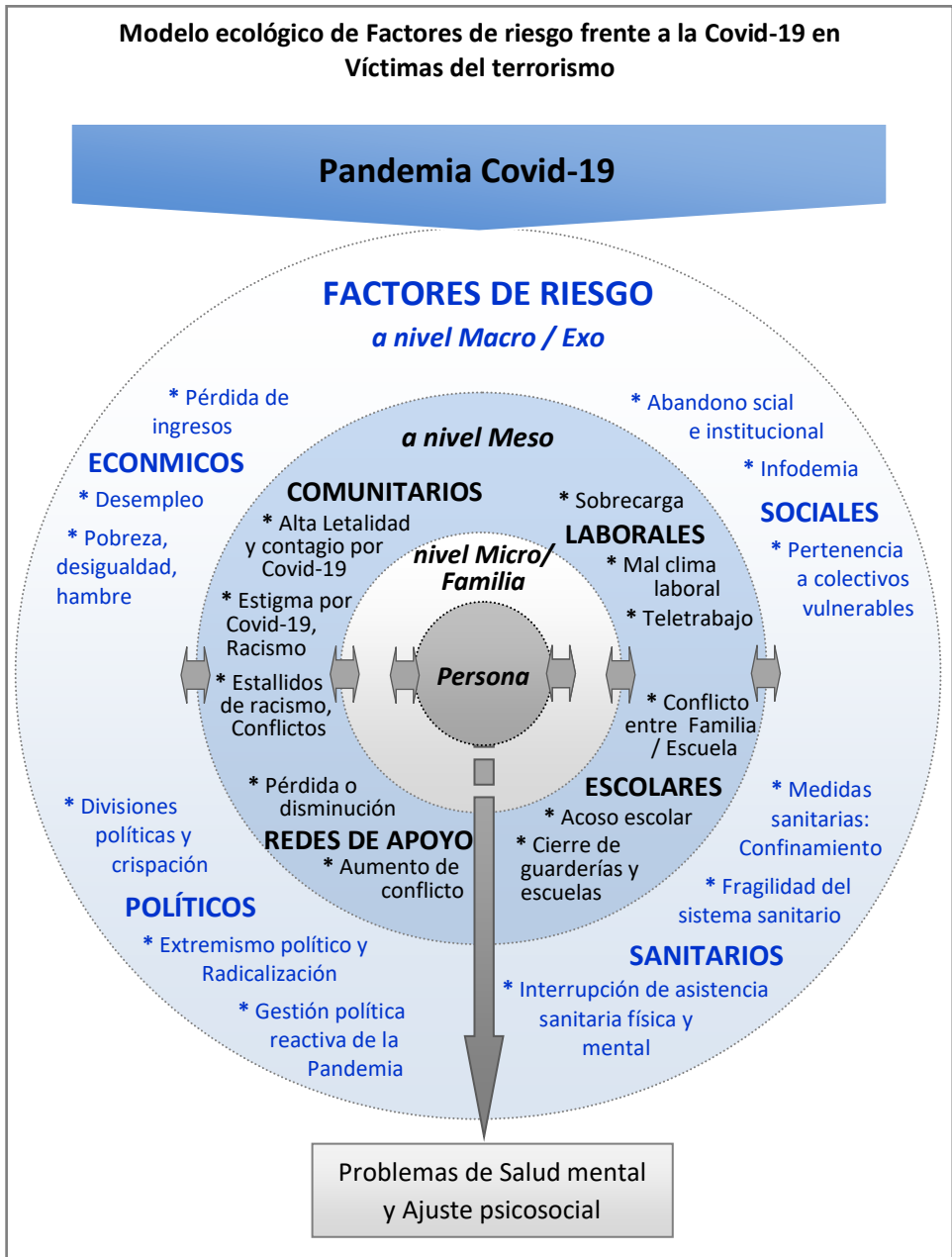


Ilustración 8: Modelo ecológico de Factores de riesgo frente a la Covid-19 en Víctimas del terrorismo

Si ocurre lo segundo el ajuste psicosocial y la salud mental se puede poner en riesgo ¿Qué ha sucedido en la actual pandemia entre los microsistemas? A continuación mencionamos los factores de riesgo que sugerimos en el nivel Meso.

FACTORES DE RIESGO DEL NIVEL MESO:

- Altos niveles de letalidad y contagio por el COVID-19
- Pérdida o disminución de contacto con familiares, amigos y compañeros de trabajo, así como aumento del conflicto.
- Cierre de escuelas y guarderías, aumento del acoso escolar; disminución del contacto con el entorno escolar y aumento de conflictos entre la escuela, la familia y la persona por niveles de exigencia y/o expectativas. Cambio de roles y rutinas escolares
- Alto nivel de estrés laboral, sobrecarga de trabajo, mal clima laboral, dificultades para la conciliación con la vida familiar, cambio de roles y rutinas laborales, acoso, teletrabajo.
- Cierre y/o disminución de recursos de apoyo comunitario y pérdida de contacto con estos recursos.
- Incremento de la violencia comunitaria
- Estallidos de racismo, estigmatización y xenofobia contra determinadas comunidades e incluso, propiciar el aumento del estigma, el odio y la violencia entre los miembros de la comunidad

Como vemos, en el nivel Meso también pueden darse múltiples factores de riesgo en la crisis actual, debido a la falta de apoyo, coordinación y contacto entre los diferentes microsistemas en que participa la persona. De hecho, la literatura en la pandemia actual ha descrito factores de riesgo que hablarían de disminución del apoyo social y de aumento de conflictos entre los diferentes microsistemas. Por ejemplo, la sobrecarga, el acoso y el mal clima laboral que crea problemas para la conciliación entre el trabajo y la familia. También el cierre de escuelas y guarderías ha ocasionado la sobrecarga del sistema familiar. Por otra parte, ha podido darse disminución del contacto con el entorno escolar y/o aumento de conflictos por niveles de exigencia y/o expectativas diferentes entre estos dos entornos, así como el aumento del acoso escolar.

También el cierre de recursos comunitarios, como centros para mayores y otros recursos, ha disminuido la sensación de apoyo social y sirve para incrementar la sensación de desamparo y soledad. En definitiva, la pandemia puede agudizar los conflictos entre diferentes microsistemas en los que participa la persona, en su comunidad, y/o puede traer consigo el cierre o disminución de prestaciones de

recursos en la misma. En ambos casos, se puede ver afectado el apoyo social, creando problemas en su salud y calidad de vida.

Hasta aquí, todos estos factores de riesgo en estos niveles (Macro, Meso y Exosistemas) lo son para la población en general. ¿Qué diferencia entonces a las víctimas del terrorismo en lo que tiene que ver con sus dimensiones de vulnerabilidad frente a la crisis del COVID- 19? Para ver estas diferencias aquí abordaremos los factores personales de riesgo que son específicos de las víctimas, en su interacción con estos niveles. Además, en el nivel micro, explicamos las relaciones de la persona con sus parejas y familias que pueden actuar también como mediadores para el ajuste psicosocial y la salud mental, especialmente en niños y adolescentes.

8. Factores personales de riesgo en víctimas del terrorismo

A continuación, reflexionaremos sobre diferentes factores personales de riesgo que pueden llevar a exacerbar o mantener las consecuencias psicopatológicas del terrorismo y/o desarrollar nuevos trastornos mentales en las víctimas en el contexto de la pandemia.

8.1 Actitudes disfuncionales previas / Factores cognitivos

Se sabe que los esquemas cognitivos previos de las personas interactúan con la experiencia de haber vivido el atentado terrorista y al interactuar dan lugar a creencias y pensamientos negativos voluntarios e involuntarios sobre la naturaleza del mundo, sobre la amenaza personal y sobre la competencia del yo para hacerle frente. El trauma rompe los esquemas pre-existentes, especialmente los relacionados con el yo (el cual se experimenta como vulnerable e incompetente) y el mundo (que se interpreta como un mundo peligroso). Se ha planteado que la gravedad percibida del evento en sí mismo lleva al cuestionamiento y cambio de ciertas creencias sobre uno mismo, los demás y la espiritualidad, con cambios positivos y negativos coexistiendo. Autores como Park (2010) y García, Cova, Rincón y Vázquez (2015) plantean la mediación de los procesos cognoscitivos tanto para el desarrollo de la sintomatología postraumática como para el crecimiento después de este tipo de eventos, dentro de los que podemos incluir la pandemia actual.

Recientemente se ha demostrado en víctimas del terrorismo que, dentro del conjunto de factores de riesgo que pueden estar relacionados con la aparición y

curso de la respuesta psicopatológica, las actitudes disfuncionales han mostrado un importante papel explicativo del TEPT, el TDM y los Trastornos de ansiedad en esta población (Fausor et al., 2021, Liébana et al., 2021; Navarro et al., 2021).

Los modelos cognitivos que explican el inicio, mantenimiento y el curso del TEPT y de la depresión plantean que desarrollar sintomatología postraumática o depresiva se asocia con que la persona se interprete a sí misma como un ser vulnerable e incompetente, que se sienta inseguro en sus diferentes entornos. A esto contribuye el hecho de que la pandemia puede modificar el sistema de creencias de las sociedades y culturas (nivel Macro), creando una mayor sensación de inseguridad e incertidumbre ante el futuro. Conjuntamente, las respuestas del medio inadecuadas que pueden recibir las víctimas, como la falta de apoyo social, comentarios dañinos, críticos o culpabilizadores, alimentarán la sensación de desconfianza, contribuyendo a la visión del mundo como un lugar peligroso y con escasa capacidad de control frente al mismo. Esta situación puede darse en la pandemia actual donde las víctimas pueden recibir mensajes de este tipo provenientes del micro, meso y exosistemas (trabajo, familia, escuela, amigos, barrio) o del macrosistema (mensajes emitidos por la clase política, medios de difusión etc.) por lo que aumenta su desconfianza y visión negativa del entorno social y comunitario. Los factores de riesgo económico y político también pueden ocupar un papel relevante en víctimas del terrorismo. La pandemia conlleva tensiones sociales, inseguridad económica, divisiones y crispación política, lo cual crea un clima social inadecuado que promueve la desconfianza, la ira, la frustración, el desencanto, el miedo, la soledad y desprotección frente al entorno. También facilita la aparición de la culpa: culpamos a los demás por no ser suficientemente responsables o el entorno nos culpa o enjuicia por la dificultad para controlar la pandemia. Por otra parte, la fragilidad de los sistemas sanitarios crean sensación de vulnerabilidad, desconfianza y desprotección en las poblaciones. En estas condiciones la percepción de amenaza, elevada de por sí en este colectivo, puede incrementarse siendo este un factor de riesgo para el desarrollo del TEPT (Beevers et al., 2011).

Asimismo, una vez que se desarrollan los trastornos mentales como el TEPT o la depresión (o se exacerban aquellos existentes previamente) estos refuerzan las creencias negativas sobre el mundo, las demás personas y sobre uno mismo. En estas condiciones es posible que el entorno se perciba como peligroso, incontrolable, y se genera desconfianza en las personas y en la propia capacidad para hacer frente a la adversidad. Se culpa a los demás y/ o a uno mismo con mayor intensidad. Además, se incrementa la percepción de amenazas. Se ha planteado que el TEPT y la culpa estarían asociados con una menor flexibilidad

cognitiva y con procesos de metacognición más frecuentes y pobres (LoSavio et al., 2017). La inflexibilidad psicológica puede llevar a hacer una valoración negativa de los diferentes niveles que rodean la persona, (macro, meso y exosistemas) causando altos niveles de rabia e indignación contra el contexto social, político y comunitario, lo cual contribuye al malestar de las víctimas. Las personas con TEPT tienen creencias disfuncionales traumáticas más intensas que otro tipo de patología, las cuales se asocian con la patología que presentan.

En el contexto de la pandemia, las víctimas afectadas por el terrorismo pueden experimentar una mayor inseguridad, miedo, incerteza y una mayor necesidad de control del medio que les rodea.

El enemigo es el COVID-19, un enemigo invisible que puede estar oculto ya no solo en desconocidos sino también en aquellas personas más queridas y allegadas. Los peores temores de una víctima de trauma se confirman: la pandemia nos revela la vulnerabilidad de la existencia humana, lo impredecible e incierta de la misma, la falta de control sobre la vida. La desconfianza en las personas crece, incluso con los más cercanos. Cualquiera puede portar el virus. Nos sentimos pequeños en un universo que se antoja incontrolable. Nuestra capacidad para la intimidad se daña. (Fernández-Marrero, 2021, p. 236).

Toda esta situación, en la crisis generada por el coronavirus, puede hacer que este tipo de víctima experimente la sensación de amenaza para la vida, el temor al contagio, ansiedad ante la muerte, preocupaciones excesivas sobre la pandemia y perciba que sus problemas son poco solucionables, experimentando desesperanza hacia el futuro. Esta última emoción crea un telón de fondo para la depresión. En la crisis actual, caracterizada por la incertidumbre y la cronicidad de la situación, la desesperanza puede teñir el panorama de las víctimas. Conjuntamente, la incertidumbre vinculada a la gestión política y sanitaria de la pandemia, que ha sido más bien reactiva a nivel mundial, puede incrementar el miedo y la sensación de falta de control sobre el entorno y precipitar a las personas hacia la producción de pensamientos negativos, rumiación e incluso obsesiones y compulsiones como un modo de obtener control y predicción sobre la situación. En la misma línea, la exposición frecuente a noticias sobre la COVID-19 también puede fomentar el miedo elevado entre las víctimas y ansiedad ante la muerte como sucede en la población general (Pierce et al., 2020; Xiong et al., 2020, Bentall et al., 2021). La “infodemia” pueden incrementar el estrés, la desconfianza social hacia las autoridades y responsables políticos, (Rathore y Farooq, 2020; Su et al., 2021; WHO, 2021) lo cual puede tener consecuencias negativas en la salud mental de las víctimas.

De hecho, la posible reacción exagerada de los medios puede incrementar la percepción pública de los riesgos. En víctimas del terrorismo, debido a una mayor inseguridad y necesidad de control de las situaciones, puede existir una tendencia al consumo excesivo de información, que conduce a un miedo mayor y confirma la incerteza.

“Mi marido tiene mucho miedo al virus. Pasa todo el día escuchando noticias. Esta informado al 200 %”. La hija también opina acerca del padre: “Mi padre estaba muy preocupado por las noticias, de buscar él por su cuenta, estaba muy sobreinformado. La verdad es que cuanto más escuchaba noticias del virus, peor se ponía. Se obsesionó con esto y se aislaba dentro de casa, con los auriculares puestos.” (Mujer e hija de superviviente de atentado terrorista, 2020).

Asimismo, el TEPT puede aumentar la percepción de amenaza frente a la COVID-19, la desconfianza en el mundo y la propia visión de incompetencia para hacer frente a la situación, agravando el problema. O sea, las actitudes y creencias disfuncionales favorecen la aparición de TEPT y el TDM y una vez que estos aparecen, se confirma esta visión negativa.

Como las víctimas del terrorismo pueden pertenecer a diferentes sectores de la población, exponemos aquí un caso de una embarazada durante la pandemia de la COVID-19, que había presentado TEPT anteriormente, y cómo retraumatiza en esta situación. Esta atención sobre las mujeres embarazadas se hace particularmente importante si estas mujeres presentan antecedentes de enfermedades mentales en esta crisis, pudiendo aparecer sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa (Berthelot et al., 2020) como pueden ser las víctimas del terrorismo. Es posible que en este tipo de víctimas los antecedentes de traumas previos predispongan a un sufrimiento psicológico elevado en la actual pandemia, con implicaciones para su descendencia, como nos revela el caso siguiente.

El caso de Marta: El papel de las cogniciones negativas en la pandemia

Cuando tenía 3 años Marta y su familia sufrieron un atentado en la Casa Cuartel de la Guardia Civil en la que vivían en el País Vasco. Aunque en este atentado no hubo heridos, durante años se sintió perseguida por las imágenes intrusas del cuartel, la gente, el ruido del helicóptero, las ambulancias...

Tuvimos un accidente en la Casa Cuartel de la Guardia Civil cuando yo tenía tres años. Pusieron dos bombas lo que pasa es que no llegaron a estallar

(aunque rompieron cristales y hubo mucho estruendo), porque las desarticularon antes, pero hubo evacuación, helicópteros, ruido. La puerta de salida del cuartel quedó bloqueada. La gente se precipitó a salir por la ventana de mi habitación, en la planta baja. Era de noche, yo dormía y mi madre me levantó de la cama bruscamente para salir de allí. Nos llevaron a la casa de los abuelos de uno de los niños del cuartel, que vivían en el pueblo. Pasamos la noche allí, sin nuestros padres. Mi hermana mayor me contó que estuve llorando toda la noche. No recuerdo mucho de aquello, aunque sí que me vienen imágenes de vez en cuando. Porque yo ya me encuentro mejor pero hace unos años veía la muerte en todas las esquinas, no sabía lo que era pero me daba mucho miedo todo, la gente. El nivel de estrés que he llegado a tener ha sido bastante fuerte.

Marta relata cómo este acontecimiento le cambió su percepción del mundo como un lugar seguro, controlable y predecible. Años más tarde, cuando tenía 23 años, fue diagnosticada de TEPT. Presentaba un gran malestar, con una percepción de amenaza muy alta e ideas de que podían llegar a matarla, hasta el extremo de llegar a dormir, en algunas ocasiones, con un cuchillo debajo de la almohada con el propósito de defenderse ante una posible agresión.

Yo recuerdo hace años los coches que paraban al lado de casa, pensaba que iban a bajar y me iban a matar. Me sentía un poco loca con todas estas ideas extrañas. Mi actual marido tiene una casa en el campo e íbamos a pasar unos días allí. Por allí no va mucha gente y cada vez que pasaba un coche me entraba una ansiedad increíble. Era angustia porque sentía que se iba a atender contra mi vida. No es un miedo a cualquier cosa, es a la muerte.

El atentado supuso grandes problemas en la familia. A partir de ese momento el padre asumió una actitud sobreprotectora en exceso hacia su mujer e hijas, prohibiendo parcialmente salidas al exterior durante varios años por miedo. La situación terminó provocando conflictos de pareja, generando un mal clima familiar, que terminaron en el divorcio de los padres.

Revisando su historia clínica, a los 23 años cuando acude a consulta por primera vez, se le administró el Inventario de Cogniciones postraumáticas (Foa, Ehlers y cols., 1999) que evalúa una serie de pensamientos y creencias que subyacen al TEPT. Se encontraron puntuaciones clínicamente significativas para las siguientes subescalas: a) Cogniciones negativas sobre sí mismo (visión general negativa de sí mismo, cambio negativo permanente, sentirse aislada, desesperanza, poca confianza en sí misma, interpretación

negativa de los síntomas). b) Cogniciones negativas sobre el mundo (inseguridad del mundo y la desconfianza en los demás). c) Autoculpabilización.

Pensamos que en este caso, tanto el atentado como las repercusiones sobre la familia del mismo, caracterizadas por la transmisión de miedo e inseguridad, en conjunción con las relaciones altamente conflictivas del sistema familiar, contribuyeron a generar estas creencias disfuncionales.

Marta acudió a terapia buscando aliviar este malestar tan intenso y, de alguna manera, mejorar su calidad de vida y lo consiguió, hasta que con el Covid-19 su malestar se reavivó. Especialmente, con el confinamiento tuvo miedos muy fuertes de que pasase algo malo, de contagiarse ella, su bebé (se quedó embarazada) o algunos de sus familiares. A ella la invadió el miedo a una nueva pérdida, tenía pensamientos recurrentes de que algo iba a salir mal de nuevo con el embarazo. Que estaba predestinada a que le pasase algo malo.

Con el tema del COVID toda esta situación (refiriéndose al virus y el confinamiento) me produjo mucho miedo y un agobio grande. El COVID estuvo ligado con mi embarazo. Yo me enteré al mes del confinamiento de que estaba embarazada, entonces parte del confinamiento lo pase en casa... Que yo el día 11 de mayo tuve que volver al trabajo, me hicieron un ERTE pero volví enseguida. Yo trabajo cara al público de dependienta y lo pase fatal pensando que me podía contagiar. El estar encerrada en casa me generó muchos pensamientos negativos. Pero me sentía más segura en casa que saliendo a exponerme al virus. Pensaba que me iba a pasar algo si me exponía, como todo el mundo. No quería que saliera mi marido tampoco, pero a un nivel muy extremo. Él es farmacéutico y tenía que salir a trabajar.

Yo vengo de haber tenido varias pérdidas de embarazo muy tempranas. Pero claro al volver a quedarme embarazada el miedo estaba ahí. Se me juntó un poco todo, estuvieron haciéndome pruebas y no encontraban nada. Iba todo muy bien con el embarazo y entonces pasa el tema del COVID, parece que estoy predestinada a que me pase algo malo. Son pensamientos que venían y se iban. Antes del COVID estaba triste por las pérdidas que había tenido, pero yo estaba trabajando, hacia mi vida con normalidad. Los episodios de ansiedad, miedo a la muerte se habían disipado completamente. Cuando surgió lo del COVID, tuve otra vez mucho miedo, pensaba que iba a perder mi bebé, que se iba a morir, porque era eso lo que pensaba. Tuve mucha ansiedad y tuvimos que ir varias veces a urgencias, para ver si el bebé estaba

bien. Con el COVID ha vuelto toda esa negatividad. Desconfío mucho de la gente, me siento atacada fácilmente. Todo lo estoy maquinando, dándole vueltas a lo que me han dicho como si fuese algo malo. Estoy en una etapa de mi vida que estoy bastante negativa con respecto a las personas, pienso lo peor, que no confío en nadie.

En estas circunstancias, Marta solicita nuevamente tratamiento psicológico en el presente años 2021. En la exploración psicológica encontramos sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa clínicamente significativa y se aplicó la Escala de actitudes disfuncionales traumáticas (EADT), de Navarro Montes (2021), instrumento que evalúa las creencias disfuncionales específicas en víctimas del terrorismo que sufren TEPT. En una valoración cualitativa de la misma en el Factor 1 de “mundo peligroso”, estaba de acuerdo con la siguiente creencia: Si los demás te ven vulnerable y perciben que pueden hacerte daño, te lo harán y totalmente de acuerdo con la idea de que: El mundo es totalmente impredecible. Con respecto al Factor 2 de “visión negativa del ser humano” estaba totalmente de acuerdo con que: La gente siempre se dedica a juzgar negativamente a los demás, y de acuerdo con las siguientes afirmaciones: Los seres humanos son egoístas, solo piensan en sí mismos; Las personas que nos rodean son unas hipócritas. Por último, con respecto al Factor 3 de “cronificación del malestar” se mostraba parcialmente de acuerdo con las siguientes afirmaciones: El malestar emocional que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer y la ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer. En la misma línea, se encontraba totalmente en desacuerdo con la idea de que las consecuencias negativas de un atentado son reversibles; no están grabadas a fuego en tu cerebro y totalmente de acuerdo con la siguiente afirmación: Es imposible ser feliz si te quedas solo tras un atentado terrorista. Por lo tanto, en la crisis del COVID, en el momento en que fue evaluada, Marta presentaba una serie de actitudes disfuncionales con relación al mundo, a las demás personas y a sí misma (con respecto al control de sus síntomas), que le estaban generando un malestar clínicamente significativo.

Como vemos en este caso las vivencias traumáticas de Marta la han llevado a desconfiar de los demás. Esta incompreensión y el profundo malestar que lleva asociado han facilitado su aislamiento, mostrándose muy reticente y desconfiada a recibir apoyo social, lo cual agrava su malestar.

Ahora el bebé tiene casi cinco meses. Recuerdo nada más nacer (y todavía me pasa) tenía mucho miedo a que se le arrimara alguien, a que lo contagiasen del virus, pero creo que es normal para la situación en la que estábamos. Pero ahora ya mejor, voy poco a poco serenándome, mejorando con respecto a él (...) La verdad es que el miedo a que pase algo malo y a la muerte siempre está ahí, no es que pase algo malo de que me caiga si no de que alguien atente contra mí. Como que lo malo está acechando y no sabes ni cómo ni cuándo te lo vas a encontrar.

En línea con lo anterior, Vázquez et al., (2021) probaron un modelo cognitivo de síntomas postraumáticos y crecimiento postraumático durante el confinamiento causado por el COVID-19 en España. De acuerdo con los modelos cognitivos de elaboración del trauma, los autores incluyeron en su modelo algunas creencias asociadas al mundo (por ejemplo, creencias primarias sobre un mundo bueno), a uno mismo (p. ej., ansiedad ante la muerte e incertidumbre hacia el futuro) y hacia los demás (p. ej., desconfianza o identificación con la humanidad). Los resultados destacan el papel de las creencias centrales tanto negativas como positivas, que son pertinentes a la crisis del coronavirus, en la aparición de síntomas postraumáticos y crecimiento postraumático respectivamente. Estos investigadores encontraron que la desconfianza, la intolerancia a la incertidumbre, la ansiedad por la muerte y también la identificación con la humanidad se asociaron con sintomatología postraumática y el deterioro asociado. Se descubrió el papel mediador de la ansiedad ante la muerte en la relación entre la sintomatología postraumática, por un lado, y la desconfianza así como las dificultades para afrontar la incertidumbre, por el otro. Una explicación ofrecida por los autores señalan que la letalidad y el contagio del COVID-19 es relativamente alto, lo que puede activar fácilmente el miedo frente a la posibilidad de morir (Pyszczynski et al. 2015). De hecho, ellos plantean que se podría argumentar que la ansiedad ante la muerte es, en cierto sentido, una forma extrema de intolerancia a la misma. Este hallazgo también destaca la naturaleza potencialmente traumática de estar expuesto al coronavirus (Shevlin et al. 2020).

Por otra parte, Vázquez et al. (2021) encontraron que las creencias sobre un mundo bueno, la apertura al futuro y la identificación con la humanidad se asociaron con el crecimiento postraumático. Así, parece que las creencias de estar bien conectado con la humanidad pueden tener consecuencias de doble filo al facilitar sentimientos de crecimiento (Páez et al. 2015) pero también, dado el contagio de un virus, aumentar los sentimientos de vulnerabilidad de uno mismo y los demás. El doble papel de una variable “positiva” como creencias de

identificación con la humanidad muestra la complejidad de la vida humana en tiempos de coronavirus.

FACTORES COGNITIVOS DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL EN VÍCTIMAS DEL TERRORISMO

- Desconfianza en los demás
- Creencias sobre la peligrosidad del mundo
- Intolerancia a la incertidumbre
- Mayor percepción de amenaza
- pensamientos recurrentes y angustiantes sobre la pandemia
- constante rumia sobre las implicaciones de la pandemia
- preocupación excesiva por el contagio
- Metacognición disfuncional (especialmente las creencias negativas sobre la incontrolabilidad y peligrosidad de la preocupación)
- Creencias sobre uno mismo como vulnerable e incompetente
- ansiedad ante la muerte
- Identificación con la humanidad
- Creencias vinculadas a la soledad
- Pensamientos automáticos negativos
- Menor flexibilidad cognitiva
- Rumiación
- Culpabilidad

Aunque esta investigación no se ha realizado en víctimas del terrorismo sino en población general, planteamos la hipótesis de que varios de estos factores cognoscitivos estudiados en las víctimas pudieran explicar la aparición de consecuencias psicopatológicas en las mismas a raíz de la pandemia o agravar las existentes previamente, en particular la sintomatología postraumática, depresiva o ansiosa.

Sobre la base de estos estudios y de las entrevistas realizadas, nosotros proponemos un modelo de mediación de factores cognitivos que podría explicar la sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa que hemos observado en las víctimas a raíz de la pandemia.

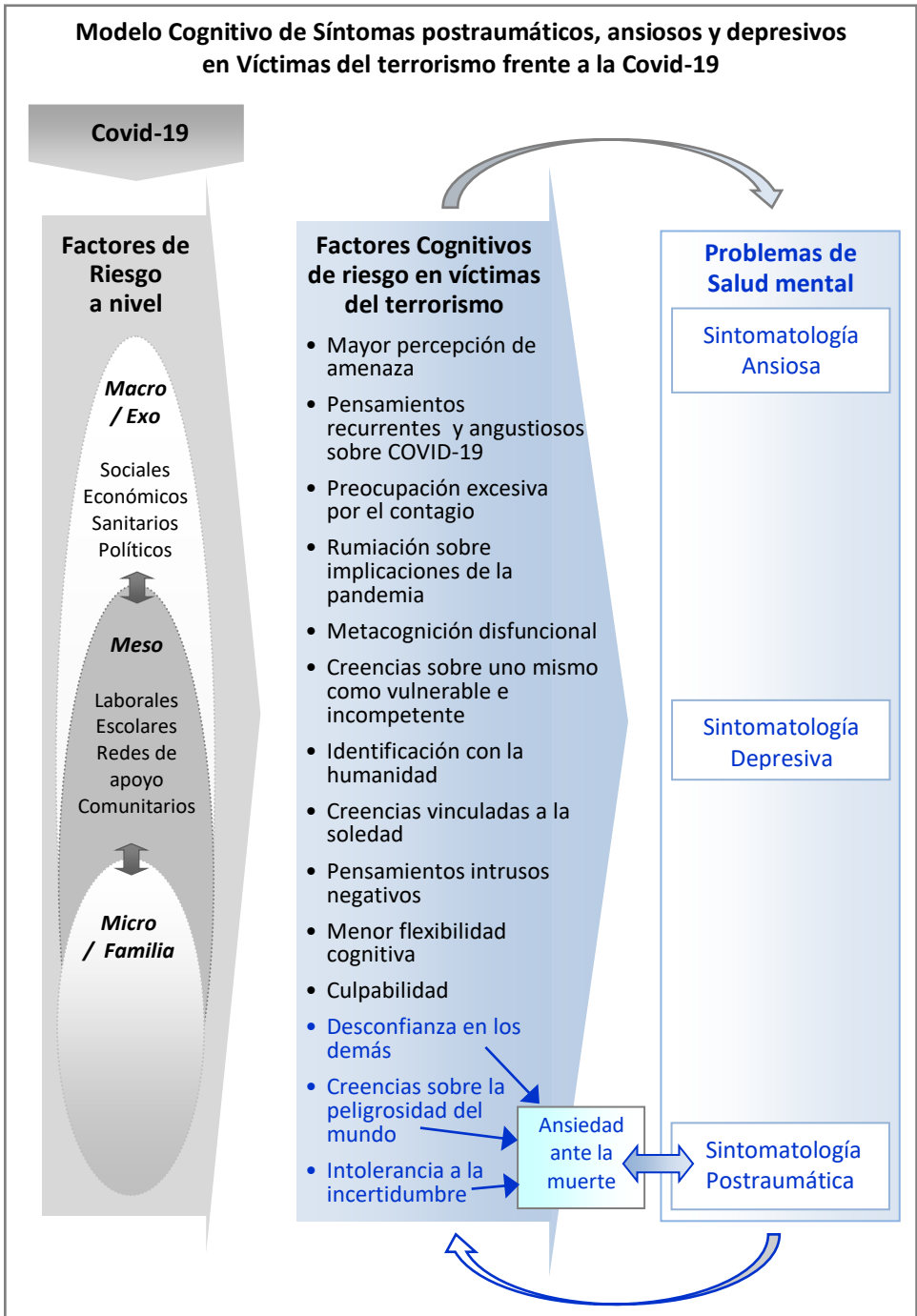


Ilustración 9: Modelo cognitivo de Síntomas postraumáticos, ansiosos y depresivos en Víctimas del terrorismo frente a la Covid-19

Es necesario profundizar cómo las creencias negativas fundamentales sobre el mundo, sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el futuro, existentes en víctimas del terrorismo, pueden conducir a sintomatología postraumática, depresiva o ansiosa, incluso a crecimiento postraumático, durante la actual pandemia, descubriendo los mecanismos que pueden estar relacionados con estos procesos. Además, siguiendo una perspectiva ecológica, sería interesante identificar de qué modo específico las creencias disfuncionales de las víctimas se ven influenciadas por los factores de riesgo provenientes de los macro, meso y exosistemas y cómo influyen en su relación con el entorno social y comunitario.

8.2 Miedo y Ansiedad ante la muerte / Déficits en la regulación emocional

Como hemos mencionado en otra publicación (véase Fernández-Marrero, 2021), las víctimas que han sufrido atentados terroristas, presentan un trauma de tipo existencial donde la vida humana ha sido puesta en juego, por lo que “existe una especial sensibilidad y miedo ante la muerte, ante las pérdidas” (p. 236). La ansiedad ante la muerte, el miedo a que pase algo malo, a que suceda lo peor y el miedo a la falta de control de la realidad puede ser una constante en sus vidas. Se trata de un miedo clínicamente significativo, que ha sido explorado en la literatura científica con respecto al terrorismo (por ejemplo, Pan et al., 2009, citado en Cohen-Louck y Levy, 2020). El miedo nos induce a imaginar peligros irreales, percepción de amenaza exagerada, que ha sido relacionada con la psicopatología (Casaña Granell et al. 2018; Paniagua, 2020; Wang et al., 2020). En esta dirección, la teoría de procesamiento emocional plantea la idea de que el procesamiento de la información traumática se produce de forma interrumpida y sesgada, lo que lleva a un empobrecimiento de la coherencia y a una desorganización de los registros de memoria traumáticos. Esto provoca que la percepción, la atención y la memoria de las víctimas estén sistemáticamente sesgadas por las emociones extremas sufridas durante el evento traumático. Así, la percepción del acontecimiento traumático como algo extremadamente grave e irreversible, debilitan la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de miedo, desprotección, indefensión y desesperanza (Amor et al., 2002). Emociones que, en última instancia, las víctimas del terrorismo tendrán dificultades para regular. La regulación emocional se ha relacionado de modo consistente con un mejor ajuste personal frente a situaciones estresantes (Sloan et al., 2017). En el contexto de la pandemia se ha comprobado que los déficits en la misma constituyen un factor de riesgo (Park et al., 2021).

Cohen-Louck y Levy (2020) sugieren que existen similitudes entre el miedo al terrorismo y al viruismo, existiendo una brecha entre el peligro real y el temor que percibimos. Ellos explican que, por miedo al viruismo, la percepción del riesgo puede variar según los criterios que se utilizan para evaluar la amenaza: número de casos, número de muertes, tasas de mortalidad y disponibilidad de medicamentos y existencia de una vacuna. Por ello, la elección de un criterio específico parece ser subjetivo. En este sentido, la percepción del miedo depende no sólo de la gravedad de la victimización, sino también de la percepción de la capacidad de la persona para controlar si serán victimizados.

En esta dirección, se ha explicado que el miedo masivo al COVID-19, denominado "coronafobia", ha supuesto una abundancia de manifestaciones psiquiátricas en los diferentes estratos de la sociedad. En España, un estudio que examinó el impacto psicológico de la pandemia y el confinamiento nacional, vivido en el país durante los meses de marzo y abril de 2020, investigó el miedo a la COVID-19 (Sandín et al., 2020). En dicho estudio participaron 1.161 participantes y los resultados indican que los miedos más comunes relacionados con el COVID-19 corresponden al miedo al contagio, a la enfermedad y a la muerte, al aislamiento social, y a los problemas de trabajo, relacionados con los ingresos. Los autores encontraron niveles elevados de impacto emocional reflejado en los miedos al coronavirus, problemas de sueño, y síntomas emocionales dentro de los que se incluyen preocupación, estrés, desesperanza, depresión, ansiedad, nerviosismo, e inquietud. Los factores de riesgo que se identificaron fueron: la intolerancia a la incertidumbre y la exposición a los medios de comunicación.

“La primera etapa fue horrible [refiriéndose al confinamiento] porque como empezaron de 15 días en 15 días pues era una incertidumbre y no sabías cuando iba a acabar y lo llevé bastante mal. Además, acababa de aprobar la oposición y no tenía nada que hacer entonces fue como pasar de tener una rutina a no tener nada que hacer en todo el día. Lo pasé súper mal, tenía los horarios cambiados, tenía insomnio, me despertaba tarde, comía a horas distintas y bueno no tenía mucha hambre tampoco. A mí se me quitó el hambre. Empecé a tener ansiedad. Tenía mucho miedo al virus. Fue una mezcla de todo porque justo se me acabó la rutina y empezó todo y fue como todo de golpe. También me influyeron las noticias, al principio las veía mucho pero llegó un punto en que dejé de verlas porque era todo el tiempo de lo mismo y está bien estar informados pero es que era encender la televisión y todo era eso. Eso me agobiaba más.” (Hija de Guardia civil superviviente de atentado terrorista, 2020).

En las víctimas del terrorismo el miedo al virus puede ser muy alto, porque las mismas ya parten de la existencia de un miedo excesivo; que ha podido impregnar su psique, su biología y el modo en que se relacionan con la familia y la comunidad. Por ejemplo, el siguiente testimonio pertenece a una víctima del terrorismo que sufre de TEPT, depresión y agorafobia. La crisis emocional se le ha agravado por la pandemia del COVID-19, donde el paciente hace referencia al miedo a la muerte por COVID-19, ansiedad, una fuerte tristeza, desgana, desmotivación, no querer salir de casa, incertidumbre.

“Yo si tengo miedo (refiriéndose al virus) y es por infectar a mi familia, por verme en una cama entubado. Me da mucho miedo no ver crecer a mis nietos. Me da mucha pena también sobre todo por mis hijos que me quieren a rabiar. Que este virus me lleve para adelante y me da pena el sufrimiento que ellos puedan tener (...).Me agobio enseguida en todos lados. Incluso en mi casa. Yo a los 10 minutos de estar en un sitio estoy deseando irme.”

Este miedo mantenido en el tiempo, en una situación como la actual pandemia , en la que ya llevamos más de un año inmersos, puede aumentar la probabilidad de agravar o desarrollar TEPT, los trastornos de ansiedad y otros trastornos mentales en estas víctimas, en comparación con la situación existente antes de la pandemia. No obstante, es posible que haya variabilidad entre las diferentes oleadas del virus, porque la investigación sugiere que el malestar relacionado con COVID-19 ha fluctuado con el tiempo, con temores en aumento a medida que aumentaba la prevalencia de la infección y disminuyendo a medida que disminuían las tasas de infección (véase Taylor, 2021).

8.3 Existencia de trastornos mentales previos

Dentro de las poblaciones más vulnerables en cuestión de males de salud y sociales, siempre se ha considerado a las personas que padecen de un trastorno mental. En el último informe (Health at a Glance: Europe 2020) publicado por la Comisión Europea y la OCDE, se subrayan los impactos adversos de la pandemia para la población en general, destacando dentro de los colectivos que se han visto más gravemente afectados a las personas con problemas de salud mental previa.

A propósito de las víctimas del terrorismo, dentro de las consecuencias psicopatológicas del terrorismo que en el capítulo II de este libro hemos mencionado los trastornos más comunes en víctimas del terrorismo son el TEPT, el

TDM, los trastornos de ansiedad y los trastornos por abuso o dependencia de sustancias (García Vera y Sanz, 2016).

Debido a que no hemos encontrado literatura específica sobre víctimas del terrorismo que aborde el impacto del COVID-19 sobre este colectivo, con respecto a su salud mental (excepto un estudio en un campo de refugiados, sobrevivientes de terrorismo, véase Kizilhan y Noll-Hussong, 2020), vamos a basarnos en la técnica del estudio de casos y la exposición de testimonios y relatos vivenciales recogidos en el marco del trabajo que se lleva a cabo con la Asociación AMUVITE.

En nuestra praxis clínica con el colectivo de las víctimas del terrorismo venimos observando cómo, en pacientes con sintomatología postraumática previa se han incrementado los síntomas que comprenden la reexperimentación del evento, la evitación, el embotamiento afectivo, la hipervigilancia, incrementando los niveles de malestar e interfiriendo en su funcionamiento diario. Recordemos que el TEPT puede aumentar la percepción de amenaza frente a la COVID-19, la desconfianza en el mundo y la propia visión de incompetencia para hacer frente a la situación que plantea esta crisis. Los mecanismos de defensa se activan, agravando el problema.

A continuación hacemos referencia al caso de un Guardia Civil que sufrió varios atentados terroristas por parte de la banda ETA en el País Vasco hace más de 20 años, en los cuales resultó herido, siendo diagnosticado de TEPT y Trastorno de ansiedad generalizada. Este caso lo hemos presentado en Fernández- Marrero (2021) y nos muestra como este tipo de pacientes puede desarrollar un incremento de los síntomas preexistentes.

El paciente, en la actual crisis del COVID-19 ha experimentado niveles elevados de ansiedad ante la muerte, incertidumbre ante el futuro, sensación de pérdida de control, utilizando como mecanismos defensivos la rumiación y el consumo excesivo de información a través de los medios. De este modo, pasa todo el día viendo noticias y pensando acerca de la situación, queriendo controlar todos los posibles escenarios futuros de esta crisis, para comprobar que tiene opciones. “Si pasa esto (refiriéndose a una situación hipotética) voy a reaccionar de esta manera y si pasa esto otro, de otra forma”. Pero ante la incertidumbre y la dificultad para predecir la situación se obsesiona y se impacienta. Apreciamos igualmente la evitación de lugares donde pudiera contagiarse. Por ejemplo, se ha negado a visitar los médicos, ha evitado ir al gimnasio, a cualquier tipo de actividad recreativa incluso un año después de comenzar la crisis en España, ha dejado de ir a andar, ni por la ciudad, ni por el monte “por si acaso, porque la gente cuando respira al bajar del monte lo hace con mucha intensidad y pueden dejar el virus en

el aire". El embotamiento afectivo se ha manifestado en que en su casa. En esta dirección, su mujer y sus hijos manifiestan que se encuentra distante, absorto en su mundo de preocupaciones, ausente y bloqueado y que no se puede contar con él para que colabore mucho en la casa. Esta situación se ha manifestado durante varios meses en la pandemia, acentuándose en los diferentes picos de la ola del coronavirus. Por otra parte, hemos apreciado su sintomatología de hipervigilancia, relacionada con la posibilidad de contagio del virus. Por ejemplo, después del confinamiento relataba cómo, al visitar al pabellón deportivo, observaba primero los coches que había en el parking antes de entrar, porque si había muchos no entraba. Según refiere, acudía a hacer deporte en estado de alerta, revisando si la gente llevaba la mascarilla bien puesta en la entrada, el tipo de mascarilla, si se mantenía la distancia de seguridad, si había poca gente etc. En el caso de que la situación no le ofreciese seguridad, evitaba acudir, llegando a abandonar finalmente el gimnasio.

Como vemos, los mecanismos de defensa utilizados, aunque pudieron tener un carácter adaptativo al principio de la pandemia, debido a la cronicidad de la situación pueden ser muy estresantes para las víctimas del terrorismo, generando problemas de salud física y acentuando los problemas de salud mental.

Centrando la atención en la literatura de investigación, en la revisión de estudios realizada por Dubey et al. (2020) para definir el impacto psicosocial de COVID-19, llama la atención los efectos de la pandemia en personas con enfermedades psiquiátricas preexistentes, señalando múltiples formas en que estas pueden ser más vulnerables a la enfermedad y al desarrollo de problemas mentales. Por ello, consideramos que esta información podría ser aplicable a las víctimas del terrorismo, planteándose la necesidad de estudios que abordasen lo anterior.

En primer lugar, se menciona que los pacientes con problemas mentales son sustancialmente más propensos a desarrollar enfermedades infecciosas, como la neumonía (Seminog y Goldacre, 2013) y tienen un riesgo considerable de experimentar resultados negativos de salud física y mental durante la pandemia del COVID-19. La literatura de investigación ha encontrado que existen una serie de factores que pueden aumentar las posibilidades de contraer una infección en estas personas: el deterioro cognitivo, el nivel de conciencia deficiente, la percepción de amenaza elevada y la menor preocupación por la higiene personal (Yao, Chen y Xu, 2020). A esta circunstancia debe sumarse las condiciones de vida limitadas que presenta la mayoría de la población psiquiátrica, como limitaciones en el tratamiento, dificultad para acceder a seguimientos médicos y psicoterapéuticos, institucionalización. Además, la discriminación y el estigma social contra las enfermedades mentales hace que el tratamiento de los pacientes

con COVID-19 sea más difícil cuando coexisten morbilidades psicológicas (Asmundson y Taylor, 2020).

Taque et al. (2021) analizaron los datos pertenecientes a 69 millones de personas, de las cuales, 62.354 habían sido diagnosticadas de COVID-19. Ellos encontraron que los pacientes supervivientes de COVID-19, que presentaban un diagnóstico de salud mental previo, tenían un mayor riesgo de sufrir un diagnóstico de COVID-19. Esto supone un problema, pues el padecer enfermedad mental previa al COVID facilita contraer la enfermedad y, el padecer el COVID-19 es un factor de riesgo de acentuar estos problemas mentales.

En segundo lugar, Dubey et al. (2020) hacen referencia a cómo los pacientes psiquiátricos también son propensos a desarrollar recurrencias o deterioro de los signos y síntomas preexistentes. Anteriormente, en este apartado hemos puesto el caso del Guardia Civil sobreviviente de varios atentados, en el que se aprecia lo anterior. Otro ejemplo se puede apreciar en las personas con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) diagnosticado, ya que pueden practicar un autocontrol frecuente de la temperatura para detectar fiebre; o hacer varios intentos para tragar saliva para detectar dolor de garganta como síntoma de COVID-19. El lavado de manos es una medida fundamental para prevenir la transmisión de COVID-19 y se añade a los problemas de un paciente conocido con TOC de lavado.

“Nosotros todos los días nos ponemos el aparato de la tensión y el termómetro también porque no nos queremos morir (refiriéndose al COVID-19). No me quisiera morir malamente sufriendo. Eso es lo que me pasa.” (Mujer de policía nacional sobreviviente de atentado, 2021).

En esta línea, Taylor (2021) descubrieron que la mayor gravedad de las puntuaciones del síndrome de estrés COVID también se correlacionó con un diagnóstico (pre-COVID-19) de un trastorno de salud mental, como un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad.

En tercer lugar, las estrictas normativas nacionales relativas al transporte y la cuarentena pueden interrumpir abruptamente los programas de asesoramiento terapéutico e imponer mayores dificultades al acceso a los medicamentos psiquiátricos recetados (Xiao, 2020). Como indicativo de las dificultades que han presentado las personas con salud mental en la pandemia para recibir asistencia psicológica, en España tenemos el estudio realizado en los servicios y centros de rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental de Grupo 5, a través del cual se analizan las necesidades de atención social y sanitaria de estas personas durante el pico de la primera ola de la pandemia, así como el grado en el que fueron cubiertas. En relación con los servicios sanitarios de salud mental, el

estudio detectó una reducción de la calidad en el seguimiento psiquiátrico desde estos servicios: la mitad de las personas usuarias han percibido una mala o difícil accesibilidad a los mismos y un número importante no ha tenido ningún tipo de seguimiento psiquiátrico durante ese tiempo.

En cuarto lugar, las personas con tendencia a presentar ansiedad por su salud (probablemente pacientes de trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de somatización, TOC) tienen más probabilidades de malinterpretar síntomas y sentimientos corporales inofensivos como evidencia de adquirir enfermedades peligrosas. Los autores ejemplifican con la posibilidad de malinterpretar dolor muscular benigno o tos como un signo revelador de infectarse con COVID-19. Esto, a su vez, puede aumentar su ansiedad y angustia, influir en su comportamiento y capacidad de toma de decisiones y, en última instancia, imponer una carga innecesaria a la atención de salud pública (Asmundson y Taylor, 2020). Como evidencia de lo anterior, ofrecemos el relato vivencial del Guardia Civil de que se ha hablado aquí, sobreviviente de atentado, en plena tercera ola del virus. Nos expresa que está obsesionado con la posibilidad de contagiarse, que se agobia fácilmente y que tiene mucho miedo, desarrollando compulsiones relacionadas con las medidas de seguridad, lo que a su vez le genera una mayor tensión.

“Al principio no se sabía nada del virus, estabas muy pendiente de si tocabas una cosa, si tocabas otra, y del cuerpo para saber cómo reaccionar (...) Al principio teníamos una situación de más descontrol, mayor miedo e inseguridad. Me observaba mucho. Por si tenía el virus cuando tosía. Suelo ser un poco aprensivo, la verdad. Me lavaba las manos continuamente, y me echaba gel hidroalcohólico con frecuencia. Después se me pasó un poco pero ahora, en la tercera ola, tal cual están las cosas es un desastre. “¿Cómo no voy a estar asustado- nos dice él- si se me han muertos varios familiares y conozco varios infectados? Esto de estar todo el día obsesionado, a mí eso me desquicia. Me siento muy tenso, me lavo las manos varias veces al día .No lo controlo, empiezo a darle vueltas a la cabeza. Me muevo de un sitio a otro en casa. Me imagino que puedo estar contagiado.”

En quinto lugar, los niños con enfermedades psiquiátricas subyacentes pueden enfrentarse a nuevos desafíos en este período debido al colapso de los sistemas y redes de apoyo familiar vitales (UN chief. 2020). Los niños que están (o se sospecha que están) infectados con COVID-19 y necesitan aislamiento o cuarentena pueden requerir atención especial para hacer frente a su miedo, ansiedad y otros efectos psicológicos. No obstante, sobre el asunto de los niños en la pandemia se profundizará más adelante cuando hablemos de las familias.

8.4 Aislamiento social/ Soledad, Falta de apoyo social

Las medidas de contención del virus han llevado a una situación de aislamiento social donde muchas víctimas han podido experimentar el peso de la soledad. Precisamente esta última ha sido encontrada como un factor de riesgo importante para el desarrollo de psicopatología en la actual pandemia (Bentall et al., 2021; Valiente et al., 2021; Vázquez et al., 2021). En víctimas del terrorismo, donde la tendencia al aislamiento puede existir previamente relacionada las actitudes disfuncionales acerca del mundo, de uno mismo, del futuro y/o la psicopatología existente, la soledad y el aislamiento han podido agravarse. Después del atentado muchas víctimas refieren que no se puede confiar en nadie porque cuando confías en alguien la gente te traiciona. El miedo al contagio y la desconfianza hacia el exterior pueden unirse para llevar a la soledad extrema. Esta ha sido relacionada ampliamente con la depresión.

El siguiente relato de un policía superviviente atentado terrorista, que presentaba sintomatología postraumática y ansioso- depresiva previa a la pandemia, nos muestra como frente a esta, se refuerza el aislamiento y el malestar asociado.

“Desde que empezó la pandemia (hace más de un año) no he salido de mi casa prácticamente a nada y cada vez me cuesta más. Mi mujer y yo no hemos visto prácticamente a nadie. Nos hemos acostumbrado a estar en casa. Mis hijos apenas han venido, han sido muy respetuosos con nosotros. La verdad es que me pongo muy nervioso cuando salgo con esto del virus, me siento muy incómodo en los sitios y aguanto muy poco fuera de casa. En general estoy más triste que antes, desanimado, aburrido, irritable, me como la cabeza con facilidad, paso muchas horas al día enganchado al ordenador.” (Policía nacional superviviente de atentado terrorista).

Muy preocupante se presenta el hecho de que el miedo al coronavirus y las medidas restrictivas asociadas agudizan el aislamiento social de esta víctima, deteriorando su salud mental Recordemos que el apoyo social es una variable imprescindible en la recuperación de una experiencia traumática, especialmente en víctimas del terrorismo (Lowell et al., 2017; Smith et al., 2019, citado en García-Vera et al., 2021).

Vázquez et al. (2021) hipotetizan que la desconfianza, en parte alimentada por los rumores paranoicos en las redes sociales sobre los orígenes de la epidemia (Sharma et al. 2017), pueda contribuir a ver a los demás como una amenaza de contagio. De esta manera, la desconfianza puede disuadir a las personas de buscar

ayuda de otros y reducir los efectos beneficiosos del apoyo social. En el área del terrorismo, Neria y sus colegas (2010) encontraron que un mayor apoyo social percibido puede reducir niveles de vulnerabilidad entre las personas que pueden ser particularmente vulnerables a psicopatología debido a sus intensas respuestas iniciales después de la exposición a eventos traumáticos.

Las medidas de distanciamiento social en la pandemia conllevan a que es posible que no se disponga de estrategias de afrontamiento importantes como de costumbre (p. ej., ir al gimnasio / pub / traer a alguien al hogar), especialmente si el acceso a la tecnología digital es limitado. Para algunos, la sensación de estar atrapado, encerrado, puede traer traumas pasados a la superficie, que pueden venir con malestar elevado y un cambio de comportamiento en las relaciones, como puede suceder en víctimas del terrorismo.

Una de las principales dificultades para todos durante el confinamiento y las diferentes medidas establecidas durante el Estado de alarma ha sido la pérdida de acceso a los servicios regulares de apoyo, relaciones y amistades que ayudan a todos a mantener la perspectiva, sentirse comprendidos y ser capaz de discutir y compartir nuestras experiencias con personas queridas y de confianza. En la literatura de investigación se ha planteado que el aumento del estrés y la disminución de la cantidad o calidad de las redes sociales pueden influir negativamente en las relaciones durante y después de la pandemia, exacerbando las relaciones conflictivas ya existentes (Anderson K., Laxhman N., Priebe, 2015), y reduciendo la capacidad y motivación de las interacciones interpersonales, lo que se convierte en factor de riesgo para la salud mental.

En el capítulo 1 hemos mencionado el caso de Antonio, un hombre de 81 años de edad, amenazado de ETA durante varios años. A continuación relatamos cómo le ha afectado la pandemia en lo referente a la pérdida de ese apoyo social.

“Hace poco fue la comunión de mi nieto y querían hacerlo en un salón y ya les dije que con nosotros no contasen. Tengo respeto al virus. Quieras que no, sí nos afecta lo del virus, porque los centros de mayores están todos cerrados y a mí me gustaba subirme un rato ahí con los amigos y viejos conocidos. Es apetecible que nos estemos viendo, ya sabes las costumbres nuestras (...). Ya te digo que es una cosa que nos afecta aunque no es que diga que me muero. Este año (se refiere al 2020) solo hemos ido un par de veces al pueblo donde nací. Un año normal claro que hubiéramos ido casi todos los fines de semana, a mí me gustaba ir al pueblo, ver a los amigos, ir al casino... Creas que no eso siempre da gusto. Aunque soy moderno, por internet no es lo mismo. Tengo 81 años, a mí

me queda poco tiempo. Me preocupa que no sé si llegará a ver de nuevo la normalidad como era antes. Esta situación me está robando la poca vida que me queda. Me siento un poco deprimido, solo, aburrido... Pienso que todo ya está hecho para mí. No le veo fuste a seguir, nada tiene mucho sentido.”

Las publicaciones analizadas indican que el aislamiento social tiene un impacto negativo en los adultos mayores. Plagg, Engl, Piccoliori y Eisendle (2020) evaluaron los beneficios y daños causados por el aislamiento social a largo plazo y encontraron que esta situación aumentó el riesgo de enfermedades neurológicas y cardiovasculares, depresión, deterioro cognitivo y mortalidad entre los adultos mayores. En víctimas del terrorismo que atraviesan la vejez, el aislamiento social puede llevar a una exacerbación de los problemas psicológicos previos. Esto puede suceder a aquellos que viven integrados con sus familias, pero también a las víctimas que pueden ser miembros de Residencias de ancianos. Como vemos en el testimonio anterior, se agudiza la depresión y la pérdida de sentido de la vida.

En definitiva, consideramos que el aislamiento, la experiencia de indefensión repetida, la desconfianza, la dificultad para recibir apoyo social y/o percibir el mismo y la pérdida de control experimentada durante la pandemia podrían desempeñar un papel muy importante entre las víctimas que han sufrido la experiencia terrorista. En particular, entre quienes padecían de TEPT, depresión y otros trastornos mentales previamente a la pandemia.

8.5 Rasgos de vulnerabilidad y tipo de apego

Con relación a los rasgos de personalidad, en el contexto del terrorismo se sabe que las personas con altos puntajes de dependencia están en riesgo de desarrollar problemas emocionales cuando perciben interrupciones en sus relaciones con otros, pérdida interpersonal o rechazo social (Besser y Priel, 2010). Dado que la dependencia es una dimensión de la personalidad relacionada principalmente con las relaciones interpersonales, en consecuencia, parece ser la más afectada por las percepciones de pérdida de apoyo que se han demostrado que acompañan al estrés extremo. Estas situaciones pueden darse en la pandemia debido a la muerte de personas o el rechazo social debido al estigma de haber contraído el virus, los mensajes que implican juicios críticos y culpabilizadores o el efecto de las medidas sanitarias (aislamiento, cuarentena, confinamiento etc.) que conllevan la pérdida o disminución del apoyo social.

En relación con la dependencia pueden asociarse los problemas en el apego. En personas expuestas al trauma del terrorismo se han encontrado niveles más altos de apego inseguro en comparación con aquellos no expuestas (Besser, et al. 2009; Besser y Neria, 2010). Estos últimos autores sugieren que la exposición al trauma puede afectar el funcionamiento de los modelos de apego, provocando síntomas de TEPT Y TDM, y que estos modelos de apego, en particular el apego inseguro ansioso pueden afectar la percepción de eventos traumáticos adicionales como la pandemia actual. Debido a la situación de la pandemia y los factores de riesgo a nivel social, económico, sanitario y en especial, la disminución o ruptura de las redes de apoyo social, los individuos con apego inseguro pueden evaluar eventos particulares como más estresantes, en comparación con las personas con apego seguro, lo que lleva al desarrollo de la psicopatología. En esta línea, el apego inseguro ha sido estudiado como un factor de riesgo en las epidemias virales previas (Brooks et al., 2020) y la pandemia actual (Eder et al., 2020).

Por otra parte, con respecto a la personalidad, Besser y Priel (2010) descubrieron que la dimensión “autocrítica” es el principal factor de riesgo para desarrollar TEPT en casos de exposición directa e indirecta al terrorismo. En la crisis actual del coronavirus, los mensajes que se emiten con contenidos culpabilizadores, críticos y dañinos, tanto por los medio de difusión, las redes sociales, los políticos o las personas que conforman el entorno más próximo, pueden reforzar la autocrítica de las víctimas de sucesos traumáticos.

Asimismo, existen otra serie de rasgos de vulnerabilidad que pudiesen estar presentes en las víctimas del terrorismo y que se han estudiado como factores de riesgo en la pandemia actual. Por ejemplo, Taylor (2021) encontraron que las puntuaciones más altas con relación al síndrome de estrés COVID se asociaron con una mayor gravedad antes de COVID-19 de varios rasgos y síntomas, incluida la sensibilidad al disgusto, la sensibilidad a la ansiedad, la intolerancia a la incertidumbre, los rituales de control obsesivo-compulsivo y las preocupaciones por la contaminación obsesivo-compulsiva. Estas vulnerabilidades previas pueden existir en víctimas del terrorismo debido a la ruptura de sus esquemas mentales previos en las áreas de control, confianza y seguridad y la existencia de trastornos mentales anteriores al COVID-19. Llamamos la atención especialmente sobre la intolerancia a la incertidumbre que ha sido estudiada por varios autores, encontrándose como un factor de riesgo importante para el desarrollo de psicopatología en la pandemia actual (Bentall et al., 2021; Sandín et al., 2020; Valiente et al., 2020; Vázquez et al., 2021)

Por último, existen factores psicobiológicos presentes en víctimas del terrorismo que puede ser otra de sus dimensiones de riesgo, aumentando la vulnerabilidad

para desarrollar el TEPT tras el terrorismo y la pandemia, de la misma forma que los posibles correlatos una vez que se ha desarrollado este trastorno (Romero-Martínez y Moya-Albiol, 2018). Esta vulnerabilidad se ha encontrado en los descendientes de madres que, estando embarazadas, sufrieron terrorismo, como contribuyentes al factor de riesgo biológico para el TEPT en los mismos (Yehuda et al., 2005). Kaitz, et al. (2009) sugiere que los factores genéticos pueden contribuir a que existen personas tengan mayor susceptibilidad al miedo, mayor estrés psicosocial y dificultades para hacer frente a la adversidad, concluyendo que los hijos de víctimas del terrorismo que son más vulnerables al TEPT son aquellos que son genéticamente vulnerables y que presentan un mayor estrés psicosocial. En base a lo anterior se deduce que las personas que han sufrido el terrorismo, que son genéticamente vulnerables y padecen trastornos como el TEPT, tienen más posibilidades de desarrollar otros tipos de trastornos mentales en la pandemia actual, debido a sus múltiples focos de estrés.

8.6 Las estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento juegan un papel clave en la reacción a la pandemia (Park et al., 2021). Estos autores encontraron que las habilidades de regulación emocional y el afrontamiento activo, la exposición a estímulos temidos como espacios públicos, el uso de distracción saludable de las preocupaciones en curso, la búsqueda de apoyo social, el humor y afrontamiento religioso se relacionaron con, por lo menos, un indicador de resiliencia.

En víctimas del terrorismo existen mecanismos defensivos previos al COVID, que pueden complicar la adaptación a la pandemia. Por ejemplo, Stallard y Smith (2007) encontraron, en esta población, el uso de rumiación, supresión de pensamientos y evasión asociados con mayores puntuaciones de estrés. Gilbar et al. (2012) demostraron el alto uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción por las víctimas del terrorismo y sus parejas relacionados al TEPT. También en esta diada, Weinberg et al. (2016) encontraron el uso de la disociación como rasgo como una variable asociada a mayores síntomas de TEPT. Se sabe que las personas que tienen este trastorno emplean mayor uso de estrategias de rumiación para resolver problemas, estrategias de supresión del pensamiento (intentado evitar pensamientos) y la evitación de emociones negativas (LoSavio et al., 2017) que, al mismo tiempo, se generan continuamente y refuerzan el trastorno. Pfefferbaum et al. (2013), que realizó una revisión de las estrategias en niños y adolescentes frente al terrorismo, menciona que un menor malestar entre los adolescentes estaba asociado con las recomendaciones de los padres para

utilizar estrategias de afrontamiento como reencadre positivo, aceptación y expresión emocional (Gil-Rivas, et al., 2007). Pensamos que en la pandemia estos mecanismos defensivos pueden reforzarse.

Por otra parte, dentro de las repercusiones psicopatológicas del terrorismo se encuentra la adicción al alcohol y otras sustancias. La crisis del COVID-19, que lleva asociada el aislamiento social, la pérdida de seres queridos, de ingresos y medios de vida, precipita al consumo de alcohol y drogas para hacerle frente, exacerbando estados emocionales negativos (Koob, Powell, y White, 2020), pudiendo reforzar los problemas de adicción existentes en las víctimas (García Vera y Sanz, 2016). En resumen, las estrategias de afrontamiento de las víctimas frente a la pandemia, que pueden ser disfuncionales, se convierten en otro factor de riesgo.

A continuación relatamos el testimonio de una estudiante universitaria, hija de Guardia Civil sobreviviente de atentado, que tuvo que interrumpir su estancia en Italia debido a la irrupción del virus y volver rápidamente a España en marzo del 2020. Este caso lo hemos abordado en el capítulo IV al explicar la transmisión intergeneracional del trauma (El caso de Eva) y explicamos aquí lo relativo a cómo le ha afectado la pandemia en sus diferentes momentos y las estrategias de afrontamiento utilizadas.

“Yo estaba de Erasmus en Italia y me tuve que venir de forma precipitada en marzo, porque me cerraban el espacio aéreo. De hecho, una amiga que estaba en el aeropuerto me avisó desde allí y salí de mi piso corriendo. En España, me sentí muy mal con la incertidumbre, de no saber si podía volver a Italia. Porque en mi piso tenía todas mis cosas, nadie podía ir a recoger las cosas de mi piso porque estaba todo el mundo encerrado en su casa en nuestra ciudad y el casero decía que teníamos que seguir pagando aunque no estuviéramos allí, y con el miedo de que nos iba a tirar las cosas, no podíamos volver y necesitaba el piso libre (...) Cuando se pudo viajar de nuevo volvimos y todo muy bien, nos regaló un mes. Pero al principio, una de las compañeras de piso que se lo tomaba todo peor, todos los días, “¿pero qué vamos a hacer... nos va a tirar las cosas?”. Se ponía en lo peor y me contagiaba porque yo suelo ser negativa. Soy de comerme mucho la cabeza. Ahí estaba bastante agobiada, nerviosa (...). Era muy de hablar con las personas justas, para controlar la ansiedad (...). Cuando yo me vine de Italia me cancelaron el último examen, vine aquí como a medio descansar (...). Luego me sentía culpable en el confinamiento de decir parece que tengo todo el tiempo del mundo porque no tengo que salir a nada ni tengo que ir a prácticas ni nada, como

hubiera tenido que hacer antes de una época de exámenes normal. Sin embargo, me puse a estudiar y no rendía nada.”

Como se aprecia en el caso anterior, las estrategias de afrontamiento como la rumiación, la evitación de las emociones, el aislamiento y el catastrofismo resultan disfuncionales. Estas actitudes se han podido transmitir de una generación a la siguiente como sucede en este ejemplo.

8.7 Mayor reactividad al estrés

La pandemia se nos presenta como un suceso con una acumulación de eventos estresantes crónicos. Se ha encontrado reactividad alterada del sistema de estrés al estrés agudo (Engert et al., 2010) lo cual puede pasar en la crisis del COVID 19, que conlleva multitud de factores estresantes a nivel social, comunitario y familiar. Recordemos que en la población general uno de cada cuatro adultos ha experimentado un estrés significativo debido a la pandemia de COVID-19 (Cooke et al. 2020).

Las víctimas del terrorismo pueden presentar una mayor reactividad al estrés. Por ejemplo, Tucker et al. (2007) evaluaron la reactividad autonómica a los recordatorios de traumas y síntomas psiquiátricos (TEPT, depresión) en adultos que tuvieron algún grado de exposición directa al atentado terrorista con bomba de 1995 en la ciudad de Oklahoma. La exploración se hizo seis años y medio a 7 años después de la explosión. Los autores encontraron que, a pesar de la aparente resiliencia o recuperación emocional, los sobrevivientes de la explosión tuvieron una reactividad autónoma significativamente mayor a los recordatorios de trauma en todas las medidas que los sujetos de comparación. Se concluye que la evaluación fisiológica puede capturar los efectos a largo plazo del terrorismo que no son identificados por los instrumentos psicométricos. Esto es importante porque las consecuencias de la reactividad autónoma, a pesar de la resiliencia emocional años después de experimentar un trauma, podrían ir desde facilitar una vigilancia protectora hacia futuros desastres, como la pandemia actual, hasta conductas de evitación más desadaptativas, síntomas somáticos o problemas médicos. Si esto sucede en las víctimas del terrorismo que no presentaban sintomatología clínicamente significativa ni trastornos mentales, aquellos que ostenten esta condición hipotetizamos que tendrán mayor reactividad aún a la pandemia debido, por ejemplo, a la elevada percepción de amenaza que tienen los pacientes con TEPT, así como las actitudes disfuncionales que exhiben tanto los pacientes con sintomatología postraumática como depresiva.

Con respecto a dicha reactividad al estrés, resultan muy preocupantes los niños que sufrieron el terrorismo, de modo directo o indirecto, y que son adultos en la actualidad. Se ha planteado que durante la infancia y la niñez, el estrés crónico y los eventos adversos pueden programar los sistemas de estrés para una respuesta de hiperactivación (Lupien et al., 2009, citado en Kuras et al., 2017). Del mismo modo, los hallazgos de otra investigación que publicaron Kuras y sus colaboradores en el mismo año 2017, también con adultos sanos que presentaban adversidad de baja a moderada en la infancia, encontraron asociaciones con una actividad alterada del eje del estrés en la edad adulta. Al parecer, una mayor reactividad predice resultados de salud negativos en adultos con adversidad temprana. Estos resultados indican que incluso los niveles bajos de adversidad infantil pueden predisponer a las personas a enfermedades asociadas con la desregulación del eje del estrés y del sistema nervioso simpático en la edad adulta, tanto de tipo físico como mental.

De acuerdo con los resultados anteriores, ubicándonos en las víctimas del terrorismo y la pandemia actual, pensamos que tanto los adultos como los niños que hayan sufrido el terrorismo de modo directo o indirecto, incluyo aquellos cuyos padres hayan podido sufrir el terrorismo antes de que ellos nacieran (debido a los mecanismos de transmisión del trauma) pueden presentar mayor reactividad al estrés frente a la pandemia, estando en riesgo de problemas de salud mental.

En víctimas del terrorismo, la pandemia supone un desafío para estas personas y su visión de la realidad, que pueden sentirse más ansiosas e inseguras, confirmando sus creencias acerca de que el mundo no es seguro y controlable. Además, la desconfianza hacia el entorno, típica de los pacientes traumatizados, también se puede contagiar de una generación a la siguiente, exacerbándose en pandemia y dañando las relaciones sociales como ocurre en el caso de Eva, la hija del Guardia Civil sobreviviente de terrorismo. Una desconfianza que genera estrés y ahora se relacionará con la posibilidad de contagio, reforzando el aislamiento de las víctimas.

“Cuando empezamos a salir en la nueva normalidad estaba mucho mejor, pero sí que me volví como había sido durante el confinamiento. Mucho más restrictiva (...). Ya no tenía ganas, no aguantaba a nadie. Yo salía con mis amigas de siempre y ya está, tampoco me hacía gracia que viniera gente... que yo en cuanto tuviera un poco de mala opinión de alguien ya pensaba yo “madre mía que este me va a contagiar porque yo se que este es un irresponsable, que no lleva cuidado” Me hacía yo sola una pelota y al final, me encerré más en mi grupo de siempre. (...) Pues eso, muy de empecé a juzgar a la gente por eso.”

“Yo estaba muy triste, me parecía que todo iba a salir mal. No de la pandemia, sino el curso, el carnet de conducir, las prácticas. Todo pensaba que iba a salir mal. Estaba más negativa que de costumbre con la situación del COVID, no de la enfermedad en sí sino de mi vida, del estrés de lo que tenía que conseguir, de mis objetivos en general (...) Me dio mucha ansiedad sacarme el carnet, pensaba que me iba a morir. Yo no sabía lo que era la ansiedad hasta ese punto. Después de la mini-depresión que pasé quise retomar todo. Empecé todo. Las clases prácticas, las prácticas, dar clases particulares, quedar con la gente. Y era como 80 cosas para delante y la ansiedad era como la pescadilla que se mordía la cola. Porque tenía una contractura del estrés, y me daba ansiedad ir al fisioterapeuta porque no encontraba tiempo (...) Creo que fue para compensar el tiempo perdido. Tuve mucho tiempo para hacer cosas, pero como nada me motivaba no había aprovechado ese tiempo, entonces necesitaba hacer muchísimas cosas para compensar, que tampoco funcionaba. Me sentía culpable por no haber sido productiva.”

8.8 Ser pacientes crónicos

En España se calcula que hay más de 20 millones de personas que son pacientes crónicos (INE, 2009). Muchas de las víctimas pueden ser pacientes crónicos y presentar miedo al contagio. Se ha demostrado que las condiciones crónicas preexistentes están fuertemente correlacionadas con la gravedad de la enfermedad de la COVID-19 y el ingreso en UCI (Liu, Chen, Liu, Nie y Lu, 2020), lo que ha sido ampliamente difundido por los medios y puede contribuir al miedo de estos pacientes frente a la enfermedad.

Según los estudios, presentar enfermedades pulmonares o cardiovasculares previas, puede ser un factor de riesgo para la enfermedad mental en tiempos de COVID-19 (Ausín, et al., 2020). Las personas con enfermedades crónicas han revelado manifestar repercusiones del confinamiento en relación con su vivencia emocional, sus recursos de afrontamiento, la información recibida, las dificultades para el autocuidado y el contacto/acceso a los servicios sanitarios (Prieto Rodríguez, et al., 2021).

La existencia de condición crónica de enfermedades puede ubicarse en el colectivo de las víctimas del terrorismo debido a las lesiones físicas y secuelas psicológicas asociadas al terrorismo, pudiendo las víctimas presentar ambas condiciones. Becker (2011) muestra la evidencia empírica que relaciona los ataques terroristas con el aumento significativo del estrés, cuyas consecuencias indirectas son

relevantes a la hora de tener en cuenta la salud de sus víctimas, pudiendo ser equiparables o incluso mayores a los efectos directos del terrorismo sobre la población. Las víctimas del terrorismo han podido presentar un estrés crónico tanto por la experiencia terrorista y sus consecuencias psicológicas, como por los procesos de victimización secundaria (por ejemplo, López, 2015). De igual manera, la pandemia se ofrece como una acumulación de estrés crónico, lo que los pone en peligro de desarrollar problemas de salud mental y físico. Así pues, la crisis generada por el COVID-19 puede amplificar los problemas existentes previamente.

Por otra parte, los trastornos mentales existentes en este colectivo también pueden dar lugar a enfermedades físicas. Por ejemplo, existen evidencias de los vínculos entre el TEPT y la enfermedad somática, y esto es apoyado por modelos biológicos y sus biomarcadores correspondientes (Buhmann, 2014). Asimismo, la literatura ha evidenciado que la prevalencia de pacientes con depresión y enfermedades médicas es elevada y la asociación entre ambas es bidireccional (Giner et al., 2014).

En España, el Estudio del impacto de COVID-19 en las personas con enfermedad crónica, elaborado por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), concluyó como la situación de emergencia sanitaria durante la pandemia, especialmente en el confinamiento, creó un caos en el sistema sanitario público implicando: 1- la cancelación o aplazamiento de consultas, 2- la dificultad para conseguir medicación y 3- la ruptura con la continuidad del tratamiento de pacientes con diversas patologías crónicas. Otra cuestión importante estudiada fue como a pesar de su estado de salud y de ser población de riesgo frente a la COVID-19, el 36,4% de los pacientes afirmaron haberse visto obligados a continuar acudiendo a su centro de trabajo, agravando la situación su malestar psicológico: el 40,6% de la muestra afirmó haber tenido la necesidad de acompañamiento psicológico durante el estado de alarma, aunque sólo un 3,4% accedió a este tipo de ayuda. Según los datos recogidos en el estudio, 1 de cada 4 pacientes no salió de su vivienda por miedo al contagio durante el estado de alarma.

A continuación, ofrecemos el testimonio de una mujer de 65 años, cuyo marido fue superviviente de un atentado, diagnosticada con estrés postraumático crónico y depresión. Además, ella presenta varias enfermedades crónicas (artritis, enfermedades respiratorias). Recientemente, ha estado hospitalizada con bronquitis durante la tercera ola de coronavirus.

“Al virus le tengo mucho miedo la verdad. Mi marido dice que no, pero yo sí le tengo miedo al virus, porque mira si me da a mí el virus conforme estoy yo, no aguanto ni 24h. Cuando me llevó mi marido al hospital, por

falta de respiración, yo me preguntaba por qué tenía esa falta de respiración, porque yo no he ido a sitios cerrados, ni al cine ni nada. Pero estaba preocupada por si podría ser el COVID. Mi marido me llevó al médico muy agobiada, así que estoy pasándolo muy mal. Ahora los dolores musculares que tengo son los primeros, de la artritis. La depresión es secundaria porque ahora al tener otra cosa mayor (se refiere a los dolores musculares y la bronquitis) parece que la depresión se queda a un lado, porque pienso en otra cosa mayor que tengo. (..) ¿Ese bicho de dónde habrá salido? (refiriéndose al COVID-19). Es que está el mundo entero lleno de eso. Cuando salgo a la calle me pongo dos mascarillas, la de abajo más pequeñita para que me tape la boca y la otra más grande, entonces así salgo un poco más tranquila. Pero vamos no estamos saliendo de todas maneras conforme estoy yo. La calle me da mucho miedo. Es que estamos muy altos (piensa en la incidencia de la tercera ola), hay mucho, es para tenerle miedo. Está todo liado. En el pueblo da miedo también salir. Mañana me toca el dentista. Yo entre los dolores que tengo, la desesperación sin poder salir a ningún lado porque me da miedo el virus y el agobio, estoy bastante mal.”

En este caso se transmite el miedo por el virus, la preocupación que conlleva el poder contagiarse, todo eso sumado a sus dolores crónicos y a la depresión, viéndose de este modo más afectada, de manera negativa, por no poder salir tanto por las medidas como por el miedo que ella tiene a salir y contagiarse, reduciéndose sus actividades y su movilidad, lo que hace que la situación sea más difícil de llevar. Se ha comentado que los pacientes con dolor crónico que tienen que estar, como cualquier ciudadano, en aislamiento/distanciamiento social debido a la pandemia por el COVID-19 pueden empeorar su cuadro físico y emocional (Micó Segura, 2020). En línea con lo anterior, en Junio del 2021, esta mujer de 65 años nos comenta:

“Ahora en el verano tengo una crisis más fuerte con mis dolores. Por las mañanas me levanto muy nerviosa, con muchos dolores. Creo que ha sido a raíz de ponerme la vacuna de Aztrazéneca. Me siento con dolores y me entran los nervios. Estoy triste, no salgo a la calle en el pueblo. En el pueblo la gente te huye, no te mira, evita casi saludar como si fueran a contagiarles, se separan de ti por la calle. Tienen miedo, todos tenemos miedo al contagio. No puedo distraerme, no puedo salir a la calle a tomarme un café, no tengo con quien. No sé como despejarme la cabeza. Todo el día en la casa. Mi situación de desespera, me baja mucho el ánimo. Me siento sola, solo tengo a mi marido. Mis hijos vienen poco por

miedo a contagiarnos. Mi cabeza no para de dar vueltas todo el día. No puedo disfrutar de nada.”

La pandemia supone la limitación de la vida en este tipo de pacientes crónicos (disminución de la actividad física, aislamiento social, estilo de vida poco saludable, menor acceso a servicios médicos) a consecuencia del miedo al contagio y de las medidas restrictivas. Todo esta situación daña la calidad de vida de las víctimas del terrorismo, como pacientes crónicos, pudiendo agravar tanto los problemas mentales existentes como los problemas de salud crónicos, los cuales se asocian entre sí, convirtiéndose en otra dimensión de vulnerabilidad del colectivo frente a la pandemia que deberá ser investigada.

8.9 Ser mujer y polivictimización

Tal y como ha alertado la ONU (2020), el COVID-19 “ha golpeado” tres veces a las mujeres: 1-por la salud, 2-por la violencia doméstica y 3- por cuidar de otros. Respecto a esto, hay evidencia sobre el modo en que, durante la pandemia, las mujeres han enfrentado cargas agravantes: están sobrerrepresentadas trabajando en Sistemas de Salud, continúan realizando la mayor parte del trabajo de cuidado no remunerado en los hogares, presentan elevados riesgos de inseguridad económica y hacen frente a mayores riesgos de violencia, explotación, abuso o acoso (OECD, 2020).

Las investigaciones sugieren un aumento en los casos de violencia doméstica desde el brote de COVID-19 (por ejemplo, Van Gelder et al., 2020). Se sabe que la violencia contra las mujeres tiende a aumentar durante cada tipo de emergencia, incluidas las epidemias. Las mujeres desplazadas, refugiadas (posibles víctimas del terrorismo) y que viven en zonas afectadas por conflictos son particularmente vulnerables a la misma. Asimismo, en la situación de la actual pandemia, la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconocen, en un informe reciente, que ser personal sanitario (dentro del cual un 70 % son mujeres) expone a estas personas a un mayor riesgo de sufrir problemas de estigmatización, discriminación, violencia física o psicológica y acoso.

Muchas mujeres víctimas del terrorismo relatan cómo, después de haber pasado por los estragos del terrorismo, queda el miedo a la violencia de otro tipo, a sentirse agredidas nuevamente. Este miedo se puede traducir en bloqueos, parálisis frente a la violencia de género en los hogares en tiempos de pandemia donde tienen que convivir con sus parejas que pueden ser presas de la ira y la frustración debido a la pérdida de trabajo, el confinamiento, la dificultad para

disfrutar de espacios de ocio y el aislamiento social, que hace que las mujeres pierdan sus redes de apoyo. Conjuntamente, se sabe que las víctimas de sucesos traumáticos presentan sesgos en el procesamiento de la información social. Ellas, ante una situación o interacción social determinada, codifican señales como amenazantes, realizan una atribución de intenciones de tipo hostil y llevan a cabo evaluaciones positivas ante la posibilidad de reaccionar de forma agresiva o pasiva, incluso pasivo-agresiva, todo lo cual facilita ser agredidas. En la crisis del coronavirus el miedo, la desconfianza e inseguridad de las mujeres puede reforzarse, no solo hacia sus parejas, sino hacia las personas en general, facilitando ser víctimas de agresiones en sus diferentes roles y ocupaciones.

Por otra parte, ser víctima del terrorismo predispone a sufrir otras formas de victimización (por ejemplo acoso escolar y laboral o violencia de género), siendo la polivictimización un hecho frecuente. En este sentido, datos de la OMS que estima, en el caso de los niños, que aproximadamente el 40% experimentan al menos un evento adverso; de ellos, los niños tienen un 60% de posibilidades de experimentar un segundo evento adverso (Kessler et al., 2010). Las experiencias adversas tienden a coexistir y persistir con el tiempo. La polivictimización pone en riesgo a las personas que la sufren de desarrollar más problemas de salud mental. Se sabe que la vulnerabilidad de la víctima se acentúa cuando hay un historial previo de sucesos traumáticos (Amor et al., 2002). Haber sufrido el terrorismo y otras formas de victimización puede llevar a que se aislen más en la crisis del COVID-19 y agravar el malestar preexistente. El siguiente relato es de la hija de un policía nacional, muerto en atentado terrorista, que sufrió acoso escolar de pequeña y nos relata cómo sus problemas en la interacción social se refuerzan en la crisis actual.

“Ahora (refiriéndose a la pandemia) me da miedo salir a la calle, buscar trabajo y que se metan conmigo como me ha pasado, que se sobrepasen conmigo. Yo de pequeña dejé de intentar hacer amigos, me daba miedo la soledad, el rechazo de la gente. Lo he vivido desde pequeña en los colegios aquí, en Murcia. Cuando nos vinimos a vivir aquí, después del atentado de mi padre en el País Vasco, se metían con nosotros porque veníamos de allí. Los niños nos decían etarras a mis hermanas y a mí. Yo era calladita y parada. La gente sabía que no tenía padre. Tenía miedo a no caer bien porque se metían conmigo. Me sentía muy insegura. Al final dejé los estudios muy pronto. Ahora, cuando voy por la calle, prefiero ir acompañada que sola, no sé estar sola. Estoy muy alerta con cualquier persona. En la pandemia más, claro. Me siento más protegida cuando alguien me acompaña en la calle (...). Con esto del corona me he sentido

más sola, más desprotegida. La verdad es que me callo ante la gente, me quedo bloqueada demasiadas veces.”

Asociados al miedo de las víctimas, hemos observado pensamientos negativos, tristeza elevada y una percepción exagerada de amenaza, que puede llevar a adoptar actitudes defensivas y victimistas que facilitan el recibir la violencia. Ese miedo a que pase algo malo, les conduce a una mayor posibilidad de sentirse victimizados ante nuevos modos de violencia.

Un asunto relacionado con el riesgo de recibir violencia, en mujeres víctimas del terrorismo, de modo indirecto, tiene que ver con la mayor prevalencia en este colectivo de trastornos mentales en comparación a la población general. Los hombres supervivientes de atentados, que padecen TEPT, pueden perpetuar violencia hacia sus parejas mujeres en la situación de pandemia. En la revisión de López y Fernández- Marrero (2019) se citan las investigaciones que demuestran como el TEPT (trastorno más frecuente en las víctimas) ha sido asociado a la ira y la agresión en muestras civiles y militares, en mayor medida en hombres que en mujeres. Existen estudios que demuestran que los síntomas de TEPT predicen la perpetración de la violencia de hombre a mujer a través de una percepción errónea de amenaza y una mala atribución de las intenciones de las parejas (McFall, Fontana, Raskind y Rosenheck, 1999; Orcutt, King y King, 2003; Taft, Schumm, Marshall, Panuzio y Holtzworth-Monroe, 2008, citado en López y Fernández- Marrero). Un creciente corpus de investigación también se ha centrado en cómo impacta el trauma en nuestra interpretación y procesamiento de la información y cómo, de ese modo, puede conducir a la ira, la violencia y la agresión en la pareja. Específicamente, la exposición al trauma y el TEPT pueden producir sesgos en niños y adultos (por ejemplo, Taft, et al., 2008; Taft, et al., 2017).

Tomando en conjunto estos hallazgos, López y Fernández- Marrero (2019) sugieren que el TEPT no solamente contribuye a percepciones erróneas de los demás en general, sino que, además, origina una mayor percepción de amenazas en las relaciones interpersonales que puede contribuir a la violencia en la pareja tanto física como psicológica. Es posible que en la crisis del coronavirus, los hombres víctimas del terrorismo traumatizados pueden sentirse amenazados por el comportamiento de sus mujeres con respecto a las medidas de seguridad, sentir miedo y desconfianza hacia el entorno y descargarlo con la pareja, estar sobresaturado por la convivencia en pareja en el confinamiento y la crianza de los niños, frustrados por las pérdidas económicas, entrar en mayor número de conflictos con la pareja y activar la ira como un mecanismo defensivo que conduce a la agresión, lo cual deberá ser investigado.

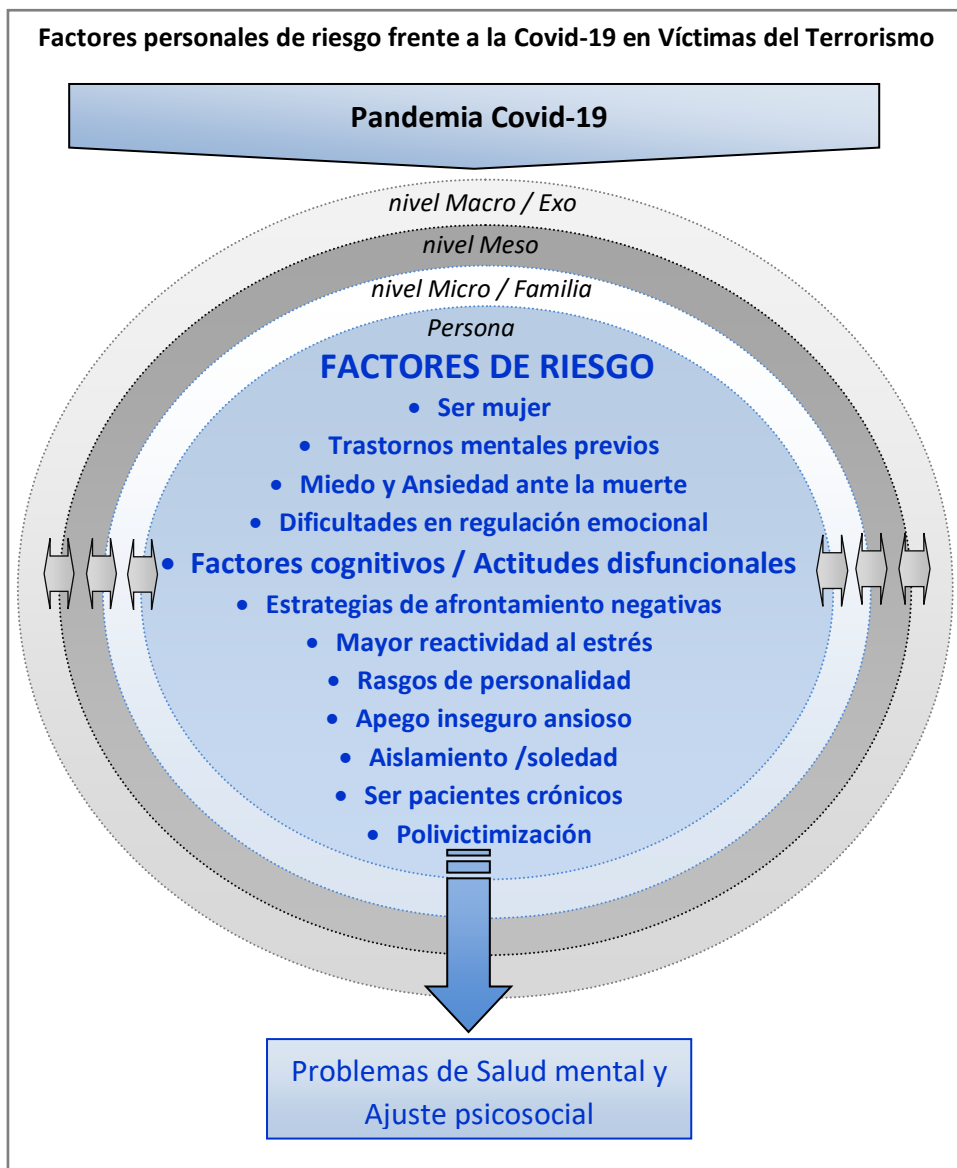


Ilustración 10: Factores personales de riesgo frente a la Covid-19 en Víctimas del terrorismo

En base a todo lo anterior, existen varios factores de riesgo en las mujeres víctimas del terrorismo que podrían llevarlas a sufrir la violencia y el acoso en el contexto de la pandemia actual, con el consiguiente daño para su salud mental: pertenecer al personal sanitario (recordemos en su mayoría mujeres), tener rol de cuidadora (sobrecarga), haber estado inmersa en relaciones de pareja marcadas por la desigualdad, la violencia y/o el abuso, convivir con una hombre que padece TEPT,

tener la condición de refugiada, inmigrante o pertenecer a minorías étnicas y haber sufrido otras formas de victimización.

FACTORES PERSONALES DE RIESGO EN VÍCTIMAS DEL TERRORISMO FRENTE A LA COVID-19:

- Actitudes disfuncionales previas /Factores cognitivos
- Miedo intenso y Ansiedad ante la muerte /Dificultades en la regulación emocional
- Existencia de trastornos mentales previos
- Aislamiento /soledad, falta de apoyo social
- Rasgos de personalidad (altos niveles de dependencia, autocrítica). Vulnerabilidad genética.
- Apego inseguro ansioso
- Estrategias de afrontamiento negativas (negación, rumiación, supresión de pensamientos, catastrofismo, evitación emocional y de lugares públicos, no buscar apoyo social, abuso de drogas y alcohol etc.)
- Mayor reactividad al estrés
- Ser pacientes crónicos
- Ser mujer
- Polivictimización

9. Los factores de riesgo y resiliencia en las familias

En este apartado hablaremos de cómo la pandemia puede impactar en las relaciones de parejas y familias, profundizando en las víctimas del terrorismo, cuyas relaciones en esta área pueden ser otra de las dimensiones de vulnerabilidad frente a la COVID-19. Siguiendo el modelo ecológico de Bronfenbrenner (2002) estaríamos hablando del nivel Micro, que incluye las interacciones de la persona con su entorno cercano. Pero las familias también forman parte del mesosistema, relacionándose con otros microsistemas. Se sabe que es más probable que los eventos estresantes de la vida afecten negativamente el funcionamiento familiar cuando son bruscos e inesperados, cuando son severos o persisten en el tiempo, o cuando se da una multiplicidad de factores estresantes que generan efectos acumulativos. Tanto el terrorismo y pandemia cumplen estas

condiciones debido a sus efectos en la salud física y mental, en la economía familiar, y al resto de consecuencias psicosociales. El modo en que se influyen ambos eventos dentro de la familia y/o parejas, y las consecuencias que generan deberán ser objeto de investigaciones futuras.

A continuación exploramos los factores de vulnerabilidad en las relaciones de pareja y de familia que pueden originar problemas de relación y consecuencias psicopatológicas. Al mismo tiempo, explicamos los factores de resiliencia familiar.

9.1 Factores de riesgo y resiliencia en la relación de pareja

Se sabe que los problemas de relación de pareja se han relacionado con la psicopatología, lo cual se ha argumentado ampliamente en este libro. Existen diferentes circunstancias en la crisis del COVID-19 que pueden conducir a dichos problemas en las víctimas del terrorismo.

En esta línea, los problemas económicos pueden convertirse en fuente de conflicto para las parejas que pueden experimentar una mayor incertidumbre ante el futuro. El terrorismo puede haber generado efectos económicos directos o indirectos que conducen a conflictos en la pareja. Como ejemplo de esta situación mencionamos el testimonio de una joven, en la actualidad de 26 años, que quedó huérfana de policía nacional muerto en atentado terrorista cuando ella tenía 5 años de edad. Pertenece a la familia Pérez Mendoza, caso del que hemos hablado en el capítulo III. A raíz de la pérdida del padre, la joven sufrió acoso escolar y tuvo problemas de rendimiento académico, por lo que abandonó los estudios muy joven. Se casó y tuvo hijos, también a edad temprana. La familia que constituye presenta problemas económicos, agudizados en la pandemia actual.

“Mi marido y yo teníamos problemas de antes como pareja, pero ahora (refiriéndose a la pandemia) todo se ha acentuado más. Quiero separarme y no puedo por problemas de dinero, no tengo estudios ni trabajo. Tuve mis tres hijos muy joven. Me siento atrapada en mi vida. No hay opciones de trabajo con el coronavirus. Estoy muy preocupada con mi situación. Me da miedo separarme y no saber qué será de mi vida. Las preocupaciones con todo me agobian, me cuesta dormir. La ansiedad me mata. Pienso que no puedo con todo esto. Me siento muy triste con todo lo que ha pasado, el futuro me asusta.”

El caso anterior nos muestra como los problemas de relación de pareja pueden acentuarse con la pandemia. La joven de este caso presenta un apego inseguro, posiblemente como consecuencia de la pérdida del padre a edad temprana y la

depresión en que quedó sumida la madre. Las hijas de esta familia afirmaron que durmieron con su madre durante años para acompañarla en su soledad. Posteriormente, es posible que la experiencia traumática del acoso escolar haya reforzado este tipo de apego.

Se sabe que las víctimas de terrorismo pueden presentar un apego inseguro ansioso. Según los investigadores que han explorado la temática del terrorismo (por ejemplo, Besser, et al., 2009), en las poblaciones que se exponen a traumas de este tipo los factores estresantes pueden haber causado lesiones en el apego. Con respecto a la pandemia, se ha encontrado que la seguridad del apego fue un factor de predicción importante del grado de satisfacción de las relaciones de pareja durante la época de los toques de queda y las restricciones sociales en la pandemia actual en Austria, Polonia, España y República Checa (Eder et al., 2020). Estos hallazgos corroboran estudios previos que han vinculado los estilos de apego a la calidad de la relación (por ejemplo, Mikulincer et al., 2002) y este efecto puede incluso incrementarse por los efectos estresantes de la crisis de la pandemia. Por consiguiente, las víctimas del terrorismo que tienen un apego inseguro pueden presentar un daño mayor en la calidad de sus relaciones de pareja durante la crisis actual.

Por otra parte, los hallazgos de Eder et al. (2020) confirman cómo la frecuencia de conflictos en una pareja durante la pandemia es un causante de la disminución de calidad de la relación de pareja, destacando la importancia de la dimensión "acuerdo" sobre otras dimensiones de las relaciones íntimas. Si tenemos en cuenta que se ha encontrado un aumento del nivel de conflictos en las parejas víctimas de violencia masiva (Meis et al., 2010; Monson et al., 2009; Taft et al., 2009), la pandemia puede reforzar estos conflictos. La investigación futura deberá profundizar en el papel del confinamiento en el hogar y la cuarentena obligatoria sobre los conflictos de pareja, el divorcio y la violencia de pareja en las víctimas del terror.

De este modo, hemos constatado en algunas parejas de víctimas un incremento en el nivel de los conflictos por el uso de las medidas de seguridad y la gestión de las salidas hacia el exterior de los diferentes miembros de la familia, las visitas a los amigos y el contacto con la familia extensa. A continuación proseguimos con el relato de una de las hijas de la familia Pérez-Mendoza, que refiere sus problemas de pareja durante la crisis del coronavirus.

“Tuve problemas con mi marido porque no respetaba la cuarentena. “Si yo te digo que no venga nadie no puede entrar nadie, tienes que respetar”-le dije. Ha arriesgado la vida de todos. Por no decir a un amigo o

un primo que no viniera a casa. En el confinamiento sentí que mi marido no valoraba a la familia, no supo valorar que la salud y la familia es lo primero. No ha sabido aprovechar este tiempo para estar con nosotros. Ha salido igualmente a la calle aunque no se pudiese. Ha sido una situación complicada y él no ha dado la talla. Me siento muy decepcionada con él. Me ha decepcionado como pareja y como hombre, como persona. Pudo habernos contagiado a todos, a sus hijos, a sus padres, a mí.” (Hija de policía nacional muerto en atentado terrorista, 2020).

En las parejas también puede haber problemas antiguos que se han intensificado por los efectos de las restricciones de Covid-19 o nuevas presiones sobre la relación que suponen las medidas restrictivas. El bienestar emocional puede verse afectado, expresándose verbalmente y a través de acciones, que tienen el potencial de agregar tensión a las relaciones.

También con relación a la intimidad de las parejas y su funcionamiento, se plantea que la pandemia de COVID-19 afecta indirectamente la función sexual con implicaciones en la salud en general (Pennanen-lire, et al., 2021). Muy recientemente la Asociación Británica de Psicología ha publicado una breve guía en la que explica el impacto de la pandemia en las relaciones íntimas argumentando que *“puede haber tenido un impacto particular en nuestras relaciones personales, íntimas y sexuales”*. Según este documento, las restricciones sociales y económicas asociadas con Covid-19 podrían afectar la frecuencia de las relaciones sexuales y lo agradable que es. Se plantea que las preocupaciones que genera la pandemia, junto con una incertidumbre general sobre el futuro, pueden aumentar o disminuir el deseo sexual. Igualmente, las emociones provocadas por la pandemia, como la culpa y la preocupación por exponer a los otros seres queridos al Covid-19 o la tristeza y la ira como respuesta a la experiencia de duelo, pueden tener un impacto considerable en la función y el deseo sexual.

En víctimas del terrorismo hemos observado como los miedos clínicamente significativos al contagio propio o a contagiar otras personas bloquean el acercamiento y la intimidad sexual en las parejas, como lo expresa, a continuación, la hija de un policía nacional muerto en atentado terrorista. En relación a esto, cabe resaltar que el deseo sexual está conectado con nuestro estado de ánimo y que en condiciones de hiperactivación nuestra sexualidad se puede bloquear.

“En el confinamiento me sentí aterrorizada (...). He llegado a no querer besar a mi pareja por miedo a la muerte, al contagio. Vivo con mi madre y tenía miedo de enfermarla. Me he negado a mantener relaciones sexuales

con él. Llegó un momento en que no podía ni tocarlo. El hecho de tocarlo me producía mucha ansiedad, tensión, pensaba que me contagiaría a mí o mi madre. Me quedaba paralizada cuando se acercaba. No podía controlar el miedo. Él no lo entendía claro, intentaba que razonase, pero yo no podía.” (Hija de policía nacional muerto en atentado terrorista, 2021).

Además, las necesidades sexuales insatisfechas pueden llevar a estrategias de afrontamiento inútiles y traer más presiones a la relación. Pasar día tras día juntos puede crear tensiones en las relaciones, incluidos aquellos que están en parejas normalmente amorosas. En la Guía de la Asociación Británica de Psicología se explica cómo puede haber parejas que se acaban de mudar juntas y, por lo tanto, están aprendiendo a vivir juntos en una época muy desafiante. Todo el mundo está bajo presión adicional en el momento y los efectos de la monotonía y las presiones para hacer frente a la crisis puede hacer que las parejas se vuelvan insensibles a los sentimientos, reacciones y sensibilidades del otro, lo cual puede confirmar la visión de una víctima del terrorismo de que el mundo es hostil e incrementar sus niveles de desconfianza.

La Guía de la Asociación Británica de Psicología guía teoriza sobre diferentes causas que pueden llevar al conflicto y problemas en las relaciones en tiempos de pandemia: las interferencias de la vida laboral; el problema del aburrimiento; la comunicación puede verse afectada por la temática del COVID que domina y limita las conversaciones y ser una barrera para la conexión de otras formas; el estrés asociado a la pandemia puede hacer que las personas se sientan agotadas emocionalmente y esta situación emocional provoque irritabilidad, frustración, ira y resentimiento. Debido a que las víctimas pueden presentar trastornos mentales preexistentes, el deterioro de los mismos debido a la crisis del coronavirus puede dañar la calidad de las relaciones.

También existe la posibilidad de que los miedos, el malestar y el control impuestos por la pandemia Covid-19 estén siendo experimentados por algunas personas como traumatizantes, en particular para aquellos que han experimentado otras situaciones traumáticas como el terrorismo. En estos casos la situación puede estar provocando un nivel de malestar elevado, debido a la presión de las circunstancias más amplias, y/o a cuestiones de control y poder dentro de las relaciones. Ese malestar puede dañar las relaciones. Es posible que las víctimas deseen controlar más sus relaciones frente a la inseguridad que presenten en la crisis actual. Pueden tender a la victimización o, incluso, la agresión si padecen de TEPT (López y Fernández-Marrero, 2019) o depresión. De cualquier manera, las desigualdades en el proceso de toma de decisiones es probable que conduzcan a

problemas psicológicos y emocionales que se desarrollan en la relación, se expresen o no.

Por otra parte, las reglas del confinamiento y las cuarentenas obligatorias, siempre cambiantes, tienen el potencial de causar problemas en nuestras relaciones cercanas. Las víctimas están experimentando diferentes niveles de malestar, miedo, incertidumbre frustración y preocupación por muchas razones, y es probable que a algunos les resulte difícil comprender y seguir las reglas sanitarias establecidas. Pueden existir conflictos en las parejas por las diferencias en el cumplimiento de las medidas de seguridad. Las decisiones que toma uno sobre cómo lo hacen o no siguen las reglas afecta al otro miembro de la pareja. El estrés en torno a las decisiones que tienen que ver con el cumplimiento de las medidas es probable que aumente cuanto más restrictivo sean las mismas y estará relacionado con factores variables en la situación de cada persona como: a-) como compromisos y acciones necesarias (por ejemplo, trabajo), b-) capacidad para tolerar la separación de sus seres queridos, c-) la necesidad de protegerse a sí mismo o a los miembros de la familia más vulnerables, d-) influencias comunitarias y culturales o creencias y confianza en los sistemas que crean las reglas.

En cualquier caso, el posible aumento de los conflictos en las relaciones de pareja en víctimas del terrorismo, producto de la pandemia, puede reforzar los miedos de las víctimas y las actitudes disfuncionales que se expresan en desconfianza, malestar, inseguridad y pérdida de control, convirtiéndose en dimensiones de vulnerabilidad frente a la pandemia.

Con respecto a la resiliencia de las parejas, la Guía de la Asociación Británica de Psicología concluye:

No hay duda de que el Covid-19 representa un desafío para todos nosotros y nuestras relaciones íntimas y románticas. Sin embargo, como cualquier desafío, también puede dar lugar a un crecimiento positivo y un cambio en las relaciones mientras enfrentamos juntos las demandas de la pandemia. Podemos descubrir que aprendemos nuevas cosas sobre nosotros mismos o sobre nuestra pareja, o ver que las fortalezas ocultas salen a la luz en estos tiempos difíciles. La pandemia puede presentarnos la oportunidad de ir más despacio y tomarnos el tiempo de pensar en las relaciones que son más importantes para nosotros. Es posible que durante el encierro se desarrollen nuevas habilidades en la relación, como mejores habilidades de comunicación, o que se centren en lo positivo y aprendan a "dejar pasar las cosas pequeñas."

Pensamos que se hace imprescindible valorar las áreas de resiliencia de las parejas de las víctimas del terrorismo en esta crisis, no existiendo actualmente investigación al respecto, que nosotros conozcamos. En última instancia no puede

olvidarse que el bienestar de la pareja afecta no solo la calidad de sus relaciones, sino que impacta en toda la familia, tema del que hablamos a continuación.

9.2 Factores familiares de riesgo y resiliencia frente a la pandemia

La pandemia representa una grave amenaza para el bienestar de los niños y las familias debido a los desafíos relacionados con la interrupción de la vida social, como la inseguridad económica, la carga de cuidado y el estrés relacionado con el confinamiento, que incluye factores como el hacinamiento o los cambios en la estructura y las rutinas (Prime, Wade, y Brown, 2020). También algunos autores mencionan variables familiares como factores que pueden convertirse en una fuente de estrés y causar alteraciones psicopatológicas en las familias. Por ejemplo, en la revisión de Brooks et al. (2020), se explica que algunos de estos factores de riesgo son: la falta de comunicación, la interrupción de la vida diaria familiar y social, la falta de apoyo social, el miedo a infectar a un ser querido, el aislamiento, los patrones de apego inseguro. Varios de estos factores están relacionados con la familia y su funcionamiento y ejercen estrés sobre la misma.

Al pensar en el coronavirus debemos considerar que niños y adolescentes no son capaces de valorar, en toda la dimensión requerida, el riesgo que implica la pandemia porque tienen limitada comprensión del evento, ni perciben el estrés como los adultos. En la revisión de Imran, Zeshan y Pervaiz (2020) se señala igualmente la importancia de los factores familiares y las condiciones socioeconómicas familiares, incluyendo el hecho de que sus respuestas a la pandemia dependen también de la previa exposición a eventos traumáticos, características culturales etc.. Además, depende de la etapa de desarrollo y maduración que estén atravesando.

Para examinar los posibles problemas de la pandemia de COVID-19 en el bienestar familiar y, por consiguiente, la adaptación del niño tanto a corto plazo, medio y largo plazo, tenemos que considerar que la adaptación de los niños depende, en gran medida, del clima general y las relaciones dentro de su familia (Browne, Plamondon, Prime, Puente-Duran y Wade, 2015). Lo anterior ha sido estudiado en familias víctimas del terrorismo (por ejemplo, Cobham et al, 2016; Henry et al., 2004; Lutz et al., 2007; Mowder et al. 2006; Stough et al., 2017; Wilson et al., 2010). Por lo tanto, comprender las formas en que el funcionamiento de un miembro de la familia (o díada) afecta el funcionamiento de otro miembro de la familia (o díada) es fundamental para comprender el impacto de COVID-19 en el bienestar de familias enteras.

Prime, et al. (2020) explican modelos sistémicos del desarrollo humano y funcionamiento familiar y vinculan la disrupción social debida al COVID-19 con la adaptación del niño a través de un proceso en cascada, que involucra el bienestar del cuidador y los procesos familiares (específicamente, organización, comunicación y creencias). Su modelo enfatiza múltiples niveles de organización ecológica; influencia no lineal; y múltiples determinantes probabilísticos de la salud mental y el bienestar tanto para las familias como para los niños. El modelo adoptado por Prime et al (2020) explica que la pandemia de COVID-19 influirá en la adaptación de los niños en forma de cascada: las interrupciones sociales de la pandemia generarán niveles elevados de malestar psicológico para los cuidadores, lo que afectará la calidad de las relaciones entre los cuidadores (de pareja); la relación padres e hijos; e, indirectamente, hermanos. Tales cambios en las formas de relacionarse las familias entre sí plantean un riesgo significativo para la adaptación de los niños, dada su dependencia de los procesos familiares positivos para una serie de resultados de desarrollo.

Según este modelo de Prime et al. (2020) las vulnerabilidades preexistentes dentro de las familias aumentan la susceptibilidad a los trastornos sociales y las secuelas de la pandemia, mientras que el bienestar familiar intacto o fortalecido servirá para proteger a los niños y las familias de tales factores estresantes. El modelo presentado está guiado por cinco principios clave. En primer lugar, la adaptación del niño está determinada de manera múltiple, con influencia de factores distales (p. ej., problemas sociales debido a COVID-19) y procesos proximales (por ejemplo, relaciones con otras personas cercanas, como miembros de la familia, maestros y / o compañeros; Bronfenbrenner y Morris, 2006). Se plantea que el riesgo contextual “se mete dentro de la familia” al alterar las relaciones interpersonales dentro de la familia (Browne et al., 2015, p. 398). A su vez, estas alteraciones del bienestar familiar “se meten debajo de la piel” y afectan los sistemas bioconductuales clave del niño en desarrollo y los resultados conductuales, sociales, cognitivos y emocionales asociados (Hertzman y Boyce, 2010, p. 330).

En segundo lugar, según Prime et al. (2020) considera el alcance social y económico de COVID-19. Un número significativo de cuidadores se están enfrentando a un aumento sin precedentes de los factores estresantes diarios, incluso si no se enfrentan al desempleo inmediato o la enfermedad, lo que representa una amenaza significativa para su bienestar y el de los niños, puesto que el bienestar de los cuidadores influye en los niños. En tercer lugar, las interconexiones entre los miembros de la familia significan que, a raíz de COVID, los factores estresantes que impiden el funcionamiento de un miembro de la familia pueden provocar cambios en el funcionamiento de todos los miembros de

la familia (considerando la teoría de los sistemas familiares, por ejemplo, Carr, 2015; Fiese et al., 2019). En cuarto lugar, existen procesos de mediación clave dentro de la familia que canalizan y/o modifican el riesgo que emana de la disrupción social, debido a COVID-19, al (mal) ajuste individual, lo cual puede afectar la adaptación del niño. En quinto lugar, la forma en que las familias se verán afectadas por la pandemia de COVID-19 será variable. Algunas familias serán más vulnerables a las secuelas de la pandemia que otras, de acuerdo a vulnerabilidades preexistentes, como familias con bajos ingresos, problemas de salud mental, necesidades especiales, y/o experiencias de racismo o marginación. En cambio, otras familias pueden experimentar resiliencia o crecimiento postraumático.

Nosotros hemos adaptado este modelo de Prime et al. (2020) a las familias víctimas del terrorismo desarrollando un Modelo de mediación de factores familiares y personales en el ajuste psicosocial de niños y adolescentes a la pandemia actual.

Para entender la situación específica de las familias víctimas del terrorismo, es necesario comprender que tanto el terrorismo como la pandemia significan un enorme desafío para las familias que conllevan alterar el equilibrio de las mismas y conducir a su reorganización. Pueden perturbar tanto la estructura como el funcionamiento familiar de manera profunda y duradera, alterando los patrones de la estructura familiar, la comunicación, la asignación de roles, el sistema de creencias positivas de las familias vinculadas con la seguridad y la protección, aumentar el número de conflictos, dañando el clima familiar y creando pautas disfuncionales de interacción. Ambos eventos pueden generar un nivel de estrés elevado en los cuidadores y conducir a la psicopatología parental. Un principio fundamental aquí es que los vínculos entre las dificultades, el bienestar del cuidador, el bienestar familiar y la adaptación de los niños no son unidireccionales; más bien, los vínculos operan dentro de un sistema que se refuerza mutuamente, por el cual el estrés y la disrupción en un dominio engendran lo mismo en otro.

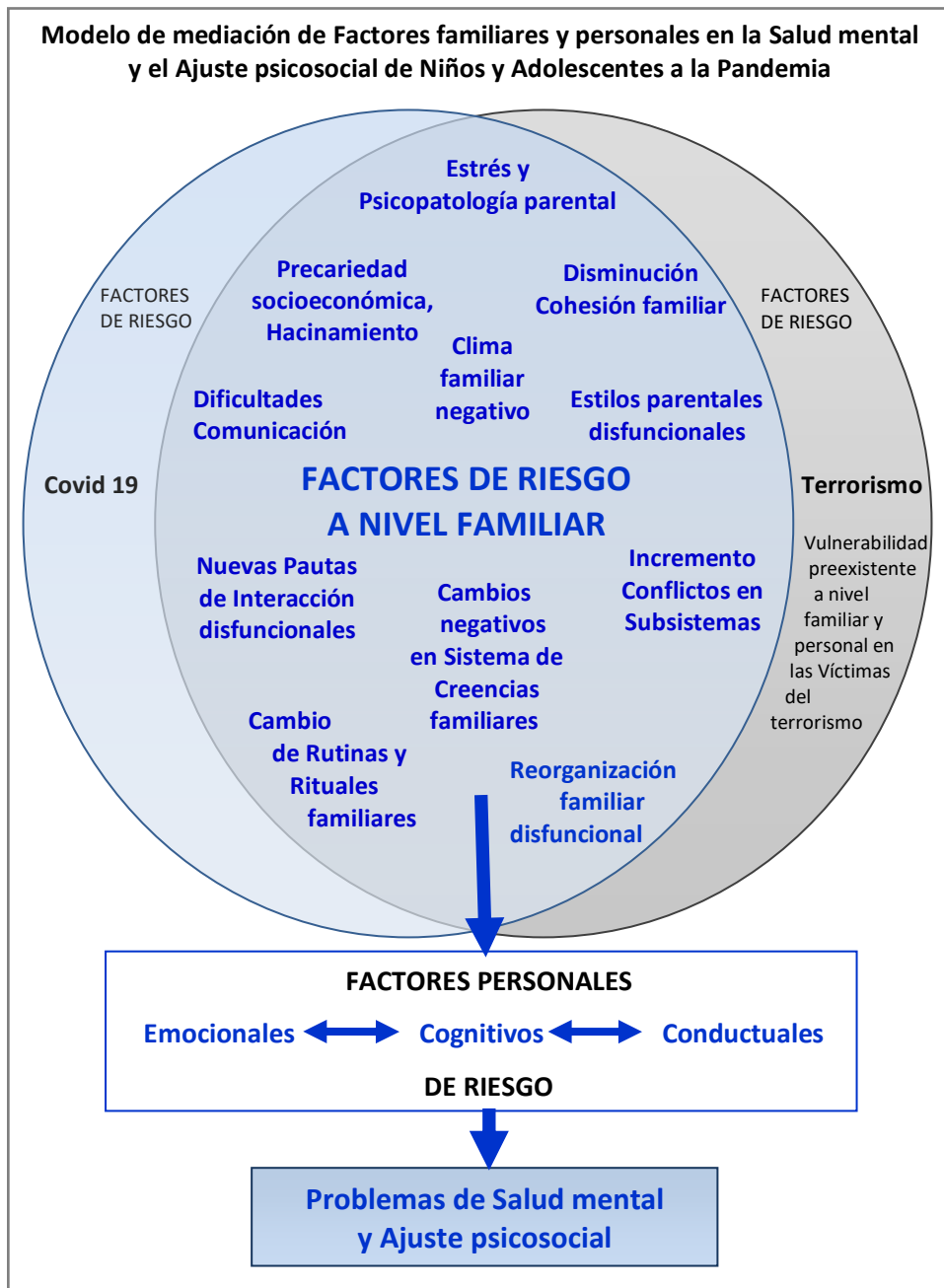


Ilustración 11: Modelo de mediación de Factores familiares y personales en la Salud mental y el Ajuste psicosocial de Niños y Adolescentes a la Pandemia del covid-19 en víctimas del terrorismo

En la familias que han sufrido el terrorismo, previamente a la pandemia, puede existir una mayor vulnerabilidad caracterizada por problemas socioeconómicos debido a los efectos económicos del terrorismo (directos o indirectos), enfermedades crónicas y otras enfermedades físicas, problemas de salud mental, bajo nivel cultural, bajo nivel formativo, hacinamiento, experiencias de racismo y marginación, pocas redes de apoyo social-comunitario, alta conflictividad familiar, dificultades en la resolución de problemas y conflictos, déficits en la comunicación, reorganización disfuncional de la familia, rigidez, baja cohesión y apoyo o exceso de aglutinamiento, sistema de creencias negativos acerca de la peligrosidad del mundo, la desconfianza hacia los otros y la falta de control sobre la vida. Estas vulnerabilidades preexistentes se han desarrollado ampliamente en el capítulo III de este libro. Al mismo tiempo, hemos explicado en este apartado que las víctimas presentan una serie de factores de riesgo personal que les puede conducir a un mal ajuste psicosocial frente a la pandemia (actitudes disfuncionales, alta emocionalidad negativa dentro de la que se incluye la ansiedad ante la muerte, trastornos mentales previos, mayor reactividad al estrés, apego inseguro- ansioso, rasgos de personalidad negativos como dependencia, autocrítica, vulnerabilidad genética, estrategias inadecuadas de afrontamiento, polivictimización etc.)

Pensamos que estas vulnerabilidades previas en las familias víctimas del terrorismo, asociados a los factores personales de riesgo en las víctimas, les predisponen a desarrollar más secuelas a raíz de la pandemia, especialmente a los niños y adolescentes. Estos son más susceptibles a los cambios y desafíos que supone la pandemia actual y más dependientes del sistema familiar para su formación, estabilidad y maduración. Los factores familiares son de suma importancia para los niños que, en la crisis actual, están construyendo sus cogniciones acerca de la seguridad del mundo, de los seres humanos, de sí mismos como capaces de hacer frente a los desafíos de la realidad y de la esperanza en el futuro. Los efectos socioeconómicos, políticos y sanitarios de la pandemia pueden generar un mal clima familiar, relaciones conflictivas, estilos educativos disfuncionales, problemas en la comunicación, estrés y la psicopatología familiar, junto a otros factores familiares. Esta situación puede llevar al origen de factores cognitivos de riesgo en adultos, niños y adolescentes para el ajuste frente a la pandemia (creencias negativas acerca del mundo, de los demás, de uno mismo y del futuro, mayor percepción de amenaza, preocupaciones excesivas, pensamientos negativos etc.). Recordemos que estas cogniciones pueden existir en las víctimas previamente debido al impacto del terrorismo y de los trastornos mentales asociados y que se pueden exacerbar en la pandemia. Los modelos cognitivos han sido ampliamente utilizados para explicar el origen de la

psicopatología en las víctimas de sucesos traumáticos, por ejemplo para el TEPT, la depresión y los trastornos de ansiedad.

Por otra parte, el estado de estrés y malestar de los padres y la situación familiar disfuncional puede crear factores emocionales de riesgo en toda la familia, en particular en niños y adolescentes (alto nivel de emocionalidad negativa: miedo, ansiedad ante la muerte, miedo al contagio, ira, tristeza, ansiedad, soledad, abandono, desamparo, indefensión, desconfianza, indignación, frustración, impotencia, cansancio, etc.). La familia es esencial para ayudar a que los niños puedan aprender a regular sus emociones frente a la crisis del coronavirus. En última instancia, la situación de las familias víctimas del terrorismo y el estado de salud mental de los cuidadores son clave para facilitar un procesamiento cognitivo de la pandemia en la población infanto-juvenil y, por supuesto, para garantizar el procesamiento emocional que puede llevar a una buena adaptación frente a la misma, favoreciendo el ajuste psicosocial y la resiliencia.

A continuación explicamos los factores de riesgo más significativos dentro de las familias de las víctimas que pueden reforzar las consecuencias psicopatológicas del terrorismo en la pandemia actual y/o generar nuevos problemas mentales. Asimismo, profundizamos en las variables que pueden agravar los problemas de relación, estructura y funcionamiento existentes en la familia previamente o generar nuevos problemas en la misma. En particular, abordamos la relación entre estos factores familiares y los problemas en el ajuste psicosocial de los niños y adolescentes dentro de los que se encuentran la sintomatología postraumática, depresiva, ansiosa, irritabilidad, problemas de sueño y de conducta, abuso de alcohol y cannabis en adolescentes, etc. Por último, explicamos los procesos relativos a la resiliencia familiar frente al COVID-19.

9.2.1 Factores de riesgo a nivel familiar

1) Condiciones socioeconómicas

Existe evidencia convincente de que la adversidad en el contexto socio-familiar tiene consecuencias negativas en la adaptación de los niños a través de la tensión que ejerce sobre los procesos familiares (Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

Durante tiempos de agitación económica generalizada, el estrés financiero impacta a las familias directamente a través de la pérdida de empleos individuales, así como indirectamente a través de la incertidumbre sobre la economía nacional y/o las tasas de desempleo locales (Schneider et al., 2015, 2017). Por supuesto, estas preocupaciones económicas ocurren junto con factores estresantes relacionados con las consecuencias sanitarias y sociales del COVID-19. Estos

incluyen amenazas a la salud de uno mismo y/o de sus seres queridos, reducciones en el apoyo social fuera del hogar y cambios en los roles y/o rutinas laborales, así como la carga de los cuidadores para satisfacer las necesidades sociales y educativas de los niños con cierre de escuelas y guarderías locales

En esta dirección, se hace necesario considerar que las implicaciones económicas de la pandemia ejercen presión sobre muchas familias, lo que representa una grave amenaza para la salud mental y facilita un aumento de problemas de salud mental, los trastornos por abuso de drogas, la conducta suicida y la violencia doméstica (ver Dubey et al., 2020). La presión económica en la familia se relaciona con un mayor malestar emocional de los padres y una crianza dura, con consecuencias para el ajuste conductual de los niños (Neppl, Senia y Donnellan, 2016). Este proceso también se ha demostrado en diversas poblaciones, incluidas diversas estructuras familiares, orígenes étnicos y ubicaciones geográficas (Masarik y Conger, 2017).

2) El estrés y psicopatología parental

Aunque actualmente se desconoce el impacto de la pandemia en el bienestar familiar, más de un tercio de las familias han informado que se sienten mucho o extremadamente ansiosas por el estrés familiar resultante del confinamiento relacionado con COVID-19 (Statistics Canada, 2020).

Spinelli, Lionetti Pastore y Fasolo (2020) encontraron que el impacto de la cuarentena en los problemas emocionales y de comportamiento de los niños está mediado por el estrés individual y diádico de los padres (relaciones de pareja), con un efecto más fuerte de este último. La falta de apoyo que estos niños reciben en un momento tan difícil puede ser el motivo de presentar síntomas psicológicos clínicamente significativos. En la misma línea, los hallazgos de Brown, Doom, Lechuga-Peña, Watamura y Koppels (2020) demuestran como la existencia de mayores factores estresantes relacionados con el COVID-19 y los altos niveles de ansiedad y los síntomas depresivos en los niños se asocian con un mayor estrés percibido por los padres. Este nivel agudo de estrés al que se enfrentan los cuidadores es motivo de gran preocupación dado el sufrimiento y los comportamientos asociados (p. ej., consumo de sustancias) que puede causar en los propios cuidadores, así como el vínculo entre el bienestar del cuidador y el niño después de una adversidad grave (Chemtob et al., 2010).

Como otra muestra de los altos niveles de estrés que pueden darse en las familias víctimas del terrorismo que sufren la pandemia actual (recordemos que estas víctimas presentan mayor reactividad al estrés) a continuación presentamos el

testimonio de la mujer de un superviviente de atentado. Su marido presentaba un cuadro de TEPT y síntomas depresivos en el momento de la exploración.

“Mi marido ha sido demasiado estricto con las medidas de seguridad. Tenía miedo al contagio y ha sido difícil para la familia. Cuando llegaba con la compra, decía a los niños “no toquéis nada” y se ponía muy tenso. Creo que él ha estado muy estricto y rígido, nos restringía más de lo que había que hacer. A él las peleas de los niños le quitan tranquilidad. Le superan sus gritos, sus llamadas de atención. La atención de los niños es constante en el piso que vivimos. Cuando gritan, él tiene el sistema nervioso en un punto límite. La pandemia y este aislamiento está siendo duro para los dos. Él se ha sobrecargado con la situación. Está muy nervioso todo el día e irritable. Al final, me he tenido que cargar yo para no molestarle mucho. Se altera enseguida y se pone a la defensiva con todo.”

Como vemos en este caso, dentro de las familias de las víctimas del terrorismo, los niveles de estrés y ansiedad en los padres pueden aumentar significativamente con la pandemia y producirse un conflicto por el desempeño de los roles. Esta situación puede acentuarse en víctimas del terrorismo donde los pacientes traumatizados tienen menor vulnerabilidad al estrés, mayor percepción de amenaza, y niveles más altos de desconfianza, por lo que tienden a querer controlar más su entorno. Se sabe que las vulnerabilidades o rasgos de personalidad preexistentes pueden exacerbarse durante períodos de estrés, incluida la expresión de ansiedad, hostilidad, dominio, terquedad o rigidez (ver Randall y Bodenmann, 2017). Por lo tanto, esta situación puede modificar los estilos parentales, como se aprecia en el caso anterior, tendiendo a una mayor coerción y autoritarismo.

Por otra parte, en el contexto de epidemias virales con respecto a las familias, se conoce que los padres que presentan un problema de salud mental relacionado con el trauma, tienen hijos que presentan niveles de sintomatología cuatro veces más elevados, en comparación con aquellos/as que no han estado en confinamiento (Sprang y Silman, 2013).

Por último, los niños y adolescentes, cuyos padres tienen síntomas de TEPT y depresión que han sido víctimas del terrorismo, tienen el peligro potencial de sufrir maltrato infantil durante la pandemia. El miedo excesivo al contagio y a la muerte que pueden presentar sus padres, las dificultades en la regulación de las emociones, en particular de la ira asociada al TEPT, puede llevar a tener comportamientos de este tipo, como bien sucede en las personas traumatizadas

en el marco de la violencia masiva (por ejemplo Cobham et al, 2016; Leen-Feldner et al., 2011). Estos factores podrían llevar al maltrato de los niños en tiempo de pandemia, debido a que se ha planteado que, en las circunstancias de la pandemia y las medidas restrictivas que impone, tanto los niños pequeños como los mayores se vuelvan más exigentes, tienen que hacer frente a estos cambios y pueden mostrar impaciencia, molestia y hostilidad, lo que a su vez puede hacer que sufran violencia física y mental por parte de padres demasiado estresados y traumatizados (Dubey et al., 2020).

3) Estilos parentales disfuncionales

Con las adversidades significativas que enfrentan las familias durante la pandemia de COVID-19, es esencial un liderazgo familiar sólido, caracterizado por cariño, orientación y protección (Walsh, 2015). Desafortunadamente, este estilo se debilita en momentos de estrés e incertidumbre, lo que puede resultar en una tensión indebida en las relaciones entre padres e hijos. Estos estilos son claves en la formación de las creencias de los niños y adolescentes acerca del mundo, especialmente en la confianza en las demás personas, la seguridad y la protección, que son esenciales para prevenir la psicopatología. En esta dirección, los hallazgos de Brown, et al. (2020) demuestran como los altos niveles de ansiedad y los síntomas depresivos se asocian con un mayor estrés percibido por los padres y con una mayor probabilidad de perpetuar abuso infantil en tiempos de COVID-19. Por el contrario, un mayor apoyo de los padres y un mayor control percibido durante la pandemia se asocian con un menor estrés percibido y menor probabilidad de abuso infantil. Los resultados también indican diferencias raciales y étnicas en los factores estresantes relacionados con COVID-19.

El miedo al contagio propio o de los seres queridos puede impregnar toda la familia de las víctimas del terrorismo. Traducirse en conductas de sobreprotección extrema hacia los miembros, como se ha estudiado que ocurre frente a eventos terroristas, donde los estilos parentales se ven modificados, pudiendo estar marcados por la sobreprotección excesiva hacia los hijos (Cobham et al., 2016) ocasionando peores resultados de salud mental en función del temperamento de los niños (Wilson, et al., 2010). Esta sobreprotección en las condiciones extremas de pandemia puede agudizarse, como lo muestra el siguiente relato de una viuda de policía nacional, muerto en un atentado de ETA, que presentaba sintomatología clínicamente significativa de duelo traumático y estrés postraumático. Durante la pandemia ella presentaba grandes temores por la salud de sus hijos y nietos, mostrando conductas de sobreprotección hacia ellos y exigiendo a su hija el uso de mascarillas y severas medidas de desinfección.

“Cuando se pudo salir a la calle, después del confinamiento, ni mi hija ni mis nietos llevaban mascarilla en todas las ocasiones, cuando no era obligatorio aún. Eso me supuso un miedo horrible. No podía soportarlo, me faltaba el aire, me provocaba mucha ansiedad y preocupación mientras estaban en la calle, pensaba que se podían haber contagiado, que podían morir, quedarse mal del virus. Yo estaba encima de ellos para que desinfectaran todo como yo lo hacía, con mucha lejía. Me preocupaba de más por toda la familia. Yo sé lo que es perder a alguien querido. No me puedo ni imaginar perder alguno de mis hijas o nietos, me aterra esa posibilidad. He estado muy encima de todos para que se cuidasen, me decían que era demasiado pesada. Pero yo no me podía controlar.”

Los estilos caracterizados por la coerción, la dureza, la hostilidad, la sobreprotección se han vinculado a la aparición de problemas de salud mental en los niños que han sufrido el terrorismo, ocupando un papel clave en el origen y mantenimiento de estos problemas la pérdida de confianza en sus seres queridos y la inseguridad en el medio que les rodea, lo cual puede verse reforzado en la pandemia.

4) Las dificultades en la comunicación y disminución de la cohesión

Tanto en terrorismo como en pandemia se pueden generar dificultades en la comunicación relacionada con el suceso traumático, caracterizada por la poca claridad y la falta de intercambio emocional. En ambos acontecimientos se puede evitar expresar las emociones propias de los mismos y “normalizar” la experiencia como si no pasase nada; produciéndose el fenómeno de la conspiración del silencio. Los secretos familiares pueden dañar la comunicación en la familia. Esto es muy posible en familias donde tienen miembros en cuarentena, enfermos de COVID o han perdido algún miembro producto de la pandemia o el terrorismo. Pero también, puede suceder el otro extremo: conversaciones largas, profundas y detalladas sobre el terrorismo y el virus, que resultan especialmente contraproducentes en el caso de los niños. También, en ambos acontecimientos es importante apreciar la comunicación acerca de las creencias sobre el mundo, la seguridad y el grado de control sobre la vida, que se pueden dañar como consecuencia de estos eventos y que impactan profundamente en las relaciones familiares y se convierten en factores de riesgo clave para que aparezcan problemas de salud mental en los niños.

“Cuando el confinamiento se fue alargando mis padres empezaron a ponerse catastrofistas. Ellos tenían mucho miedo y mi padre necesitaba

informarse continuamente del tema. A mí me agobiaba bastante hablar con mi padre de esto, puesto que era tema de todas las comidas. Lo notaba nervioso y me lo contagiaba (...).“ (Hija de Guardia civil superviviente en atentado terrorista).

Además, el aislamiento y el embotamiento emocional de las víctimas que padecen TEPT y otros trastornos mentales pueden acentuarse. Es posible, entonces, perjudicar la comunicación, los niveles de expresividad, la intimidad de las parejas y el acercamiento emocional hacia los niños, dañando el apego, porque las personas están "en su mundo de preocupaciones, disociados de su experiencia emocional.

Los factores estresantes cotidianos generados por la pandemia pueden debilitar los sentimientos de unión, como un recurso importante para amortiguar el impacto negativo de la misma, disminuir el intercambio de emociones y el afrontamiento diádico, y comprometer la calidad de la comunicación. La falta de cohesión familiar se ha asociado con el aumento de los conflictos y un deterioro de los beneficios del apoyo social que se da entre los miembros de las familias (Hobfoll et al. 2008).

5) La redistribución de los roles

En casos de terrorismo hemos apreciado como los niños han asumido funciones parentales cuando uno de los progenitores murió o resultó herido en atentado. Es posible que estos roles se viesen reforzados con la crisis del coronavirus. De hecho, en el trabajo con las familias este año de pandemia hemos visto como los hijos de supervivientes de atentados reforzaron las actitudes de cuidado hacia sus padres (inversión de roles), mostrando mucha preocupación por la salud de los mismos, acompañada esta de un miedo excesivo a que suceda algo malo.

“Mi hijo mayor, que tiene ya más de 30 años, le tiene más miedo al virus que mi pequeño. Cuando va a entrar aquí (refiriéndose a su casa) lo veo yo con más miedo, pero no porque no se le pegue nada mío, sino porque tiene miedo de contagiarnos a su padre y a mí, que somos mayores (...). Se pone muy cuidadoso con su padre y conmigo de siempre. Es muy responsable, siempre se ha preocupado mucho de mí (...). Mi hijo estuvo con nosotros cuando mi marido fue destinado al País Vasco. Vivimos allí varios años. Mi marido fue policía nacional. Mi hijo era pequeño. Esa época fui muy dura para mí. Pasé mucho miedo y me enfermé de los nervios porque temía que nos pudiese pasar algo allí. Había tantos atentados o noticias de ello todos los días. Una vez hubo un atentado a nuestro lado mientras yo le paseaba por la calle con el carricoche. Salí

corriendo como una loca con él en brazos y dejé el carricoche. Después de eso no le saqué más a la calle a pasear. Lo ponía a coger el sol por los cristales de la entrada del edificio (dice llorando). Después vino el atentado de mi marido y entonces se confirmó lo que yo más temía (...). Él fue herido de gravedad, aún tiene metrallas en el cuerpo.” (Mujer de Policía nacional superviviente de atentado terrorista, 2021).

La inversión de roles ha sucedido en familias que han perdido algún ser querido producto del terrorismo. Por ejemplo, los huérfanos han tenido mucho miedo a que el progenitor que quedó vivo producto del terrorismo, pudiese enfermar y morir. En estos casos, la inversión de roles caracterizada por la sobreprotección hacia los padres se ve acentuada en la pandemia. Esta inversión conduce a malestar psicológico debido a la carga de las preocupaciones y problemas que son excesivos para los niños y adolescentes que la sufren, cuando perciben a sus padres estresados frente a la pandemia y necesitados de apoyo y cuidado. Además, puede llevar a conflicto entre los hermanos entre aquellos niños parentalizados y los que no lo están.

Asimismo, en la pandemia el cierre de colegios, por ejemplo, ha supuesto sobrecarga en los roles familiares, especialmente de las mujeres, ¿Cuál puede ser la situación de las mujeres víctimas del terrorismo? El siguiente testimonio corresponde a la esposa de un superviviente de atentado que presentaba TEPT y síntomas depresivos. En este caso veremos cómo se incrementa en la mujer, bajo la crisis del coronavirus, la llamada carga del cuidador que ha sido descrita en la literatura de investigación para referirse a la carga que afrontan las mujeres parejas de los pacientes traumatizados que puede conducirles a la enfermedad mental.

“En el confinamiento y mientras el colegio estuvo cerrado, yo he sentido mucho estrés y carga con los deberes de los niños. Me sentía y me cabreaba con la situación, con la sobrecarga de trabajo en casa. Mis hijas pequeñas no paraban de gritar y de pelearse entre ellas en el piso. Los del colegio nos exigían que mandásemos los deberes, mandando manualidades que no teníamos los materiales para hacer. Ahora no puedo más con esta situación, las restricciones siguen y estoy al límite. No aguanto más, no sé qué hacer. ¿Hasta cuándo va a durar esto? (se refiere a la pandemia). No voy a poder aguantarlo. Me deprime. Estoy baja de moral, triste, cansada. El estrés me ha dado crisis de ansiedad, ganas de vomitar, tengo náuseas, malestar, problemas para dormir. Pero ¿cómo lo hago?, ¿sobrecargo a mi marido? Si él se altera por cualquier cosa y no paramos de discutir. Al final siempre pienso que los hijos son mi máxima

responsabilidad, que me toca como mujer ocuparme más de ellos. Me siento culpable si no lo hago, aunque no llegue. A él las niñas le agobian fácilmente, se pone rígido, se altera. Antes (refiriéndose a antes de la pandemia) cuando se ponía muy nervioso se iba a correr, y al gimnasio. Pero ahora le da miedo ir por el COVID. Esta situación es dura para mí. Al final parece que tengo tres hijos en casa (se refiere al marido).” (Mujer de superviviente de atentado, 2021).

6) Incremento del nivel de conflicto

Cada miembro de la familia puede responder a una crisis tan grave como la generada por el coronavirus de modo diferente.

Estas diferencias, que pueden acentuarse en momentos de incertidumbre, abarcan varios aspectos: necesidades, deseos, expectativas, estrategias de afrontamiento, mecanismos de defensa, vulnerabilidad al Covid-19, tolerancia al riesgo, uso de medidas de seguridad, comunicación. Por consiguiente, pueden generar tensiones y conflictos dentro del sistema. En España, en un análisis de las características de la demanda del Servicio Psicológico de Atención Telefónica de la Ciudad de Ceuta, se encontró dentro de los motivos más frecuentes para recibir atención la aparición o intensificación de conflictos (familiares, conyugales y laborales) en un 42,9% de las personas atendidas. En el Servicio de Primera Atención Telefónica (SPAP) UN 19,6 % consultaron por dificultades de convivencia y conflictos familiares (Berdullas et al., 2020).

En este sentido, Francisco et al (2020), en un estudio que exploró la salud mental de los niños en tres países europeos (España, Italia y Portugal), los padres informaron que sus hijos discuten más con el resto de la familia durante el confinamiento en el hogar. Los autores explican como los padres pueden estar particularmente estresados en la crisis del COVID-19, existiendo una menor disponibilidad emocional de los mismos para apoyar a los niños, lo que aumenta las prácticas de crianza inadecuadas, como la hostilidad o la disciplina inconsistente (Barry et al., 2009). Por consiguiente, puede aumentar no solo la sintomatología de niños y adolescentes, sino la probabilidad de discutir con familiares.

Si este incremento de las tensiones y conflictos debido a la crisis del coronavirus sucede en familias sin problemas de relación previos, en las familias de las víctimas de sucesos traumáticos que pueden presentar mayores problemas de comunicación, mecanismos de defensa desadaptativos, existencia de trastornos mentales previos, menor reactividad al estrés (Kuraz et al., 2017) y dificultad para resolver problemas y conflictos, como sucede en familias afectadas por el

terrorismo (Carpenter et al. 2015; Gil-Rivas et al., 2007) sus áreas de disfunción pueden reforzarse.

De hecho, en la praxis clínica con las víctimas del terrorismo venimos observando, durante las diferentes olas en que se ha expresado la pandemia, el aumento de conflictos en las familias por el aumento del estrés familiar, los diferentes mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento utilizados frente a la crisis generada por el COVID-19 y por las situaciones que la misma plantea, hecho que deberá ser investigado en profundidad. En las familias hemos detectado un aumento de los conflictos y las discusiones debido al miedo excesivo, una mayor irritabilidad, preocupaciones, visiones catastróficas sobre el futuro, percepción y uso diferente de las medidas de seguridad, y el cansancio que produce la cronicidad de la situación, que ha llegado a sobrepasar los recursos familiares de afrontamiento. Incluso se habla de fatiga familiar frente a la pandemia. Algunos de estos elementos se evidencian en el siguiente testimonio de una viuda de policía nacional muerto en un atentado terrorista.

“He tenido conflictos con una de mis hijas, que no convive conmigo, porque usaba pocas medidas de seguridad con ella y con mis nietos. El cumplir con las medidas de seguridad se ha convertido en parte del problema en mi familia. Me ha decepcionado esta hija, porque no ha tomado una actitud como yo a la hora de proteger a su familia del virus, ha sido mucho más descuidada con la limpieza y la desinfección de la casa y de sus hijos. Me tenía en vilo todo el día. No podía dormir pensando que pudiese pasarles algo malo. Hemos discutido mucho y eso me ha dado mucha tristeza.”

Por otra parte, la sobreprotección frecuente en las familias de las víctimas, debido al miedo excesivo al contagio y la enfermedad, puede llevar a conflictos en el interior de las mismas producto a las demandas de autonomía de los adolescentes y jóvenes. La intensidad de la convivencia y el estado emocional de los adolescentes, que puede estar caracterizado por la ira que nace de la frustración de no poder interactuar socialmente o del uso excesivo de pantallas, puede llevar a incrementar la tensión dentro del sistema, generando conflictos. Estos pueden ver perjudicado su proceso de socialización, de separación e individuación y mostrarse excesivamente desconfiados al exterior cuando consiguen interactuar con sus semejantes. En algunos casos, hemos observado que este proceso de reiniciar el contacto con el mundo exterior después del confinamiento, en las familias que han sufrido el terrorismo, se ha dilatado mucho más tiempo de lo permitido socialmente, teniendo los adolescentes y jóvenes prohibidas o en menor grado las salidas al exterior y el contacto con los compañeros incluso cuando las

medidas sociales de restricción aplicadas permitían más libertades. De hecho, se ha llegado a prohibir hasta el contacto con otros familiares de riesgo como los abuelos. Toda esta situación ha podido llevar a tensiones y conflictos dentro del sistema. A continuación nos habla una joven hija de Guardia Civil con TEPT, sobreviviente de atentado, de cómo influyó a los dos hijos de la familia la actitud paterna.

“La tercera ola en mi casa fue la peor, murió una tía, una señora muy mayor ya de coronavirus. Pero a mi padre le sentó muy mal esto e hizo que estuviera todavía más en guardia de lo que estaba. Mi padre se volvió más catastrofista por eso. Porque siempre tiende a pensar que va a pasar lo peor, tiene la sensación de peligro inminente mucho antes de lo que lo tendría cualquier otra persona. Esta mucho más alerta. Ir a un centro comercial, para mi padre es ir tres o cuatro pasos por delante de mi familia porque sino el no se siente seguro, piensa que si el no va por delante, si nos pasa algo, no le va a pasar a él, nos va a pasar a todos. Solamente eso que ya es una tontería. Pues imagínate, en una pandemia. No nos dejaba salir de casa. Mi padre no nos dejó, literalmente, pisar el portal de la puerta de la casa durante varios meses. Para fuera solo salía él, porque imagínate que nos pasaba algo o nos contagiábamos. Nunca fuimos ni al súper. Me dio lástima con mi hermano, que tiene 14 años y no podía ver a nadie. Él se ponía irritable y se encerraba en la habitación con el ordenador. Se ha perdido parte de su adolescencia. Mi padre tiene todavía mucho miedo y la sensación de peligro, y por aquel entonces pensaba que mejor sale él a la calle para que no les pase nada al resto. Creo que los atentados le influyeron para tomárselo de esa manera (...) Al final, cuando pude salir a la calle, mi padre se volvió todavía más desconfiado de mis salidas. Me decía: ¡no, no, con esa gente no vayas! ¡Ten cuidado!”Se nos hizo difícil a todos vivir con él.”

Por último, se ha hipotetizado que las relaciones entre hermanos pueden sufrir como resultado de la pandemia de COVID-19 debido al impacto negativo de los factores estresantes relacionados con la pandemia en las relaciones matrimoniales y el comportamiento de los padres, con efectos secundarios en el subsistema de hermanos (Prime et al., 2020). Tal deterioro en la relación entre hermanos puede poner a las familias en riesgo de más interrupciones en las relaciones y estrés familiar. La reorganización de los roles en la familia puede llevar a conflictos en el subsistema de los hermanos. En víctimas del terrorismo, a muy largo plazo de sucedidos los atentados, hemos apreciado como se han producido conflictos entre los hermanos cuando un hijo se ha parentalizado, produciéndose celos y

rivalidades entre los mismos. Esta situación, en el contexto de la crisis del coronavirus, puede acentuar los conflictos entre ellos, por ejemplo, frente a las discrepancias en las medidas de seguridad, desempeño de roles y tareas etc.

7) Cambios profundos en las rutinas, rituales familiares y pautas de interacción

Los efectos de las medidas sanitarias inherentes a la crisis del COVID-19 están provocando cambios profundos en las rutinas y rituales familiares, tanto el confinamiento como las cuarentenas. En la revisión de Clemente Suárez et al. (2021), se deja claro que estar confinado durante la pandemia, especialmente por más de diez días, podría tener efectos adversos en la salud mental, particularmente en los niños que se vuelven menos activos y tienden a pasar largos períodos de tiempo frente a pantallas con patrones de sueño más irregulares y dietas deficientes. Por otra parte, los cierres de escuelas, las restricciones a los juegos infantiles estándar y la pérdida del contacto con los amigos pueden tener un impacto negativo en los niños y adolescentes, debido a la pérdida del contacto emocional (Shah, et al., 2020). Se ha encontrado que cuando los niños no están en la escuela, son menos activos físicamente, tienen una mala higiene del sueño y pasan más tiempo frente a las pantallas (Brazendale et al., 2017). Tal cual plantea Prime et al. (2020), en la crisis del coronavirus es necesario que los padres desarrollen de manera flexible nuevas rutinas, reglas y límites. El compartir tiempos juntos y realizar actividades comunes, así como estructurar el día se vuelve muy necesario. Las rutinas ofrecen sensación de control y seguridad a los miembros de las familias.

Por otra parte, en las familias pueden aparecer pautas disfuncionales en las circunstancias de la pandemia. El elevado estrés y la psicopatología parental pueden llevar a formas negativas de interacción frente a los niños y adolescentes, produciéndose círculos coercitivos en los que un padre reacciona de forma inadecuada ante un niño que se porta mal, lo que conduce a una mayor negatividad del niño y la eventual escalada del conflicto o la evitación de los padres. Con el tiempo, estos ciclos negativos de comportamiento se han relacionado con la mala calidad de las relaciones y la mala adaptación psicosocial del niño (Patterson, 2016).

8) Cambios negativos en el sistema de creencias familiares

Se sabe que las familias poseen un sistema característico de creencias familiares que guía cómo ven el mundo, atribuye significado a las experiencias de la vida y responde a las dificultades (Walsh, 2015). En respuesta a la pandemia de COVID-19, una situación sin precedentes, los sistemas de creencias de familias de todo el mundo están activados, funcionando para integrar estas nuevas experiencias en

dicho sistema. Las familias deberán de aceptar la realidad de la pandemia y aprender a convivir con ella, manteniéndose unidos y preservando el optimismo y la esperanza.

Pero la realidad del estrés psicosocial que impone la pandemia puede llevar a cambios negativos en el sistema de creencias familiar, o reforzar las creencias negativas existentes previamente en las familias de las víctimas del terrorismo dándose varios problemas que obstaculizan la adaptación a la pandemia: dificultad para aceptar la misma (empleando mecanismos de defensa como la negación, evitación etc.), incremento de la percepción del mundo como un lugar peligroso, inseguro, donde ocurren cosas malas; desconfianza hacia las otras personas, gobiernos, organismos e instituciones; inseguridad interna, creencias acerca de la incontabilidad del mundo y de uno mismo, catastrofismo y desesperanza. Además, debido a las restricciones y medidas sanitarias, se puede perder contacto con la familia de origen y el resto de la familia extensa, perdiendo redes de apoyo y experimentando una disminución de la cohesión familiar. Esta última también puede dañarse por el incremento de los conflictos, que a su vez afecta negativamente las creencias asociadas a la seguridad y confianza en las personas cercanas (pareja, padre e hijos) y se pueden generar lesiones en el apego, en particular en niños y adolescentes. Estos cambios en las creencias, y las emociones asociadas, pueden crear situaciones de miedo excesivo, ansiedad elevada e incertidumbre en el interior de las familias y originar problemas en la regulación emocional de los adultos, niños y adolescentes, lo cual confirmará la visión negativa sobre el mundo y la propia incapacidad para controlarlo. Consideramos que estos procesos son particularmente importantes para los niños cuyas creencias acerca del mundo, de las demás personas y de sí mismos se encuentran en proceso de formación.

FACTORES FAMILIARES DE RIESGO EN VÍCTIMAS DEL TERRORISMO:

Condiciones socioeconómicas: desempleo, pérdida de ingresos, precariedad económica, pérdida o disminución de redes de apoyo social-comunitario.

Estrés y psicopatología parental: Estrés individual y conflictos de pareja; el estrés causado por tener los niños en casa, psicopatología parental con respecto a la COVID-19 o deterioro de los síntomas preexistentes asociados al terrorismo: síntomas postraumáticos, depresivos, ansiosos, abusos de sustancias y duelos traumáticos que refuerzan el estrés parental.

Estilos parentales menos funcionales: sobreprotección, dureza, coerción, autoritarismo, disciplina inconsistente

Dificultades en la comunicación: falta de claridad y de intercambio emocional con respecto a COVID-19 y en general, secretos familiares, conspiración del silencio, comunicación excesiva sobre COVID-19, poca expresión de emociones positivas y afecto en general. Problemas en comunicación sobre las creencias acerca del mundo, la seguridad y el control sobre la vida

Disminución de la cohesión familiar: disminuye la capacidad de apoyo de la familia como factor amortiguador del estrés de la pandemia debido a las dificultades en la comunicación, los estilos parentales disfuncionales, el estrés y la psicopatología parental, el incremento de los conflictos etc.

Reorganización familiar y redistribución de roles disfuncional: sobrecarga e inversión de roles, rigidez familiar en la reorganización frente a la crisis.

Incremento del nivel de conflicto: conflictos provocados por la diferencia entre los miembros de la familia con respecto a la respuesta frente a la COVID-19 en lo que se refiere a necesidades, deseos, expectativas, estrategias de afrontamiento, mecanismos de defensa, vulnerabilidad al Covid-19, tolerancia al riesgo, uso de medidas de seguridad, comunicación. Otras fuentes de conflicto derivan de condiciones socioeconómicas; estrés parental individual y diádico; psicopatología parental y en los niños; reorganización familiar; sobrecarga de roles; estilos educativos disfuncionales; alta emocionalidad negativa, nivel elevado de preocupaciones y creencias diferentes acerca del mundo, de los demás. Conjuntamente puede existir sobresaturación emocional durante el confinamiento en la familia debido a la intensidad de sus relaciones; la posibilidad de un menor uso de estrategias de escape y evitación en el confinamiento y durante etapas de medidas restrictivas, mayor nivel de conflicto entre hermanos y disminución de la cohesión familiar.

Cambios profundos en las rutinas, rituales familiares y pautas de interacción: En el contexto del Covid- 19 puede existir rigidez en el cambio de rutinas, reglas y límites. También pueden aparecer dificultades en la creación de nuevas rutinas y pautas de interacción circulares disfuncionales en las parejas y entre padres e hijos, que pueden llevar a conflictos.

Cambios negativos en el sistema de creencias familiares: dificultad para aceptar la pandemia, percepción del mundo como un lugar peligroso, inseguro, donde ocurren cosas malas, desconfianza hacia las otras personas, inseguridad interna, creencias acerca de la incontrolabilidad del mundo y de uno mismo, desesperanza.

9.2.2 Factores de resiliencia en el contexto familiar

Así como las relaciones familiares pueden servir como una vía a través del cual diferentes escenarios de riesgo impactan el ajuste psicosocial, también pueden servir como un amortiguador contra una multitud de factores de riesgo del contexto social apoyando la adaptación del niño frente a la adversidad que supone el COVID-19, lo cual se ha constatado en diferentes sucesos traumáticos como el conflicto armado (Dimitry, 2012) incluso el terrorismo (Feldman y Vengrober, 2011; Gil-Rivas et al., 2007; Scheeringa, et al., 2015).

Las relaciones estrechas dentro de la familia pueden ayudar a disminuir el impacto de circunstancias desfavorables dentro del sistema familiar (o subsistemas) como los que hemos descrito. Prime et al. (2020), guiado por el enfoque de resiliencia familiar de Walsh (2015), conceptualiza el bienestar familiar en tiempos de pandemia mediante tres procesos generales: (a) comunicación (información clara, intercambio emocional, resolución colaborativa de problemas, afrontamiento diádico y familiar), (b) organización (adaptabilidad, conectividad y acceso a recursos sociales y económicos) y (c) sistemas de creencias (creación de significado, esperanza y espiritualidad). Se supone que estos procesos se interrumpen o alteran en muchas familias en el contexto de la pandemia. También pueden servir como fuentes de resiliencia. Por ejemplo, se ha demostrado que la calidad de las relaciones familiares de los niños ayuda a los mismos a afrontar desastres y otras adversidades graves (Masten y Narayan, 2012). Por lo tanto, la resiliencia puede ser más probable si se preserva o mejora el bienestar familiar durante este tiempo.

Prime et al. (2020) enfatiza la centralidad de los procesos familiares en la protección contra el riesgo en el contexto de COVID-19, así como en la promoción de la resiliencia a través de creencias familiares compartidas y relaciones cercanas. Consistente con marcos sistémicos en torno a las tendencias de las familias a adaptarse frente al desafío de la pandemia, estos autores enfatizan como todas las familias estarán haciendo lo mejor que saben y pueden para mitigar la cantidad y el tipo de interrupción que se está dando (Walsh, 2015). Al menos dos procesos generales en la resiliencia familiar apoyará este fenómeno: (1) la construcción y mantenimiento de relaciones familiares que compensan las consecuencias de la situación de la crisis del coronavirus que es altamente estresante, y (2) la optimización de los sistemas de creencias familiares al proporcionar un marco de comprensión de eventos relacionados con COVID-19.

Con respecto al primer punto, entendemos que no todas las relaciones dentro de la familia pueden verse afectadas para conseguir que los niños puedan adaptarse a

condiciones estresantes. De hecho, un solo apoyo en la relación, incluso en un contexto de mayor riesgo, puede ser suficiente para compensar los efectos del estrés en los niños. Por ejemplo, el apoyo de los hermanos frente a los conflictos paternos se muestra como protector. Es importante tener en cuenta que el efecto protector de las relaciones familiares se extiende más allá de la familia de origen. El apoyo social de la familia extensa y los amigos disminuyen el malestar del cuidador y también su impacto en los comportamientos de los padres (McConnell, Breitkreuz y Savage, 2011). Desafortunadamente, el distanciamiento social implica que muchas familias están aisladas, al menos físicamente, de esas redes de apoyo. Aunque algunas relaciones se pueden mantener a través de una conexión virtual otros no lo harán. Esto representa una pérdida significativa de apoyos sociales fuera de casa.

Con relación al segundo punto, Walsh (1998, 2015) destaca tres áreas críticas en el que las creencias familiares estarán implicadas en la respuesta a la COVID-19, favoreciendo la resiliencia: (a) dar sentido a la adversidad, (b) fomentar una actitud positiva, y (c) trascendencia y espiritualidad.

En la pandemia, las familias se han encontrado con múltiples focos de estrés. Según Prime et al. (2020), ellas se adaptarán mejor sin pueden "dar sentido" al desastre mediante la incorporación de eventos en su cosmovisión existente, o modificando sus puntos de vista, de una manera que promueva la salud, la unión y un sentido de coherencia. Este autor considera que esta voluntad será mayor cuando las familias: 1-) se ven a sí mismas como "unidas"; 2-) consideran su difícil situación actual como específica, no la culpa de cualquier persona, limitada en el tiempo y manejable; 3-) se resisten a pronosticar repetidamente el peor de los casos; 4-) minimizan el pensamiento catastrófico (por ejemplo, insistir en la naturaleza espantosa o terrible de los acontecimientos (Beck, 2008; Don y Mickelson, 2012). Este estilo de afrontamiento, destaca aún más el papel de socialización de los padres en las creencias familiares (Walsh, 2015). Consideramos que estos procesos son particularmente importantes para los niños cuyas creencias acerca del mundo, de las demás personas y de sí mismos se encuentran en proceso de formación.

Según Prime et al. (2020), es necesario establecer una narrativa coherente sobre COVID-19, lo cual implica que los padres usen una comunicación transparente, tomando en cuenta la maduración y desarrollo de los niños (Dalton, Rapa y Stein, 2020). Esto puede incluir, por ejemplo, discusiones centradas en las emociones sobre los cambios en curso dentro la familia y la sociedad que permitan compartir y normalizar los sentimientos difíciles, así como la tranquilidad. En conjunto, estas orientaciones pueden ayudar a las familias a abrazar la esperanza durante este

momento difícil, con el correspondiente optimismo y un sentido compartido de unidad familiar. Además, también es posible que compartan experiencias familiares de lucha y hacer frente a este importante desafío de la vida puede conducir a una transformación familiar que conduzca al crecimiento postraumático (Calhoun y Tedeschi, 2014; ver Masten, 2016).

Por último, como lo ilustra Walsh (1998, 2015), experiencias y creencias trascendentes, que pueden incluir los valores, la moral y la espiritualidad, tienen un papel importante en la facilitación de la resiliencia familiar. Lo anterior es posible al proporcionar una vía directa a través de cuyas adversidades se transforman en narrativas significativas, yendo más allá de uno mismo y de la difícil situación inmediata para cada persona en particular. De este modo, se tiene la oportunidad de promover la esperanza y el optimismo por el futuro.

En particular, la espiritualidad es un constructo general que abarca tanto experiencias religiosas como no religiosas, como la oración o la meditación, la comunión con la naturaleza, las artes expresivas y otras formas de inspiración trascendente (Walsh, 2015). Esta literatura sugiere que la capacidad de ver de manera coherente la pandemia en un marco metafísico familiar compartido probablemente sea más adaptativo para las familias.

En conjunto, está claro que las relaciones familiares (y la seguridad emocional que surge en las mismas) y las creencias familiares son implicadas durante el estrés y los acontecimientos importantes de la vida. Prime et al (2020) enfatiza cómo las familias con fortalezas preexistentes en las relaciones, aquellos que pueden mantener la cercanía a pesar del mayor estrés familiar, y aquellos que construyen cercanía a través de la ayuda de profesionales u otros apoyos sociales probablemente evidenciarán un mejor afrontamiento y resiliencia durante este tiempo sin precedentes. Conservar y/o construir relaciones familiares de apoyo y sistemas de creencias les dará a los niños la oportunidad de confiar en personas cercanas. Por otra parte, compartir actividades familiares agradables hace que se beneficien del apoyo de regulación emocional de sus padres. Estas oportunidades proporcionarán a los niños conexión y crecimiento durante estos momentos emocionalmente difíciles, ayudándoles no solo a sobrellevar la situación, sino a crecer junto con sus miembros de la familia. Consideramos que este es un gran desafío en que los profesionales deberemos de trabajar con las familias víctimas del terrorismo que parten de vulnerabilidades previas.

En esta línea, las investigaciones han descubierto que la familia también puede actuar para disminuir el impacto negativo de la pandemia. Como evidencia de lo anterior tenemos un estudio efectuado en Egipto (El-Zoghby et al., 2020), con el

objetivo de evaluar el impacto de COVID-19 en la salud mental y el apoyo social entre los adultos durante el período de la pandemia. En esta investigación se descubrió que solo el 24.2% de los participantes reportó un mayor apoyo de amigos, mientras que se constató un aumento del apoyo de miembros de la familia (40.6%). El 46.5% compartió sus sentimientos con los miembros de la familia, mientras que 34.5% los compartió con otros. El cuidado de los sentimientos de los miembros de la familia aumentó en un 64.7%. Sin embargo, este estudio está basado en población general y no en víctimas del terrorismo, ni cualquier otro tipo de poblaciones traumatizadas cuyas relaciones puedan estar marcadas por un mayor nivel de conflictos, problemas en la comunicación y dificultades para resolver problemas.

En resumen, para comprender las supuestas consecuencias de la pandemia en el bienestar familiar, se debe considerar la influencia de todos los factores estresantes a nivel de la familia en su conjunto. El principio emergente de un todo familiar ha sido descrito por los teóricos estructurales como el todo (familiar) como algo mayor que la suma de sus partes. En el marco de la pandemia actual pensamos que las familias y parejas de las víctimas del terrorismo pueden exacerbar sus problemas relacionales, lo cual deberá estudiarse en profundidad, dada la importancia de la calidad de las relaciones para la salud mental y física de las víctimas y sus familiares, y para su calidad de vida en general. En particular, la familia es esencial para el bienestar de niños y adolescentes.

Por otra parte, la familia puede actuar como un factor protector frente a la pandemia. La cohesión y unidad familiar, la comunicación clara y adecuada y el refuerzo de las creencias positivas acerca del mundo, de las sociedades humanas, el optimismo y la esperanza son recursos claves de resiliencia en esta situación de crisis. En cualquier caso, en familias con áreas de disfunción previas, como pueden ser las de las víctimas del terrorismo, la pandemia puede acentuar dichos funcionamientos, convirtiéndose en otra de sus dimensiones de vulnerabilidad. Pero también el sistema familiar de las víctimas puede tener factores de resiliencia, tema que deberá ser investigado en el futuro y potenciado en la intervención terapéutica con dicho sistema.

A continuación vamos a referirnos a una familia que acude a consulta por el miedo excesivo de un niño de 10 años a raíz de la Crisis del COVID-19:

La familia acude a sesiones después del levantamiento del Estado de Alarma en mayo del 2021. De la madre, a la que llamaremos Marta, podemos decir que con sólo 10 años fue víctima de ETA, en un atentado en la Casa Cuartel de la Guardia Civil en la que vivía con su familia, de la que salieron heridos;

cambiando su forma de percibir y vivir el mundo. La explosión fue generada por un coche bomba. A partir de ese hecho, ella desarrolla un miedo a que pase algo malo, teniendo una reacción desproporcionada ante situaciones vagamente parecidas al mismo. Este miedo se acentúa cuando su madre, años más tarde, muere atropellada por un coche. Cuando Marta acude por primera vez a un programa de tratamiento psicológico de pareja de la Asociación murciana de víctimas, estaba recibiendo, simultáneamente terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, como parte de un programa de tratamiento individual organizado por la AVT (Asociación de Víctimas del Terrorismo) y la Universidad Complutense de Madrid, muchos años después de lo sucedido. Ella fue diagnosticada de TEPT, trastorno de ansiedad generalizada y duelo traumático. Marta relata en la terapia de pareja, por aquel entonces, cuando su primer hijo tenía dos años:

“Después del atentado, yo oía un coche arrancar y me daba miedo, o cuando mi padre se iba por las mañanas a trabajar, o cuando salía un atentado en las noticias. Ahora lo sigo teniendo, por supuesto, mucho más desde que pasó lo de mi madre. El miedo a que pase algo malo me sigue pasando con mi marido y con el niño que hemos tenido, porque ahora lo tenemos que dejar muchas más horas en la Guardería. El no controlar y yo esos ratitos que él está en el colegio, pues a mí me da mucho miedo.”

Acerca de las reacciones de sus padres después del atentado, menciona que a raíz del mismo su madre comenzó a darle mucha importancia al atentado (obsesionándose con la limpieza).

“Yo creo que mi madre fue la que peor lo pasó en el atentado. Se obsesionó mucho con la limpieza, con el polvo, los escombros. Recuerdo que cuando cambiábamos de casa, o comíamos fuera, teníamos que normalizar mucho las cosas con el fin de que ella no lo pasara peor, porque ella se obsesionó un poco. Entonces no sé, a lo mejor por tapar un poco y normalizar las cosas yo la protegía.”

A partir de lo sucedido, Marta desarrolla una tendencia a cuidar y sobreproteger a sus padres, pensando que les puede pasar algo malo. Se produce una inversión de roles. Comenta que, aunque sus padres intentaron protegerla y normalizar la situación, su vida cambió. Marta tenía miedo a los cambios y una gran necesidad de control de todo, de que todo saliese perfecto para sentirse segura, refiriendo haber sufrido mucho por ello desde pequeña.

Cuando, años más tarde, Marta acude a terapia de pareja con su marido, este refiere que Marta es demasiado rígida, que le cuesta adaptarse a los cambios y

tiene necesidad de controlarlo todo. Marta admite que no le gustan los cambios de planes, aunque sean cosas sin importancia y relaciona el origen de esta tendencia en su personalidad al atentado, aunque reconoce que se agudizó tras la muerte de su madre en accidente de coche. Asimismo, la pareja tuvo un hijo, convirtiéndose en uno de los mayores miedos de Marta el hecho de que pudiese pasarle algo malo, lo que su pareja compartía aunque con menor intensidad. Como vemos, Marta desarrolla, debido a la ruptura y pérdida de confianza en el mundo como un sitio seguro, una actitud de sobreprotección extrema hacia todos los miembros de la familia, incluyendo los padres y los hijos.

Ocho años más tarde, en la actualidad, la pareja acude de nuevo a consulta con su primogénito de 10 años al que llamaremos Carlos, siendo también ahora padres de otro bebé de 2 años. En esta ocasión el motivo de consulta no es la pareja, sino su hijo mayor quien ha manifestado un intenso malestar en varias ocasiones, incluso con la presencia de tics, y de manera sostenida en el tiempo por el miedo que le produce el contagio del Covid-19. El padre es sanitario de profesión y ambos (padre y madre) han estado hablando sobre la situación de la pandemia, los muertos e infectados delante del niño durante más de un año. Refieren que el niño está muy atento a este tipo de información. Con respecto a los tics el niño comenta: *A veces me da y me agobio pero otras veces no me da, pero cuando me da hay rachas muy malas y estas todo el rato así* (refiriéndose a los tics). *Hay veces que me da mucha rabia y otras que al minuto se me olvidan.*

El niño está de acuerdo con sus padres en venir a consulta. Se muestra muy preocupado y con miedo intenso a que sus familiares se contagien de COVID-19, tanto sus padres como sus abuelos. En la evaluación se le preguntó al niño qué pediría si un hada madrina le concediera tres deseos a su familia y contestó en primer lugar: *“No morir nunca para estar siempre al lado de mi familia. Unidos somos más fuertes”*. Ha tenido varios enfados y conflictos con sus amigos y familia (abuelos) por no cumplir las normas sanitarias de modo estricto o tener conductas que él considera como “irresponsables” o “peligrosas”, estando Marta muy preocupada porque se le señale por esto. Aunque Carlos se encuentra integrado socialmente y va bien en el colegio, durante el confinamiento empezó a mostrar tendencia al aislamiento, y le está costando adaptarse al cambio de la nueva normativa sanitaria, al levantarse el Estado de Alarma en mayo del 2021. Marta le define como un niño muy sufrido, preocupado, responsable, y se muestra muy preocupada por su malestar. Refiere tener que estar siempre pendiente de él para que no piense tanto, ya que es muy lento en las tareas por lo que ella intenta cambiar sus rutinas de

forma rápida para que sea más tolerante al cambio. El padre también se muestra preocupado y se siente culpable por la repercusión que haya podido tener su profesión como sanitario en el problema de su hijo, al llegar a su casa con ansiedad y malestar por las experiencias vividas en su trabajo. Asimismo, refiere que Marta está demasiado encima del niño, que es muy sobreprotectora y que es igual de rígido que ella. Por su parte, la madre dice

“Los tics son consecuencia de su manera de ver las cosas él (refiriéndose al niño). El problema es que es un niño muy responsable de todo y de todos, se preocupa y sufre mucho. Esa es la base.” El padre refiere que “con la salida de esta burbuja del COVID, le estamos viendo sufrir un poco y empieza a hacer cosas que le costaban más como salir por miedo a infectarse.”

Marta comenta que la idea de venir a consulta ha sido de ella, que su marido tiende a quitarle importancia a lo que hace el niño. Yo si le veo problema. Muchas veces no lo dejo ni respirar porque se demora muchísimo, es muy perfeccionista, piensa demasiado. Le digo: deja tu cabeza relajarse, se te van a quemar las neuronas. Todo el día igual, preocupándose y sufriendo por todo. El padre responde a este comentario discrepando de esta opinión, diciendo que Marta hace lo mismo que el niño: No es así que le quito importancia, el problema es que ella (refiriéndose a su mujer) es así también de perfeccionista, nos lleva a todos corriendo, como militares.

Cuando se pregunta cuál ha sido la experiencia de la familia con el COVID, cómo se han comportado, después de más de un año de pandemia Marta relata:

“Mi hijo pequeño y yo no hemos salido de casa para nada prácticamente, hemos evitado salir. Lo hemos hecho todo pero en casa, ahora con más libertades. El crío (refiriéndose a Carlos) lo pasa mal porque quisiera seguir con el Estado de Alarma, que sus amigos no se bajaran la mascarilla, la distancia de seguridad, si ve a alguien (por ejemplo, los abuelos) hacer alguna cosa que no sea estricta con las medidas se pone nervioso, lo pasa mal. Les echa broncas a los abuelos. No se quita la mascarilla cuando está con ellos casi ni para comer, aunque esté al aire libre. Sufre y se preocupa mucho. Él no es un niño de la calle. En la playa con sus amigos sale y a veces viene muy disgustado, se enfada, llora, quiere estar solo y es porque él no quiere que sus amigos se relajen con las medidas y les explica lo que ha visto su padre con sus pacientes de COVID, lo mal que lo ha pasado la gente, les explica las noticias. Él sufre mucho, quiere que sus amiguitos

asuman lo que es una pandemia, ha escuchado mucho a su padre hablar de todo lo que ha pasado con el COVID.”

Asimismo, Marta refiere haber sentido también ese miedo al contagio y una intensa preocupación por contagiar a los mayores de la familia. Se ha sentido muy preocupada por su padre, la mujer de su padre y los padres de su marido. Sintiendo más segura tanto ella como su hijo en casa que en el exterior, admitiendo que su marido tenía que empujarla en ocasiones a salir a la calle, incluso a bajar la basura, porque le daba mucho miedo. Afirma que ha sufrido también mucho por su marido, como sanitario, porque ha tenido miedo de que se contagiase y que pudiese morir. Lo ha visto a él pasarlo mal también, teniendo que trabajar en estas circunstancias de pandemia. El padre explica que ha sentido también malestar y tensión por la situación de los sanitarios frente a la crisis del virus, pero comenta que se ha ido “adaptando” a la situación, porque no le quedaba más remedio.

A la hora de analizar este caso, en primer lugar valoraremos como se ha producido la transmisión intergeneracional del trauma de la madre hacia el hijo mayor. Este fenómeno es observable a partir de varios aspectos como tendencias de personalidad, emociones, actitudes, comportamientos, incluso tipo de apego. La madre y el hijo mayor muestran varias similitudes como la rigidez mental, la incapacidad para relajarse, la ansiedad generalizada, preocupaciones clínicamente significativas, el miedo a la muerte o pérdida de un familiar, miedo a que pase algo malo, malestar intenso, sufrimiento elevado por los demás miembros de la familia, apego inseguro-ansioso y conductas de sobreprotección extrema hacia las figuras mayores. Según la exploración y el seguimiento hecho a esta familia, que incluye dos etapas de su vida, en el momento presente marcado por la crisis del coronavirus (en que se consulta por el malestar del hijo mayor) y ocho años antes (que se acude a terapia de pareja); apreciamos en la personalidad, comportamientos y estado emocional de la madre todo estos factores que se transmiten al hijo.

Debido al impacto de la pandemia, todo este funcionamiento familiar se acentúa. La pandemia amplifica, en este caso, lo que ya existía con anterioridad, agudizando el miedo y las preocupaciones hacia la muerte, la pérdida, la enfermedad que Marta tiene como víctima del terrorismo que ha sufrido TEPT y ansiedad generalizada y la visión del mundo como un lugar peligroso; que se refuerza, años más tarde, con la muerte de la madre en accidente de tráfico; y, ahora, con la pandemia. Estas creencias son transmitidas a su hijo y se confirman con la pandemia: el mundo ha dejado de ser un lugar seguro y controlable. A la pregunta que hacemos al niño acerca de quién cree que sufre

más en la casa, este expresa: *“sinceramente mi madre sufre mucho, pero puede ser que yo sufra más.”*

Durante la evaluación de Carlos se hace patente los miedos que tiene con respecto al COVID-19 al salir de su boca esas frases que hemos oído en tantas víctimas de terrorismo, entre ellas su madre:

“Tengo la sensación de que algo malo va a pasar... Que si doy un mal paso puede pasar algo horrible Me da miedo perder cosas pero no sólo materiales, sino que les pase algo a mi familia o a mis amigos (se refiere al COVID-19) Tengo miedo de dar un mal paso, no literalmente, y poder hacer sufrir a alguna otra persona, sobre todo, familia; después de haberme esforzado porque no sucediera tal caso. Lo que de ninguna manera haré será tirar la toalla. (...). Soy muy indeciso, pienso lo que sería mejor y me quedo sin ninguna opción. Me da miedo que por ser indeciso me pierda cosas.”

Es tal el miedo que este niño siente que, a duras penas, es capaz de hablar sobre aquello que más le aterra, el miedo a que alguien de su familia se contagie o muera debido al COVID y se refiere a ello como “si pasara eso” o “si se diera el caso” y confirmándonos que es este su miedo al ser preguntado de modo directo. Además, se muestra mucho más preocupado por su familia que por él mismo, una de las características de la inversión de los roles de cuidado y la parentalización, tal y como vimos en el caso de su madre.

El niño llegó a experimentar tics que le producían severos mareos y cefaleas producto de la somatización del miedo y la intensa preocupación que sentía acerca de posibles pérdidas o de que algo terrible sucediese. En Julio del 2020 llegó a comentar a su madre: “me encuentro en un pozo profundo de tristeza”. Asimismo, cuando le exploramos un año más tarde, presentaba indicios de compulsiones de orden (“me preocupa el orden, como mi madre soy muy estricto en eso”), comprobación y acumulación.

En la exploración constatamos la existencia de posibles obsesiones, el niño repite que se muestra muy preocupado/temeroso de que algo malo pase, como contagiar a su familia o que se de alguna pérdida. Además, se hace patente su inseguridad con el continuo borrado y redibujo durante los test proyectivos, a la vez que es muy crítico consigo mismo, pese a ser un niño simpático, educado, inteligente y muy amable, tachándose de infantil o de no hacer las cosas bien o perfectas. Se puede apreciar una preocupación intensa y generalizada por todo lo que escapa a su control, algo que el trata de remediar por ejemplo mediante la elaboración de listas con sus obligaciones las cuales le producen un gran

enfado no cumplir o mediante compulsiones como andar de una determinada manera para que no le dé un calambre en la pierna que le obligue a hacerlo. El niño ha sufrido mucho por estos tics, resultando crucial para entender el origen y mantenimiento de su sintomatología las creencias subyacentes del mundo como un lugar peligroso, no controlable e inseguro del cual se debe proteger a ante cualquier amenaza posible, por mínima que pueda parecer.

Como vemos en este caso, el malestar del niño frente a la pandemia estará mediatizado por cómo han reaccionado sus padres (en base a su historia familiar donde han existido traumas previos), que estado emocional presentan y cómo se ha reorganizado esta familia frente a un estresor de intensidad elevada como es la crisis del COVID-19 (acentuación de la inversión de roles, dificultades en la comunicación que ha sido excesiva, aislamiento social extremo). Además, pensamos que las características individuales del niño (el tipo de apego que presenta, que es de tipo inseguro ansioso, tendencia a presentar altos niveles preocupación, rasgos obsesivos, perfeccionismo, rigidez mental) también está mediando su nivel de malestar y favoreciendo su respuesta emocional exagerada frente al COVID-19. Por el momento llevamos tres sesiones de intervención. El nivel de miedo del niño ha disminuido un poco, en lo que ha contribuido el hecho de que tres de los abuelos se hayan vacunado, el cambio de actitud de los padres que se han dado pasos para emitir mensajes más tranquilizadores que ayuden a la regulación de las emociones del niño y el ir normalizando su vida, con más salidas al exterior para toda la familia. Se ha controlado la información negativa que se transmite al niño acerca del virus. También ha contribuido la búsqueda de apoyo social y de contacto con otras redes de apoyo por parte de la familia. Por ejemplo, más contacto con otras familias, compartir actividades con niños en la playa etc. Aún así, cuando se le pregunta por qué tiene miedo a que suceda lo peor, expresa que “tiene miedo a liarla, porque aún puede contagiar a su abuela que no está vacunada.”

Resulta significativo como en el funcionamiento, en ambas familias (la de origen de Marta) y la actual que ha constituido, existe una inversión de roles que con el COVID se agudiza (los hijos están excesivamente preocupados hacia los padres y mayores de la familia, mostrando sobreprotección extrema). Marta aprendió desde pequeña a preocuparse por sus padres y los mayores, dándose una inversión en los roles de cuidado normativos. Este aprendizaje se transmitió de forma implícita e inconsciente a su hijo, quien se siente responsable del cuidado de toda su familia, especialmente de los mayores como sus abuelos. Marta nos dice: “Yo tenía la edad de Carlos cuando el atentado, a partir de ahí he tenido ese rol de cuidar a mi familia.”

Además, han existido problemas de comunicación en ambas familias, en la de origen no se hablaba del atentado, se evitó durante años hablar del mismo. En el caso actual del coronavirus, también la comunicación se ha visto afectada ya que el padre es sanitario de primera línea atendiendo a pacientes de COVID y existiendo un exceso de comunicación sobre el mismo. En ambos casos, que son extremos, tanto el silencio como la excesiva conversación sobre el COVID, dificulta el procesamiento emocional y cognitivo de la experiencia. No sabremos a partir de este momento qué pasará con la comunicación dentro de la familia acerca del virus, siendo necesario llegar a un equilibrio: hablar ni mucho ni poco, tal cual recomienda la literatura.

En definitiva, en la observación del malestar de este niño es necesario evaluar la historia de la familia, la historia de sus padres, de donde vienen, sus modelos parentales, apreciar el papel de las experiencias traumáticas previas (atentado terrorista, muerte de la abuela en accidente de coche), para entender cómo se ha llegado al momento presente y cómo han reaccionado frente a la crisis que la pandemia ha impuesto a esta familia donde existen varios factores de riesgo, incluyendo el hecho de que el padre es sanitario y ha traído su estrés y malestar al funcionamiento familiar, la situación emocional de la madre, los factores de personalidad del niño, el tipo de apego etc. Por consiguiente, la intervención sobre estos casos de las familias víctimas del terrorismo, deberá tener en cuenta la multiplicidad de variables inmersas en su recuperación. También es imprescindible evaluar sus áreas de resiliencia. En este caso apreciar la flexibilidad de la familia cuando se sugieren los cambios necesarios, la disposición emocional positiva para implicarse en el cuidado y educación de los hijos, la capacidad de la pareja para llegar a acuerdos en la educación de los hijos etc.

10. Conclusiones

El terrorismo y la pandemia actual, generada por la COVID- 19, son dos acontecimientos con graves consecuencias sanitarias, económicas, políticas y sociales, pudiendo analizarse desde la perspectiva del trauma y de la pérdida. Así pues, ambos eventos colocan a la población en riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Por ello, no debería sorprendernos que para aquellos que fueron sufridores del terrorismo, de modo directo o indirecto, la pandemia pueda significar múltiples dimensiones de vulnerabilidad, acentuando los problemas existentes previamente.

Es sabido que la sensación de amenaza, miedo extremo, vulnerabilidad y desprotección que genera el terrorismo en sus víctimas, desde el punto de vista psicológico, es muy intenso y prolongado en el tiempo. Pues el terrorismo quiebra los esquemas básicos del mundo y de las sociedades humanas. Por otra parte, la pandemia de la COVID-19 es un factor de estrés psicológico significativo; el miedo a la enfermedad, la ansiedad ante la muerte y la incertidumbre ante el futuro, entre otros, precipitan los trastornos relacionados con la ansiedad y el estrés. En este sentido, las víctimas del terrorismo ya parten de vulnerabilidades previas, tanto personales como familiares, que hace que se coloquen en circunstancias de riesgo frente a la pandemia actual.

Sin embargo, debemos matizar que las reacciones de las víctimas frente a la crisis del coronavirus y su grado de afectación pueden verse variado de un individuo a otro. El empleo de un modelo ecológico nos sirve para valorar como la persona se encuentra inmersa en un conjunto de sistemas que le influyen y en los que ella influye -tales como familia, escuela, trabajo, barrio, pueblo, ciudad, sociedad, cultura-, siendo estos portadores de factores de riesgo para el buen ajuste psicosocial.

En última instancia, resulta muy importante la vivencia que las víctimas tienen de la pandemia, el grado de exposición, de pérdidas materiales y humanas, la gravedad del suceso que impacta de manera diferente en cada persona y en cada familia. De este modo, la adaptación de las víctimas a la pandemia depende de influencias ambientales, factores externos de tipo socioeconómicos, políticos y sanitarios, redes sociales, apoyo social y familiar, recursos del entorno comunitario, en combinación con los factores personales de riesgo - creencias disfuncionales, emocionalidad negativa, problemas de regulación emocional, vulnerabilidad genética, la mayor reactividad al estrés, rasgos de personalidad predisponentes, apego inseguro, existencia de trastornos mentales previos, traumas anteriores y estrategias negativas de afrontamiento-.

Pues bien, con el fin de entender las diferentes dimensiones de vulnerabilidad de las víctimas del terrorismo frente a la COVID-19, hemos planteado un modelo que incluye múltiples niveles de organización ecológica; influencia no lineal; y múltiples determinantes probabilísticos de la salud mental y el bienestar tanto para las familias como para los niños. Este modelo contempla las interacciones entre diferentes niveles desde lo macro hasta lo micro y, a su vez, entre todos estos componentes. Además, examina el cómo la persona se influye e interacciona con los mismos. Y es que profundizar en el modo que en influyen los diferentes factores de riesgo y mecanismos implicados en estos procesos, en el colectivo de las víctimas del terrorismo, deberá ser objeto de investigación.

A nivel individual y a nivel micro, en el seguimiento de las víctimas del terrorismo realizado durante esta pandemia, hemos apreciado como las emociones generadas por el terrorismo - tales como el miedo excesivo y la ansiedad ante la muerte, que pueden permanecer vivas en las historias familiares-igual que las actitudes disfuncionales vinculadas al mundo, a la sociedad humana, a la seguridad, a la confianza, a uno mismo y la posibilidad de control sobre la vida y el futuro, predisponen a las víctimas y sus familiares a que sientan, en muchos casos, unos niveles de miedo elevados frente a la amenaza que supone el COVID-19. Sirviendo todo ello de telón de fondo para desarrollar o exacerbar los trastornos relacionados con el estrés y la ansiedad. Aunque es necesario comprender de modo más exhaustivo cómo los sistemas de creencias de las personas, las familias e incluso las sociedades, pueden afectar su ajuste psicológico durante tiempos de crisis, numerosas investigaciones han comprobado la relevancia de las creencias tanto positivas como negativas sobre el mundo, uno mismo y los demás. Al mismo tiempo, dado que la persona participa e influye en su entorno, también es necesario valorar el papel específico que juegan los procesos cognoscitivos en las relaciones que establece con él mismo en esta situación de pandemia, pues la participación comunitaria de las víctimas no solo contribuye a su salud mental sino que es necesaria para el crecimiento y evolución de la sociedad en la que nos desarrollamos.

En el seguimiento que hemos realizado a las víctimas durante la pandemia -año 2020/2021- observamos que la ansiedad ante la muerte frente a la COVID-19 ha sido alta en ellas mismas y en los familiares entrevistados, con variabilidad considerable en sus respuestas. La vinculación de este tipo de ansiedad con la sintomatología postraumática, en tiempos de pandemia, ha sido corroborada en las investigaciones actuales (por ejemplo: Bentall et al., 2021; Vazquez et al., 2021). Estos autores, que estudiaron la población general, plantean como la incertidumbre por el futuro y la desconfianza son dos variables asociadas a los niveles de ansiedad ante la muerte, la cual tiene un papel mediador frente a la sintomatología postraumática. Ellos constataron deterioro de la salud mental de las personas que ya tenían un problema de este tipo al inicio de la pandemia: más ansiedad ante la muerte, menos tolerancia a la incertidumbre. Aunque estas investigaciones no son específicas de las víctimas del terrorismo, dado los niveles elevados de desconfianza e incertidumbre hacia el futuro que se ha encontrado en estas víctimas (por ejemplo, Navarro et al., 2021) consideramos que esta hipótesis podría ser aplicada a las mismas, lo que también deberá ser investigado.

De este modo, en víctimas del terrorismo, las creencias y actitudes disfuncionales previas, así como las emociones asociadas -miedo, terror, ansiedad ante la muerte,

desconfianza, incertidumbre, ira excesiva- jugarían un papel central en la aparición de consecuencias psicopatológicas en la crisis actual. Estos factores se verían potenciados por el componente socioeconómico, político y sanitario que conlleva la referida crisis -sobrecarga de información acerca del COVID-19, teorías de la conspiración, bulos transmitidos por las redes sociales, crispación política y división, extremismo y radicalización, pérdida de ingresos, crisis económica, aislamiento social, fragilidad del sistema sanitario, entre otros-. En esta dirección, Vásquez et al. (2021) hipotetizan que la desconfianza puede disuadir a las personas de buscar ayuda de otros y reducir los efectos beneficiosos del apoyo social. Asimismo, el COVID- 19, con sus medidas sanitarias restrictivas, ha dañado en muchos supuestos el apoyo social que las víctimas del terrorismo necesitan, generando sentimientos de soledad profunda, desconfianza excesiva hacia el entorno, problemas de relación familiar y social, aislamiento y, en última instancia, perjudicando la reintegración social de las víctimas del terror.

Además, es posible que las variables de funcionamiento familiar, la pérdida o disminución de las redes de apoyo social, así como el contexto laboral y escolar realicen un papel mediador entre los factores a nivel macro y la persona, lo que asimismo deberá investigarse. Pues si la crisis del coronavirus crea o acentúa los problemas de relación en las familias y parejas, si genera ambientes laborales o escolares sobrecargados y con un clima negativo -caracterizados por el conflicto, el acoso y la desunión-, se confirma la desconfianza y visión negativa de los otros como hostiles y del mundo como un sitio peligroso donde nos encontramos solos y nos sentimos incompetentes para manejarlo. Y es que las percepciones negativas de las relaciones aumentan el estrés y traen consecuencias para la salud física y mental. En cambio, si la familia y/o el trabajo, el colegio y la comunidad se ofrecen como fuente de apoyo frente a la adversidad, la resiliencia se ve facilitada.

Por ello, en las víctimas del terrorismo y sus familias, frente a la crisis de la COVID-19, consideramos es necesario trascender el marco del funcionamiento psicológico individual, dada la multicausalidad de procesos que intervienen en la experiencia humana, estudiando los factores contextuales -relaciones familiares, de pareja, sociales, culturales, impacto socioeconómico, político...-. Atendiendo a lo anterior, en materia de víctimas del terrorismo y salud mental en tiempos de pandemia, estimamos relevante la elaboración de modelos ecológicos que tengan en cuenta una perspectiva biopsicosocial de la salud mental -integradora del papel de los factores de riesgo sociales y comunitarios-, así como la influencia de los factores familiares y laborales/escolares en el funcionamiento individual, los cuales tendrán un papel mediador esencial, pudiendo ser factores de riesgo o de protección. Por consiguiente, se hace imprescindible fortalecer las redes de apoyo social de este

colectivo y la cohesión, pertenencia y apoyo familiar/social como medios básicos de protección de la salud y el bienestar durante la actual crisis del coronavirus.

Es sabido que el impacto de la COVID-19 en la salud mental de niños y adolescentes es motivo de gran preocupación; máxime se ha indicado que, en comparación con los adultos, esta pandemia puede seguir teniendo mayores consecuencias adversas a largo plazo en la salud mental de esta población. En este sentido, la relación entre la pandemia y los efectos que provoca en los niños, con respecto a su ajuste psicosocial, es cuanto menos compleja y el resultado dependerá de un gran conjunto de variables que covarían, se acumulan e interactúan entre sí. Pensamos que los factores familiares juegan un papel mediador importante. Pues bien, a medida que la pandemia continúa, es importante evaluar el impacto en el estado de salud mental de los niños y adolescentes y cómo ayudarlos a mejorar la misma, en particular si han sufrido el terrorismo de modo directo o indirecto. Aunque muchos niños que han sido víctimas del terrorismo pueden presentar síntomas ansioso-depresivos que se consideran reacciones adaptativas a la pandemia y que no hay que patologizar, recomendamos seguimiento psicológico de la evolución de estos problemas, dado el riesgo que supone haber vivido un trauma anterior. De hecho, UNICEF (2021) advierte que el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental y bienestar psicológico de los niños y jóvenes va a tener serias consecuencias durante las próximas décadas, siendo “sólo la punta del iceberg” puesto que las consecuencias más graves están por llegar, debido a que “no se le está dando suficiente importancia a la relación entre la salud mental y sus efectos en el desarrollo futuro de los niños y niñas”. A nivel mundial, uno de los grandes retos que plantea la crisis del coronavirus es preservar los derechos de los niños y adolescentes y su salud mental, evitando nuevas formas de victimización.

Específicamente, para entender la adaptación a la pandemia de los niños y adolescentes que han sufrido el terrorismo de modo directo o indirecto, se trata de valorar que los problemas a nivel macro de la misma se infiltrarán en los procesos familiares, en los subsistemas y en toda la familia, a través de su impacto perjudicial en el bienestar de los cuidadores. De este modo, la adaptación de los niños en varias áreas de funcionamiento se verá comprometida, dada la medida en que el bienestar de los niños depende de la salud y el bienestar de la familia, cuestión que ha sido estudiada en víctimas del terrorismo. Los procesos de moderación también estarán en juego, con algunas familias e individuos en mayor riesgo de problemas de salud y otros en posición de mantener el funcionamiento adaptativo y mostrar resiliencia frente a la adversidad (Prime et al., 2020).

En esta dirección, en este capítulo se ha profundizado en los factores familiares y su papel mediador. El sistema de creencias familiar puede verse dañado como consecuencia de la pandemia tendiendo al negativismo y el catastrofismo. El miedo al contagio propio o de los seres queridos puede impregnar toda la familia de las víctimas; generar estrés parental y traducirse en conductas de sobreprotección extrema hacia los miembros, donde los estilos parentales se ven modificados, pudiendo estar marcados por la sobreprotección excesiva hacia los hijos o la crianza hostil. También es posible que se produzca inversión de roles, aumentando los problemas y conflictos. Estos han podido verse acentuados como consecuencia del estrés y psicopatología parental, las diferentes estrategias de enfrentamiento frente la pandemia, el uso de medidas de seguridad, la gestión de las salidas hacia el exterior y contacto con familiares y amigos etc. Además, la comunicación familiar se puede ver dañada apreciando en muchas familias una transmisión de información con respecto al virus y sus consecuencias que ha sido escasa, inadecuada o excesiva, sobre todo para los niños. Asimismo, la expresividad emocional con adolescentes y jóvenes (incluyendo el contacto físico) se han disminuido en algunas familias observadas por miedo al contagio.

En definitiva, la pandemia representa una crisis global de la salud pública y daña la estabilidad económica, pero también el bienestar de la familia de las víctimas del terrorismo, que podían presentar problemas relacionales previos. Es probable que las consecuencias de estas dificultades, en muchas familias sean duraderas, en parte debido a las formas en que el riesgo contextual impregna las estructuras y procesos de los sistemas familiares en situaciones de crisis, convirtiéndose en caldo de cultivo para la aparición de consecuencias psicopatológicas que reforzarán estos problemas de funcionamiento. En esta línea, las consecuencias psicológicas de esta crisis (traumas, miedos, trastornos mentales, problemas relacionales etc.) pueden perdurar en el tiempo en las familias de las víctimas, compartiendo junto a otros efectos económicos y laborales, el espacio principal.

En términos de salud mental, hemos apreciado como la crisis actual ha puesto a este colectivo en riesgo de agravar los trastornos mentales preexistentes y/o desarrollar los mismos. Debido a que la prevalencia de trastornos mentales en este colectivo superaba con creces su prevalencia en la población general antes de la pandemia, no debe sorprendernos que pueda reforzar dichos trastornos.

En tiempos de pandemia son necesarios estudios que examinen la prevalencia de los trastornos mentales en las víctimas del terrorismo, los tipos de víctimas más afectadas por la misma, los diferentes trastornos que han podido aparecer en este colectivo o de qué manera específica se agravan los problemas mentales existentes previamente, así como el curso probable de los mismos. Es sabido que

en la población general europea se está produciendo una adaptación a la pandemia, como sucede en otros desastres y catástrofes (por ejemplo, Bentall et al., 2021; Vázquez et al., 2021). Realizar predicciones para las víctimas del terrorismo es esencial.

Asimismo, en víctimas del terrorismo es imprescindible analizar los distintos perfiles de respuesta a la pandemia así como el impacto que pudieran tener diferentes variables psicológicas (malestar emocional, regulación emocional, reactividad al estrés, crecimiento postraumático, variables de funcionamiento positivo, etc.) durante las diferentes oleadas de coronavirus en el mundo. No todas las respuestas psicológicas podrán calificarse como enfermedades, porque la mayoría pueden ser reacciones normales ante una situación anormal como es la pandemia, siendo reacciones funcionales que podrían disminuir con el paso del tiempo.

Consideramos que todos estos procesos deben ser objeto de estudio de la Psicología y diseñar estrategias para su manejo. Con este fin, deben considerarse las intervenciones tempranas y adaptadas a cada persona. El apoyo a la salud mental es necesario incluso para reacciones psicológicas leves. De hecho, en el contexto actual, recomendamos las intervenciones psicológicas a las víctimas (de modo presencial o telemática) tanto a aquellas que se han podido infectar, como los casos sospechosos que se encuentran aislados en el hogar, y los familiares y amigos/as de las personas afectadas. Por supuesto, aquellos que han perdido algún familiar. En la misma línea, dentro del colectivo de víctimas del terrorismo, los aspectos psicosociales de las personas mayores, los pacientes con trastornos mentales, las comunidades marginadas y los refugiados se ven afectados por esta pandemia de diferentes formas y necesitan una atención especial.

En este sentido, en la atención de la salud mental de la población, durante el transcurso de la pandemia y años después, dada la complejidad de la situación y la cantidad de factores involucrados en el bienestar de la misma, desde el nivel micro hasta el macro, la única opción para crear sistemas sanitarios que puedan responder a las necesidades psicológicas de la población es adoptar un enfoque multinivel, tal y como han señalado diferentes organismos mundiales y expertos (Mughal et al., 2021; OECD, 2021; IASC, 2021). Si estas recomendaciones se ofrecen para la población general es lógico pensar que tienen aún más sentido en colectivos de especial vulnerabilidad como las víctimas del terrorismo. Las repercusiones verdaderas sobre la salud mental de esta crisis, en el contexto de este tipo víctimas, no se pueden predecir con exactitud en el momento presente, necesiéndose el transcurso del tiempo. De ahí que la investigación deberá profundizar al respecto. En realidad, tardaremos muchos años en entender los

efectos de la pandemia sobre el colectivo de las víctimas del terrorismo. Adoptar enfoques multinivel en la atención de su salud mental deberá ser prioritario, lo cual implica implementar estrategias de intervención en las familias, los centros educativos, laborales, sanitarios, servicios sociales, comunitarios, etc.

Señalar que aunque existen riesgos inherentes a la pandemia, también debemos centrar la atención en los caminos hacia la resiliencia. Esta crisis ha puesto a prueba nuestras estrategias de afrontamiento e, incluso, la posibilidad de crecer y aprender. Para algunas víctimas y sus familias esta situación supone una oportunidad valiosa para utilizar recursos psicológicos para enfrentarse a ella, experimentar cambios en su funcionamiento psicológico de manera positiva o encontrar un nuevo sentido a la vida. La diversidad de respuestas frente a la pandemia de las víctimas del terror y el sistema familiar donde se encuentra inmerso requiere de un análisis específico, que intente identificar factores de vulnerabilidad y de protección, facilitando entender mejor los mecanismos de crecimiento y resiliencia. Asimismo, es necesario identificar variables potencialmente predictoras asociadas con la experiencia de crecimiento.

En esta línea, pensamos que en la influencia negativa que genera la pandemia sobre las familias de las víctimas la actuación social, política y profesional ocupa un papel mediador esencial, pudiendo interrumpir de múltiples formas su impacto negativo a través de la investigación y la prevención, con un papel importante para las organizaciones profesionales en las áreas de bienestar infantil y familiar y salud mental. Se hace imprescindible evaluar las áreas de resiliencia en las víctimas, a nivel individual y en sus parejas y familias como un todo y desarrollar programas que potencien las mismas. Son necesarios estudios de alta calidad para garantizar la mejora del servicio en la crisis actual y para orientar los esfuerzos futuros de respuesta ante desastres de este tipo. Es necesario adoptar un enfoque proactivo, con trabajadores con formación específica en emergencias y catástrofes.

Por último, en la era del COVID-19 es imperativo recordar que las víctimas del terrorismo han sufrido violaciones de los derechos humanos. En esta línea, la ONU ha publicado unas directrices relativas a la actual pandemia enfatizando en la necesidad de preservar estos derechos esenciales en esta crisis (COVID- 19 Guidance). Su aplicación resulta imprescindible en las víctimas que sufren el terrorismo a nivel mundial. Tal y como recogen las directrices:

“El COVID-19 pone a prueba a sociedades, gobiernos, comunidades y ciudadanos particulares (...). El respeto de todos los derechos humanos, comprendidos los derechos económicos, sociales, civiles y políticos, será indispensable para el éxito de la respuesta de salud pública”.

En conclusión, se plantea como un imperativo social en lo que respecta a las víctimas del terrorismo, que los gobiernos autoridades, políticos y profesionales consideren los factores de riesgo frente a la actual pandemia generada por la COVID-19 en esta población y diseñen políticas y estrategias de salud pública que puedan preservar su salud mental, considerando un enfoque biopsicosocial de la misma y adoptando enfoques de intervención multinivel. Además, deberán potenciar los factores de protección, facilitando los mecanismos de crecimiento y resiliencia. Este será un desafío, a nivel internacional, en que los países deberán participar adoptando la perspectiva de los Derechos Humanos en la atención a la salud mental.

Capítulo VI

El tratamiento individual de las Víctimas de sucesos traumáticos

1. Introducción

El proceso de recuperación tras un atentado es un proceso que puede ser muy largo, con muchas y diferentes necesidades y demandas que van cambiando a lo largo del tiempo. El apoyo psicosocial que se ofrece las víctimas debe irse adaptando a ese proceso e ir resolviendo las situaciones a medida que surgen.

En este capítulo nos centramos en las intervenciones psicosociales individuales que se producen después de un suceso traumático y, en especial, después de atentados terroristas, describiendo los primeros auxilios psicológicos, los tratamientos psicológicos tempranos (dirigidos a eliminar o reducir los síntomas derivados de un acontecimiento traumático) y el tratamiento de las consecuencias psicológicas del terrorismo que tienen lugar a medio, largo y muy largo plazo.

Dentro de las consecuencias psicopatológicas del terrorismo se encuentra la presencia de sintomatología clínicamente significativa o de trastornos mentales diagnosticables, que pueden mantenerse, incluso, a muy largo plazo de ocurrido el evento. Como ya se ha dicho con anterioridad, el TEPT es el trastorno mental más frecuente en este tipo de víctimas.

Hasta hace apenas 15 años las recomendaciones sobre qué tratamientos se debían aplicar, específicamente, con las víctimas de terrorismo estaban basadas en la literatura sobre la eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para el TEPT en personas que habían experimentado otros tipos de acontecimientos traumáticos, como veteranos de guerra, refugiados, supervivientes de accidentes de tráfico, víctimas de violencia física, de abusos sexuales o violación. Esto se debía a que no existía casi ningún estudio empírico publicado sobre el tratamiento específico del TEPT en víctimas de atentados terroristas (García Vera et al., 2015).

Sobre la base de la literatura empírica existente, estos autores señalan que fue posible realizar numerosos metaanálisis de estudios experimentales con grupo de control que ofrecieron conclusiones sólidas sobre los tratamientos que gozaban de mayor aval empírico en cuanto a su eficacia para el TEPT (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007, 2013; Bisson y Andrew, 2007; Bisson et al.,

2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra y Westen, 2005; NICE, 2005; citados en García-Vera et al., 2015). Teniendo en cuenta toda esta literatura, distintas sociedades científicas y paneles de consenso de expertos elaboraron guías de práctica clínica que son bastante corcondantes en sus recomendaciones terapéuticas.

Varias de estas Guías de Buenas Prácticas Clínicas (GPC) han sido actualizadas recientemente (por ejemplo, la APA, American Psychiatric Association, que ha actualizado su guía en el año 2017). Asimismo, el Departamento de Asunto de los Veteranos de Guerra, perteneciente al Departamento de Defensa de los Estados Unidos, también actualizó su guía de buenas prácticas (VA/DoD, 2017). Igualmente, en el año 2018, tanto el National Institute for Health and Clinical Excellence del Reino Unido (que ha publicado su guía NICE), como la International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) han ofrecido nuevas recomendaciones, para los pacientes con TEPT. En la misma línea, en el presente año 2020, el Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health se pronuncia sobre los tratamientos más recomendados y realiza sugerencias de varias intervenciones para el tratamiento del TEPT.

Tomando en cuenta estas recomendaciones de estas guías, en este capítulo profundizamos sobre la evidencia empírica para tratamientos de adultos que padecen TEPT. Específicamente, nos centramos en la eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para víctimas del terrorismo y cuál debe ser el tratamiento de elección para los trastornos mentales que presentan.

Por otra parte, considerando el impacto psicológico que el terrorismo puede generar en niños y adolescentes, lo cual se ha descrito con amplitud anteriormente, en esta sección abordamos las necesidades de los niños y adolescentes durante los eventos terroristas, las acciones inmediatas requeridas tras estos eventos y los enfoques de tratamiento que cuentan con evidencia empírica tanto para los niños preescolares como para los escolares y adolescentes. También discutimos los retos que en el futuro deberemos de trabajar para mejorar nuestra comprensión de las necesidades de la población infanto-juvenil en cuanto a su intervención tanto en sucesos traumáticos en general como en víctimas del terrorismo.

Asimismo, debido a que la terapia farmacológica ha sido considerada como una alternativa de tratamiento para los pacientes que sufren TEPT y otros trastornos mentales, en este apartado profundizamos en el tratamiento psicofarmacológico para adultos según las guías de buena práctica clínicas. Nos centramos, también, en las revisiones de la literatura que se han efectuado específicamente para víctimas del terrorismo.

En esta línea, abordaremos la cuestión del tratamiento psicofarmacológico para niños y adolescentes que han sufrido eventos traumáticos y padecen TEPT. Explicaremos las recomendaciones que se ofrece en la literatura científica y profundizaremos en el debate existente con respecto al uso de los antidepresivos en esta población.

2. Las intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales en el caso de atentados terroristas deben comenzar enseguida a su ocurrencia, para prolongarse durante todo el tiempo que sea preciso hasta garantizar que los grupos de mayor riesgo hayan conseguido superar la situación. A partir del momento del atentado, hay que activar una serie de medidas muy importantes para amortiguar el efecto del impacto, tratando de que se les de la información necesaria del modo más adecuado, y acompañar a las víctimas para evitar que sufran más situaciones difíciles. Por ejemplo, algunas estrategias son: informar de la muerte de sus seres queridos, ayudarles a ponerse en contacto con sus familiares y amigos, facilitar que tengan cubiertas sus necesidades de primer orden y derivar a atención médica, si procede.

En el caso de que se vaya a proporcionar ayuda inmediata en el lugar del atentado, lo primero que debe tenerse presente es asegurar la propia integridad personal. La prestación de atención se debe realizarse siempre bajo el marco de actuación de los responsables encargados de la coordinación de la emergencia y, evidentemente, fuera de la zona de peligro o de personas agresivas que puedan afectar la intervención.

Como bien señala De Vicente Colomina (2019), en la atención a víctimas o familiares en los días siguientes tras el atentado es esencial que se establezca una coordinación entre los sistemas de ayuda, de manera que se evite que la víctima tenga que revivir el suceso una y otra vez, por el sufrimiento que pueda padecer. Además, estos encuentros deberán realizarse en espacios seguros y tranquilos, en los que se garantice su privacidad.

Para una mejor comprensión de las intervenciones psicosociales que se realizan en casos de atentados terroristas, debemos comprender las diferentes fases en que se ha dividido el impacto de las situaciones críticas. Presentamos aquí la descripción que aparece en De Vicente Colomina (2019):

1) Fase de Asistencia tras el rescate

Comienza unos días después del suceso y puede durar de tres a seis meses. En esta fase, la población afectada recibe información y asistencia. Conjuntamente, tienen lugar los actos conmemorativos y la asistencia está organizada a través de las comunidades y autoridades. La prestación de ayuda profesional es más accesible y los medios de difusión masiva tienen muy presente el evento traumático en sus emisiones.

En esta fase la sociedad se moviliza para ayudar y suele estar disponible un fuerte apoyo social. Las autoridades expresan sus intenciones de restablecer los daños sufridos y realizan actuaciones al respecto, lo que fomenta la esperanza y genera elevadas expectativas en la población afectada, que puede encontrarse bajo un elevado impacto emocional. En lo que respecta a los supervivientes y sus familias, estos reciben apoyo social dentro de su comunidad lo que facilita que se sientan cuidadas y genera sensación de cohesión comunitaria. No obstante, esta respuesta de apoyo de alta intensidad tiene una duración limitada.

En lo que respecta a los sobrevivientes y sus familiares reciben apoyo social por parte de la comunidad en que están inmersos, generando una sensación de que la misma está unida ante el suceso. Lo anterior genera que se sientan cuidadas gracias a las muestras de afecto de la sociedad, pero esta intensa respuesta de apoyo social tiene una duración limitada. Desde el punto de vista de la atención integral, es importante que los agentes de intervención y las autoridades utilicen este impulso solidario y cohesión social para sentar las bases de la ayuda profesional y del apoyo social posterior que las personas afectadas puedan necesitar.

2) Fase de Desilusión

En esta fase el ataque terrorista ha dejado de ser el centro de atención de los medios de difusión y de la sociedad, la cual vuelve a la normalidad. Desaparece el sentimiento de dolor compartido. Esta fase de desilusión puede durar varios años.

Los grupos afectados se encuentran en proceso de duelo al tener que hacer frente a sus pérdidas a la vez que la fatiga por el estrés sufrido comienza a aparecer. Se acentúan sus necesidades de atención psicológica y social. Minoritariamente, algunas las personas afectadas requerirán más ayuda específica y/o especializada.

En la sociedad, se retiran los apoyos organizados, y no siempre se cumplen las promesas anteriores. Las víctimas sufren el peso de la burocracia con respecto a las reclamaciones de derechos y la compensación financiera por el daño sufrido. Pues, como se ha mencionado anteriormente, el terrorismo es un delito contra el

Estado y requiere un tratamiento especial en el modelo español. De este modo, pueden surgir problemas para obtener ayuda psicológica, económica y material, así como dificultades para acceder a información. Las víctimas pueden verse inmersas en la complejidad de los procesos judiciales, la falta de reconocimiento de sus necesidades e, incluso, de su propia condición de víctimas, lo cual dificultará el proceso de recuperación tras el atentado.

3) Fase de Recuperación

Esta fase de recuperación o reorientación tiene lugar cuando las personas y sus acciones están encaminadas hacia la reconstrucción de sus vidas individuales y de la comunidad. El resultado final, puede ser la recuperación o el agravamiento del sufrimiento y va a depender de varios factores: el estado psicológico, los recursos económicos, personales y sociales de cada persona, la actuación de la comunidad en que vive, la presencia de apoyo social, la disponibilidad de recursos, y /o la elaboración de la victimización secundaria en caso de haberse padecido.

Intervenciones psicosociales y Secuencia de información más apropiada Papel de los profesionales de la Salud mental, por Fases				
Fases	Impacto (0-48 horas)	Rescate (0-1 semana)	Recuperación (1-4 semanas)	Regreso a la vida (2 semanas –2 años)
Papel de los profesionales	Necesidades básicas. Primeros auxilios psicológicos. Monitorizar el ambiente del impacto. Asistencia técnica, asesoramiento y entrenamiento.	Evaluación de necesidades. Triage de víctimas. Búsqueda activa de afectados y diseminación de la información. Facilitar resistencia y recuperación	Monitorizar la recuperación Evaluación de necesidad de tratamiento Realización de un tratamiento corto	Tratamiento

Tabla 4: Intervenciones psicosociales y Secuencia de información más apropiada (NIMH, 2002, tomado de García-Vera, 2020)

Pese a ser una fase que puede alargarse varios años cuenta, a menudo, con poca cobertura mediática (excepto las noticias puntuales de los procesos judiciales, los días del aniversario, las actividades conmemorativas, etc.).

Como bien señala García-Vera (2020) en la fase de recuperación todas las víctimas directas o indirectas deben ser evaluadas psicológicamente de forma proactiva y formal. En el caso de aquellas que muestren TEA u otros trastornos psicológicos deberían recibir terapia temprana cognitivo-conductual centrada en el trauma.

2.1 Los primeros auxilios psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos tienen como objetivo facilitar que la gente disponga de apoyos efectivos y un ambiente seguro, así como mejorar la comunicación con sus apoyos y la organización. Se trata de intervenciones que ocurren en las primeras semanas del acontecimiento. La realización de estos primeros auxilios psicológicos consta de cinco pasos muy importantes que pasaremos a explicar a continuación y que están basados en Lucket y Slaikeu (1996):

1) Realización del contacto psicológico

El objetivo de la intervención será reducir la tensión y proporcionar seguridad y calma. A su vez, el profesional no debe olvidar su autoridad como profesional.

Realización del Contacto psicológico (primeros auxilios psicológicos)	
Técnica	Descripción
Demostrar comprensión	Hacer saber a la persona que aceptamos su experiencia y comprendemos lo que la persona siente.
Modelado	Al servir como modelo, actuando de forma tranquila, podemos aportar serenidad a las personas a las que asistimos.
Tranquilizar	Dar motivos a la persona por los que debe sentirse más tranquila y segura

Hablar de lo que ocurre	En función de la situación será conveniente o no que hable, por ejemplo si la persona está muy alterada será recomendable esperar a otro momento.
Distracción	Se realizan observaciones o afirmaciones irrelevantes que nada tienen que ver con la situación.
Utilizar de personas de confianza entre los demás	Se solicita a otra persona para que tranquilice al sujeto, alguien en quien confíe.
No hacer caso a la persona de manera temporal	Se busca una disminución de la intensidad emocional al retirar la atención social.
Empleo del humor	El uso del humor puede ayudar a disminuir la tensión percibida del agente interventor y facilitar la intervención en situaciones de crisis
Repetir y vociferar	Levantar la voz en algunos momentos puede ayudar cuando la persona está inmersa en sus propios sentimientos y emociones y se muestra indiferente incluso a la presencia de los demás.

Tabla 5: Realización del Contacto psicológico (primeros auxilios psicológicos)

2) Analizar las dimensiones del problema

El siguiente paso, después del primer contacto, es determinar qué problemas necesitan atención inmediata y cuáles se pueden posponer. Igualmente se debe determinar: riesgo de mortalidad, si el sujeto puede cuidarse solo en ese momento, y si se ha cometido un crimen o no.

Las preguntas que deberemos hacernos son ¿Por cuánto tiempo? ¿Por parte de quién? ¿Dónde? ¿Cuáles son las metas? ¿Cuál es el procedimiento?

Análisis de las dimensiones del problema (primeros auxilios psicológicos)	
Técnica	Descripción
Preguntas abiertas	Se realizan preguntas que no puedan responderse con monosílabos para facilitar el que la persona pueda realizar una narración libre de los hechos
Escucha activa	Cuando la persona esté relatando lo sucedido, es importante proporcionar señales de que se está escuchando, como verbalizaciones, contacto visual y asentimientos
Reflexión sobre los sentimientos	Atender los sentimientos del sujeto para captar así mejor los contenidos, percibiendo qué se dice y cómo lo dice.
Desatención selectiva y uso del silencio	Se suele utilizar cuando la persona está en estado de verborrea; es decir, habla demasiado y casi no se le puede seguir la conversación.
Preguntas cerradas	Se usan cuando es necesario aclarar algunos aspectos concretos, exceptuando esta situación son preferibles las preguntas abiertas.
Parafraseo	Comunicar el mensaje con palabras diferentes a las usadas, demostrando interés y compromiso; anima la narrativa de los hechos.
Estimulación y uso de proposiciones específicas e implícitas	Cuando la persona conversa de forma desorganizada y confusa, resulta adecuado realizar preguntas muy concretas para conducir la conversación y centrar la atención en lo importante.
Revelación acerca de uno mismo y uso de la proximidad	En determinadas ocasiones puede resultar útil que el agente se muestre próximo a la persona y realice revelaciones sobre uno mismo, para facilitar que la persona comparta sus pensamientos y sentimientos.
Confrontación	A veces resulta útil hacer ver a la persona posibles discrepancias, tanto en relación al contenido de lo que expresa como en relación de las emociones.
Exigencia	Si una persona se muestra muy hostil o pudiera haber gran peligro físico, el agente debe dar instrucciones sobre lo que se debe hacer.

Tabla 6: Análisis de las dimensiones del problema (primeros auxilios psicológicos)

3) Exploración de posibles soluciones

Se trata de que las personas afectadas encuentren sus propias soluciones; si el agente ofrece sus soluciones directamente, éstas pueden ser rechazadas por los implicados.

Al explorar las soluciones hay que tener en cuenta las soluciones intentadas previamente, así como el grado de efectividad, si ha fallado y por qué.

4) Realización de acción concreta

En este punto se deben tener evaluados una serie de aspectos, que nos indicarán si el o los agentes mantendrán una actitud facilitante o una actitud directiva.

Actitud facilitante

Se recomienda mantener esta actitud cuando la mortalidad es baja y el sujeto está preparado física y psicológicamente para cuidarse de sí mismo.

Algunas acciones que se pueden realizar:

- **Mediación:** lo que se pretende es que los sujetos lleguen a su propia solución del problema, mediante acuerdos consensuados entre las partes involucradas. Más adelante se hablará de la mediación penal en víctimas del terrorismo.
- **Negociación:** el agente puede sugerir soluciones y alternativas, asistiendo activamente en la elección. Se puede hablar con cada parte por separado y luego reunirlos.

A continuación exponemos algunas recomendaciones que se ofrecen en las Guías para una negociación eficaz (Goldstein, Sprafkin y Gershaw, 1976):

- Comunicar que se comprende la posición de cada persona
- Expresar la propia posición
- Preguntar si se está de acuerdo con su posición.
- Escuchar de manera abierta las respuestas
- Proponer un compromiso con la propuesta de cambio
- **Orientación:** esta actuación resulta más directiva que las dos anteriores porque implica ofrecer sugerencias y dar consejos

Actitud directiva

Se debe mantener esta actitud cuando hay riesgo alto de mortalidad o la persona está incapacitada en física o psicológicamente para cuidarse a sí misma.

Este paso implica que se pueda realizar la movilización activa de recursos, como la derivación a otras instituciones, que se realiza después de un conocimiento del problema. A continuación, se describen algunas claves que incrementan la eficacia de la actitud directiva según Goldstein et al (1979):

- Hacer saber que se entiende
- a situación y los sentimientos, aceptándose la experiencia.
- Expresar que la institución y/o recursos a la que se le va a remitir puede ayudarle en cuanto a su problema
- Dar por escrito información adecuada, con números de teléfono de referencia y asegurarse que la comprende.
- Si es posible, hacer que llame a la institución estando el agente presente. Si él no puede hacerlo intentar obtener permiso de él para hacer la llamada.
- Si el supuesto anterior resultase imposible, intentar que se comprometa para que lo haga lo antes posible.

5) Seguimiento

Por último, resulta conveniente realizar un análisis de los pasos que se siguieron en la situación de crisis, y si tuvieron el resultado pretendido, es decir, saber si las actuaciones realizadas han sido efectivas

2.2 Los tratamientos psicológicos tempranos

Es necesario considerar que no todas las personas necesitan tratamiento psicológico o farmacológico, a pesar de haber sufrido un atentado terrorista.

Algunas de las variables que contribuyen a elaborar el trauma son: el transcurso del tiempo, un buen equilibrio psicológico previo, el apoyo familiar y social y la atención prestada a la vida cotidiana. En estas personas el acontecimiento traumático no interfiere de forma negativa en el día a día. Son capaces de trabajar, de relacionarse socialmente, de disfrutar de la vida y de plantearse proyectos. En relación a lo mencionado, recordemos que los factores de riesgo para la aparición de trastornos mentales en las víctimas de terrorismo se abordaron en el capítulo 2.

Características de los Tratamientos psicológicos tempranos
No son ni primeros auxilios psicológicos ni debriefing
Basada en modelos teóricos específicos
Dirigidos a eliminar o reducir los síntomas derivados de un acontecimiento traumático
Menos inmediata (1-12 semanas) y más largos que las intervenciones en la fase de impacto-rescate (4-6 sesiones, aunque se ha aplicado exposición gradual en una sola sesión en víctimas de un terremoto en Turquía)

Tabla 7: Características de los Tratamientos psicológicos tempranos (García Vera, 2020)

La eficacia de los tratamientos psicológicos tempranos ha sido estudiada por Roberts et al. (2010) y por Kliem y Kröger (2013). En el primer estudio se comprobó que la TCC-CT individual, pero no otras terapias, es eficaz en TEA vs. lista de espera o intervenciones de apoyo. En el segundo estudio se corroboró que La TCC-CT disminuye la probabilidad de TEPT ($ES=0.54$) y reduce los síntomas de TEPT y depresión ($ES=0.27-0.45$) versus consejo psicológico de apoyo, lista de espera u otras intervenciones psicológicas (véase García Vera, 2020).

2.3 El tratamiento psicológico individual en adultos

Una víctima de un atentado debe de buscar ayuda psicológica cuando sus reacciones (pensamientos, sentimientos o conductas) interfieran negativamente en el funcionamiento cotidiano o cuando le produzcan malestar. Las Guías de buena práctica clínica, por ejemplo NICE 2018, recomiendan la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (pasado un mes del suceso traumático) o la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares o EMDR (entre el primer y tercer mes). Según esta guía, después del tercer mes se pueden aplicar ambos enfoques de terapia. Esta guía recomienda el EMDR para adultos con TEPT siempre que no sea un trauma relacionado con conflicto bélico y si la persona prefiere este tipo de intervención. También recomienda la Terapia

cognitivo-conductual centrada en el trauma, en formato de teleterapia, siempre que no se presenten síntomas severos de TEPT (ante todo, síntomas disociativos) y no exista riesgo de daño a sí mismo o a los demás. En el apartado siguiente hablamos de los enfoques de terapia con mayor evidencia empírica y las recomendaciones de las Guías de buenas prácticas clínicas al respecto.

COMPONENTES DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL CENTRADA EN EL TRAUMA (TCC-CT)

- La psicoeducación sobre las reacciones traumáticas
- Las estrategias para controlar la hiperactivación, los flashbacks y la planificación de ambientes seguros
- El procesamiento y elaboración de los recuerdos traumáticos
- El procesamiento de emociones relacionadas con el trauma, incluida la vergüenza, ira, culpa y duelo
- La reestructuración de los significados relacionados con el trauma vivido por el individuo; el entrenamiento en estrategias para superar las conductas de evitación
- Adoptar un enfoque para restablecer el funcionamiento adaptativo
- Contemplar la preparación para el final del tratamiento
- Incluir sesiones de refuerzo en caso necesario, antes fechas significativas.

En esta dirección, algunas víctimas pueden quedar atrapadas por su pasado, arrastrando el peso de un malestar emocional que dificultará notablemente el desempeño de sus funciones laborales, familiares y sociales. La víctima puede notar que la vida sigue y fluye a su alrededor, mientras que parece haberse detenido para ella. La sensación de catástrofe, es decir, la actitud derrotista y pasiva ante los acontecimientos habituales, puede constituir un freno para implicarse en proyectos futuros y recuperar el disfrute de las actividades cotidianas. Estas personas se sienten desbordadas por el trauma, requiriendo ayuda psicológica y, en algunos casos, farmacológica. (Baca, Cabanas y Baca García, 2002).

LOS OBJETIVOS FUNDAMENTALES DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA SON:

- Proporcionar alivio inmediato a los síntomas más graves
- Hacer frente al trauma,
- Restaurar en la víctima el sentido básico de seguridad en el mundo y en las personas,

- Regular las emociones,
- Recobrar la autoestima
- Facilitar la reintegración social de la víctima en el contexto comunitario.

Estos objetivos deben de plantearse de forma escalonada con arreglo a una jerarquía de necesidades. La víctima solo llega a sentirse recuperada cuando recobra la sensación de que puede tomar decisiones y controlar su vida, se reintegra socialmente y continúa activamente con su proyecto de vida, o encuentra otros proyectos que le den sentido a su existencia.

Los principios básicos de cualquier intervención terapéutica pueden resumirse en: mejorar el malestar emocional, ayudar al proceso de recuperación natural, no emplear tratamientos ineficaces y adaptar la terapia a las necesidades específicas del paciente. Los profesionales incrementarán la eficacia del tratamiento mediante la evaluación periódica y la adaptación de la psicoterapia a las identidades culturales de los clientes (Norcross y Lambert, 2019).

A veces la demanda de la víctima puede modular el tipo de tratamiento ofrecido. Algunas personas sólo se preocupan por el alivio de un malestar específico (ansiedad, alteraciones del sueño). Otras, por el contrario, están atormentadas por el trauma en sí mismo.

Recuperarse de un trauma significa ser capaz de haber integrado la experiencia traumática en la biografía de la persona y haber transformado esta experiencia en recuerdos, sin que estos sobrepasen su capacidad de control ni interfieran negativamente en su vida futura. (Echeburúa y Corral, 2004). En ese sentido, los autores plantean la importancia de que la víctima pueda proyectarse hacia el futuro, enriqueciendo su vida con actividades sociales útiles y gratificantes. Un trauma puede enseñar a una persona lo que es sufrir, pero también puede aumentar su capacidad de amar y aprender a valorar la vida.

Es muy importante que la persona acepte la realidad de su situación, el sufrimiento de esa realidad y pueda sobreponerse a ello. Plantearse preguntas como ¿por qué esto me ha sucedido a mí?, etc., a largo plazo no ayudará a la persona traumatizada. Es necesario encontrar alternativas para seguir viviendo: usar la experiencia adquirida y conservar el buen humor (incluso en condiciones difíciles), comunicarse, apoyarse en los demás, aprender a tener diversiones, pensar de forma positiva, aceptar a las otras personas como son, apoyar a los otros, implicarse en actividades útiles.

Para las víctimas de la violencia terrorista no es fácil volver a confiar en los seres humanos después de haber sido impactadas por estos eventos. Cuando las

víctimas de la violencia no son reconocidas como tales, y no reciben los cuidados adecuados, se sienten nuevamente victimizadas. Esto ocurre cuando las víctimas son maltratadas, activa o pasivamente, por los profesionales que tienen la responsabilidad de ayudarlas. Este proceso se conoce como victimización secundaria del cual se ha hablado con anterioridad.

Por tanto, nuestra capacidad para proporcionar cuidados es uno de los ingredientes principales de recuperación de las víctimas de violencia. Ser bien tratados es una de las necesidades esenciales de los seres humanos, y ser cuidado por alguien y cuidar de alguien es una capacidad que podemos llamar humana. Nuestras capacidades para transmitirles nuestro interés por ellas, en tanto que personas, son una herramienta fundamental de nuestro trabajo. El hecho de sentirse cuidado, en un clima de compromiso y respeto incondicional por sus experiencias y, sobre todo, por sus esfuerzos para reconstruirse, facilita la aparición de la esperanza y de la dignidad humana.

La violencia ha destruido una parte de la historia y de la personalidad de esas personas, pero el descontrol ejercido por los agresores no es omnipotente. Una vida puede recuperarse si a esas personas y a esas familias les prodigamos cuidados. (Boris Cyrulnik, 2006). La presencia de una tercera persona reintroduce la condición humana, las víctimas tejen un nuevo lazo afectivo con aquellas personas que les atienden.

El concepto de resiliencia nos sirve de guía para establecer los criterios de actuación con las víctimas y sus familias, en el sentido de apoyar sus recursos naturales, pero nos proporciona también criterios para evaluar nuestras propias capacidades resilientes en tanto que profesionales.

LOS PROFESIONALES RESILIENTES (BARUDY, 2006)

- Ofrecen unas relaciones de apego sanas, comprometidas y permanentes en el tiempo.
- Facilitan y participan en los procesos de toma de conciencia y de simbolización de la realidad familiar y social
- Son capaces de proponer un apoyo social, es decir, aceptar ser una parte activa de la red psico-socio-afectiva de las familias.
- Se implican en la lucha contra de las situaciones de violencia y de los sistemas de creencia que lo sustentan.
- Promueven y participan en los procesos educativos que desarrollen el respeto de los derechos de todas las personas, especialmente de las mujeres y de los niños y las niñas, así como el respeto a la naturaleza.

- Promueven la participación de las familias en actividades que les permitan acceder a un compromiso social, religiosos o político, de forma que se produzcan sociedades más justas, solidarias y no violentas.

2.4 Intervenciones psicológicas para el tratamiento del TEPT en adultos

La revisión de García-Vera et al. (2015) refiere que, según la literatura empírica y las Guías de tratamiento y de práctica clínica, los tratamientos con mayor evidencia empírica para el tratamiento del TEPT (el trastorno más frecuente en víctimas del terrorismo) son actualmente: las terapias de exposición, las terapias cognitivo conductuales centradas en el trauma, el entrenamiento en control de la ansiedad (o entrenamiento en inoculación de estrés) y eEMDR. Por lo tanto, se sugiere que tales terapias psicológicas deben considerarse los tratamientos de elección para el TEPT, por encima de otras terapias psicológicas con cierta popularidad (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007, 2013; Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2007; NICE, 2005; NIMH, 2002).

Con relación a la eficacia de los tratamientos psicológicos usados en víctimas de trauma, de los datos disponibles sobre la eficacia de los tratamientos para el TEPT en todo tipo de víctimas, se conoce que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT) es la que cuenta con un mayor aval empírico, tanto en los estudios experimentales como en los cuasi experimentales (Bryant, Harvey, Dang, Sackville y Basten, 1998; Bryant, Mastrodomenico et al., 2008; Bryant, Moulds y Nixon, 2003; Bryant, Sackville, Dang, Moulds y Guthrie, 1999; Foa, Zoellner y Feeny, 2006; Shalev et al., 2012, citados en Gesteira Santos, 2016).

En base a lo anterior, García-Vera y Sanz (2016) citan el hecho de que ha sido recomendada como el tratamiento de elección específico en personas con sintomatología postraumática grave o diagnóstico de TEPT tras un acontecimiento traumático (ACPMH, 2013; American Psychiatric Association, 2004; NICE, 2005; NIMH, 2002; Roberts et al., 2010; VA/DoD, 2010).

En las últimas actualizaciones de las Guías de buena práctica clínica (por ejemplo, NICE, 2018; International Society for Traumatic Stress Studies, ISTSS, 2018; Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020) se recomienda la TCC-CT (a nivel individual) como la primera línea de tratamiento para pacientes con TEPT. Esta incluye, la psicoeducación sobre las reacciones traumáticas; las estrategias para controlar la hiperactivación, los flashbacks y la planificación de ambientes

seguros; el procesamiento y elaboración de los recuerdos traumáticos; el procesamiento de emociones relacionadas con el trauma, incluida la vergüenza, ira, culpa y duelo; la reestructuración de los significados relacionados con el trauma vivido por el individuo; el entrenamiento en estrategias para superar las conductas de evitación; adoptar un enfoque para restablecer el funcionamiento adaptativo; contemplar la preparación para el final del tratamiento e incluir sesiones de refuerzo en caso necesario, antes fechas significativas.

En la guía de la APA 2017, se recomienda, para pacientes adultos con TEPT, una de las siguientes psicoterapias / intervenciones: la terapia cognitiva conductual; la terapia de procesamiento cognitivo, la terapia cognitiva y la terapia de exposición prolongada.

Con relación a la guía VA/DoD, 2017, focalizada en el tratamiento de los veteranos de guerra, esta basó su definición de psicoterapia "centrada en el trauma" en la definición que hace Schnurr (2017), es decir, *"cualquier terapia que utilice técnicas cognitivas, emocionales o conductuales para facilitar el procesamiento una experiencia traumática y en la que el foco del trauma es un componente central del proceso terapéutico"* (p. 56). En esta guía se recomienda el uso de Psicoterapias individuales, sistematizadas y centradas en el trauma, como la primera elección de tratamiento para pacientes con TEPT, que incluyan como componente principal la exposición y/o reestructuración cognitiva. Algunas de dichas terapias serían: la exposición prolongada, el EMDR, terapias cognitivo-conductuales centradas en el trauma, psicoterapia ecléctica breve, terapia de exposición narrativa y exposición narrativa escrita. En esta guía se sugiere, también, utilizar psicoterapias centradas en el trauma que han demostrado su eficacia mediante la modalidad de videoconferencia segura cuando el tratamiento del TEPT se administra a través de este medio.

A continuación se presentan en la siguiente tabla¹ las recomendaciones de las principales GPC, incluidos los tratamientos de primera elección. En segundo lugar, se sugieren otros tratamientos que también están apoyados en la evidencia, aunque en menor grado. En último lugar, se detallan los tratamientos que no cuentan con la suficiente evidencia científica, por lo que son desaconsejados.

¹ Nota: APA: American Psychological Association. NICE: National Institute for Health and Care Excellence Reino Unido. VA/DoD: Department of Veterans Affairs and Department of Defense. ISTSS: International Society for Traumatic Stress Studies. Phoenix.....: Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health.

Intervenciones psicológicas para la prevención y el tratamiento del TEPT en adultos

APA (2017)	NICE (2018)	VA/DoD (2017)	ISTSS (2018)	Phoenix.... (2020)
<p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitivo-conductual (TCC) - Terapia de procesamiento cognitivo (CPT) - Terapia cognitiva (CT) - Terapia de exposición prolongada (PE) <p>Se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia de exposición narrativa (NET) - EMDR - Breve psicoterapia ecléctica (BEP) <p>No hay suficiente evidencia para recomendar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relajación - Busca de la seguridad 	<p>Se recomienda ofrecer intervención cognitivo-conductual individual centrada en el trauma. Esta incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia de procesamiento cognitivo - Terapia cognitiva para el TEPT - Terapia de exposición narrativa - Terapia de exposición prolongada <p>Se recomienda EMDR si los síntomas persisten más de 3 meses.</p> <p>Se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EMDR (de 1 a 3 meses después de un trauma no relacionado con el combate) - TCC computarizada centrada en el trauma (solo si los síntomas persisten más de 3 meses) - Intervenciones de TCC dirigidas a síntomas específicos (Solo si no puede participar en una intervención centrada en el trauma o tiene síntomas residuales tras la terapia centrada en el trauma) <p>No se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debriefing psicológico 	<p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapias individuales, manualizadas y centradas en el trauma, que incluyen: - Exposición Prolongada (PE), - la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT) - EMDR - Terapias cognitivas conductuales específicas para el TEPT - Psicoterapia Ecléctica Breve (BEP) - Terapia de Exposición Narrativa (NET) -Exposición Narrativa Escrita <p>Se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento de Inoculación de Estrés (SIT) - Terapia Centrada en el Presente (PCT) - Psicoterapia Interpersonal (IPT) <p>No hay suficiente evidencia para recomendar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia de Comportamiento Dialéctico (DBT) - Entrenamiento de Habilidades en Afecto y Regulación Interpersonal (STAIR) - Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) - Búsqueda de Seguridad 	<p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitivo conductual individual centrada en el trauma - Exposición prolongada - Terapia de procesamiento cognitivo - Terapia cognitiva - EMDR <p>Se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC sin enfoque en el trauma - TCC en grupo con enfoque en el trauma - TCC guiada por Internet con enfoque en el trauma - Terapia de exposición narrativa - Terapia centrada en el presente <p>No hay suficiente evidencia para recomendar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia ecléctica breve - Técnicas de libertad emocional - Terapia interpersonal de grupo - Terapia psicodinámica - Psicoeducación - desensibilización REM - Entrenamiento de relajación <p>Intervenciones con evidencia emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC de parejas con un enfoque de trauma - Reconsolidación de los recuerdos del trauma - Terapia de realidad virtual 	<p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia de procesamiento cognitivo - Terapia cognitiva (CT) - EMDR - Terapia de exposición prolongada (PE) - TCC enfocada en el trauma <p>Se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC guiada por Internet centrada en el trauma - Terapia de exposición narrativa - Terapia centrada en el presente (TCP) - Entrenamiento de inoculación de estrés - TCC de grupo centrada en el trauma <p>No hay suficiente evidencia para recomendar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia ecléctica breve - Terapia psicodinámica - Integración observada y experiencial - Entrenamiento de relajación - Terapia interpersonal de grupo (TIP) - Terapia de aceptación y compromiso (ACT)

Tabla 8: Intervenciones psicológicas para la prevención y el tratamiento del TEPT en adultos (según Guías de buenas prácticas clínicas)

Como se aprecia en la tabla anterior, las recomendaciones fueron variables con relación a algunos tratamientos como la Psicoterapia ecléctica breve, la terapia de exposición narrativa y la Psicoterapia interpersonal. Asimismo, algunos tratamientos populares como aquellos que se enfocan en la búsqueda de la seguridad y la terapia de aceptación y compromiso no fueron apoyados en dichas guías. Por otra parte, es importante comentar que dichas guías ofrecen otras recomendaciones para el tratamiento del TEPT.

Con respecto a las intervenciones basadas en Internet, tres de las guías (ISTSS, NICE y VA/DoD) dieron una recomendación moderada para intervenciones basadas en Internet que incluían el apoyo de un terapeuta. La guía de Phoenix sugiere el uso de la TCC realizada por Internet centrada en el trauma

Dado el creciente número de opciones de tratamiento para pacientes con TEPT, Hamblen et al. (2019), plantean la cuestión de cómo elegir entre las opciones de tratamiento más efectivas, especialmente en una situación en la que los terapeutas pueden carecer de capacitación y competencia en estos tratamientos. Varias de las guías han recomendado, específicamente, la toma de decisiones compartida entre el paciente y el terapeuta, que trabajan juntos para revisar las opciones de tratamiento y decidir qué tratamiento se adapta mejor a las necesidades y preferencias del paciente. Parte de ese proceso implica una discusión sobre no solo qué tratamientos son más efectivos, sino también si se pueden proporcionar, dónde se puede acceder a ellos y cualquier daños o cargas asociadas con estos. Por lo tanto, los pacientes están haciendo una elección informada sobre qué tratamientos pueden funcionar mejor para ellos e incluso puede elegir un tratamiento que no tenga mayor evidencia empírica.

Estos autores plantean que también es necesario nuevos ensayos de eficacia comparativa útil para ayudar a los médicos y pacientes a tomar decisiones sobre el tratamiento. Asimismo, los médicos también pueden tomar decisiones en función de en cuál de los tratamientos tienen formación y recursos para ofrecer.

Es importante comentar que las guías generalmente apoyan el uso de estos tratamientos con todos los pacientes y no debe limitarse solo a aquellos con TEPT y sin otras comorbilidades o complejidades. De hecho, la guía NICE y VA / DoD ofrecen una recomendación específica que indica que la presencia de trastornos concurrentes no debe evitar que los pacientes reciban los tratamientos recomendados. Sin embargo, Hamblen et al. (2019) plantean como limitación que las directrices no pueden hacer recomendaciones específicas sobre si algunos tratamientos funcionan mejor para diferentes subgrupos de pacientes porque pocos ensayos realizaron análisis de subgrupos o van a poder hacerlo.

Además, algunos terapeutas pueden estar preocupados acerca de cómo las intervenciones centradas en el trauma puedan interferir en la alianza terapéutica. Sin embargo, Hamblen et al. (2019) citan los resultados de un metaanálisis reciente que confirmó que, aunque existe una relación positiva entre la alianza y el resultado de la terapia, este efecto no fue moderado por el tipo de intervención (Fluckiger, Del Re, Wampold y Horvath, 2018).

Por último, con respecto al uso de las Guías de buenas prácticas clínicas, comentan Hamblen et al. (2019) que aunque idealmente deben ser utilizadas en la elaboración de las políticas y la asignación de recursos para aprovechar al máximo los tratamientos de primera elección, disponibles, en la práctica, o en una situación en la que existen múltiples opciones efectivas, no todos estos recursos pueden estar disponibles.

2.5 El tratamiento psicológico para adultos víctimas del terrorismo

Según la revisión de García-Vera et al. (2015), hasta ese momento existían tan solo cinco estudios empíricos que hubiesen examinado con un diseño experimental la eficacia de cualquier tipo de tratamiento psicológico o farmacológico de víctimas adultas de atentados terroristas con TEPT. Estas cinco investigaciones evaluaron dos tratamientos empíricamente avalados en cuanto a su eficacia para el TEPT con víctimas de otros acontecimientos traumáticos. En primer lugar, la exposición prolongada, combinada con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina o un placebo (Schneier et al., 2012). En segundo lugar, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor et al., 2007; Difede, Malta et al., 2007; Duffy, Gillespie y Clark, 2007). Los resultados de estos estudios concluyen que la TCC-CT es eficaz para el tratamiento del TEPT en víctimas del terrorismo.

Sin embargo, un problema encontrado en estos estudios, según Gesteira, García-Vera y Sanz (2018) radica en que, aunque algunos de ellos incluían víctimas que sufrían TEPT mucho tiempo después del atentado terrorista (incluso 5.2 años más tarde de mediana como máximo en el estudio de Duffy et al., 2007 años), ninguno incluía víctimas cuyos atentados hubieran sucedido una media de 15 o 20 años antes.

Terapia cognitivo conductual para TEPT en Víctimas de terrorismo	
Estudios con víctimas de atentados terroristas	% pacientes con mejoría clínica del TEPT (intención de tratar)
4 estudios eficacia (post)	57,4 %
3 estudios utilidad clínica (post)	62,2 %
Estudio eficacia (post)	57,1 %
Estudio utilidad clínica (1 año)	53,7 %
Estudio utilidad clínica (2 años)	45,9 %

Tabla 9: Terapia cognitivo conductual para TEPT en Víctimas de terrorismo (García Vera, et al., 2015).

En la línea de determinar el tratamiento más adecuado para los trastornos psicológicos presentes en las víctimas del terrorismo, en la revisión de García-Vera y Sanz (2016) se mencionan los resultados de tres estudios empíricos realizados por la Universidad Complutense de Madrid y la Asociación de Víctimas del Terrorismo (Cobos Redondo, 2016; Gesteira Santos, 2016; Moreno Pérez, 2016) en los cuales se evaluó, con víctimas de todo tipo de atentados terroristas en España, la eficacia y utilidad clínica de un programa de TCC-CT de 16 sesiones basado en la terapia de exposición prolongada para el TEPT de Foa, Hembree y Rothbaum (2007), pero a la que se habían añadido técnicas cognitivas para dicho trastorno así como otras técnicas cognitivas y cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos depresivo mayor y de ansiedad que suelen sufrir las víctimas de manera comórbida con el TEPT o de forma aislada. En estos estudios se corroboró que la TCC-CT es eficaz y clínicamente útil para las víctimas del terrorismo que sufren TEPT, TDM o trastornos de ansiedad a muy largo plazo (una media de 18-20 años después de haber sufrido el atentado). Estos trastornos, como ya se ha dicho en el marco de la presente investigación, los pueden sufrir las víctimas de terrorismo de forma aislada o concomitante. La eficacia y efectividad de estos tratamientos fue corroborada no sólo a corto plazo (en el postratamiento y en el seguimiento a un mes) y a medio plazo (en seguimientos a 3 y 6 meses), sino también a largo plazo (en un seguimiento a un año), de manera que mantiene sus beneficios

terapéuticos al menos hasta un año después de su aplicación (p. ej., véase el estudio de Cobos Redondo, 2016, citado en García-Vera et al., 2016).

Gesteira et al. (2018) describen el programa de intervención de 16 sesiones basado en TCC-CT para víctimas de terrorismo que presentaban sintomatología depresiva, ansiosa y/o TEPT. El diseño de intervención desarrollado por los autores fue el siguiente:

Diseño de Intervención basada en TCC-CT para Víctimas de terrorismo		
Módulos	Sesiones	Técnicas
1	1	Psicoeducación y normalización de las reacciones asociadas al trauma y el duelo.
	2	Psicoeducación Entrenamiento en relajación muscular progresiva en 16 grupos musculares Planificación de actividades agradables Reestructuración cognitiva
2	3	Identificación de situaciones que evita y a las que se ha enfrentado. Relajación muscular en 8 grupos musculares y recorrido mental Planificación de actividades agradables Reestructuración cognitiva
	4	Psicoeducación sobre la ansiedad Jerarquía de exposición Reestructuración cognitiva
3	5	Introducción a la exposición como técnica de afrontamiento emocional. Psicoeducación emocional Entrenamiento en respiración lenta Reestructuración cognitiva
	6	Regulación emocional Entrenamiento en respiración lenta Reestructuración cognitiva
4	7-9	Introducción al método de exposición en vivo Exposición en sesión y tareas para casa Reestructuración cognitiva
5	10-14	Introducción a la exposición al relato Exposición al relato, identificación de puntos calientes y resignificación.

		Reestructuración cognitiva
6	15	Prevención de recaídas Introducción a técnicas narrativas Reestructuración cognitiva
	16	Narrativa de la nueva identidad Reestructuración cognitiva

Tabla 10: Diseño de Intervención basada en TCC-CT para Víctimas de terrorismo (adaptado de Gesteira, García-Vera y Sanz, 2018, p.11).

En base a lo anterior (García-Vera y Sanz, 2016) recomiendan que:

La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma sería la alternativa terapéutica de elección para las víctimas de terrorismo que sufren de TEPT, al menos mientras no se publiquen más estudios y con resultados más favorables sobre la eficacia de la terapia de exposición, mientras no existan estudios sobre la eficacia específica en víctimas de terrorismo de las otras terapias psicológicas que sí se han mostrado eficaces para el TEPT derivado de otros acontecimientos traumáticos (entrenamiento en control de la ansiedad y EMDR), y, por supuesto, por encima de otras terapias psicológicas o farmacológicas que no solo nunca han sido puestas a prueba con víctimas de terrorismo, sino que carecen del adecuado apoyo empírico en cuanto a su eficacia para el TEPT producido por otras situaciones traumáticas o son menos eficaces para el mismo. (García-Vera y Sanz, 2016, p. 6).

Por consiguiente, estos autores recomiendan como el tratamiento de elección para las víctimas del terrorismo la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT), que se ha mostrado eficaz y útil en la práctica clínica no sólo para el tratamiento del TEPT sino, además, para el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad que pueden presentar las víctimas de atentados terroristas, incluso con víctimas que sufren dichos trastornos a muy largo plazo (15-25 años después de los atentados).

3. Las intervenciones en niños y adolescentes

3.1 La intervención sobre las necesidades de los niños en edad preescolar

Nos basamos en la revisión de Wolmer et al. (2017) que aborda las necesidades de los niños en edad preescolar en el contexto de los desastres y el terrorismo, haciendo énfasis en la evaluación, prevención e intervención, citando varios autores que han trabajado en este campo. Según este autor, las intervenciones con

los niños tendrán en cuenta el momento de sucedido el atentado o ataque terrorista.

A) Intervenciones durante, inmediatamente y varias semanas después del incidente

En estos momentos va a resultar muy importante la capacidad de la madre y el padre para contener el estrés del niño, aunque como se ha mencionado con anterioridad un mayor número de estudios se ha centrado en la importancia de las madres. Es probable que los cuidadores se enfrenten al estrés durante un incidente traumático, lo que puede afectar a su capacidad de contener los sentimientos de los niños de preescolar. Por lo tanto, reducir el estrés en este momento será prioritario; para ello, uno de los factores que pueden reducir la incertidumbre, fomentar la preparación y aumentar la capacidad de adaptación será la información fiable y adecuada. No obstante, hay que tener cuidado porque la exposición de los niños a los medios con contenido violento puede producir estrés agudo y con él, una externalización de problemas, comportamiento agresivo y problemas desafiantes.

Intervenir justo después de un desastre, antes de que la memoria traumática y sus defensas se estructuren en la mente del niño, puede ser de gran importancia, ya que podemos evitar o disminuir consecuencias graves y profundas a largo plazo. Permitir que los niños procesen la experiencia traumática puede permitirles aprovechar sus recursos personales para hacer frente a los aspectos normativos del desarrollo (el estudio, el juego o la amistad) en lugar de afrontar los síntomas relacionados con el trauma de modo defensivo. Esta recomendación clínica está en línea con los hallazgos de investigación más recientes sobre la reconsolidación de recuerdos traumáticos (Clem y Schiller, 2016). También es importante que se cubran las necesidades básicas del niño tras el evento traumático (Wolmer et al, 2017).

Las revisiones contemporáneas han cuestionado si la intervención en esta fase temprana posterior al evento podría ser ineficaz o incluso dañar, interrumpir los procesos de recuperación natural, socavando la autoeficacia o el apoyo de la comunidad (Laor y Wolmer, 2017).

Las intervenciones que suelen realizarse en niños preescolares en estos momentos inmediatos al atentado terrorista son: El modelo de primeros auxilios psicológicos y la psicoeducación.

El modelo de primeros auxilios psicológicos (PsychologicalFirstAid, PFA model, siglas en inglés) es aplicable en varios niveles de desarrollo. Esta intervención

utiliza recursos familiares naturales e intenta fortalecer el sistema familiar tras un incidente traumático e identificar áreas de necesidad. Está adaptado a una variedad de edades y les da a los niños la libertad de expresar sus sentimientos a través de la narración y el dibujo. Se puede entrenar en PFA a los padres y otros cuidadores y requiere poco o ningún contacto directo con los niños. La eficacia del modelo ha sido comprobada en algunas investigaciones (por ejemplo Meir, Slone, Levis, Reina y Livni, 2012, entre los hijos de los trabajadores migrantes ilegales de 4,4 a 7,5 años). Los resultados de este estudio mostraron que los niños que obtuvieron puntajes altos en medidas de ansiedad, depresión y aceptación social en la evaluación preliminar mostraron una mejoría mayor después del tratamiento que el grupo control. Además, los niños en el grupo de tratamiento exhibieron más estrategias de afrontamiento después de la prueba que aquellos en el grupo de control.

La psicoeducación es otra intervención que puede proporcionar información sobre adaptaciones y afrontamiento adaptativo después de los desastres (Laor y Wolmer, 2017). Al parecer, la información con respecto a los posibles estados emocionales de los preescolares que es proporcionada a los cuidadores y a los propios niños (adaptado a su nivel de desarrollo) puede ayudar a conceptualizar las respuestas y necesidades de los niños y ayudarlos a aprender a responder adecuadamente.

El problema es que la evidencia empírica de la psicoeducación y los primeros auxilios psicológicos (PFA), aunque parecen ser componentes prometedores de intervenciones inmediatas después del desastre para niños preescolares, no ha sido suficientemente demostrada más allá de la experiencia clínica (Pynoos y Nader, 1988; Ruzek, Brymer, Jacobs y Layne, 2007).

B) Enfoques de tratamientos psicológicos individuales en niños preescolares

Aunque se ha mencionado que las intervenciones grupales son eficientes y rentables, pueden no ser suficientes para niños en edad preescolar con reacciones postraumáticas graves. De ahí que la intervención individual resulte más efectiva en niños con reacción postraumática severa.

Dentro de las intervenciones diseñadas se ha comprobado la eficacia de la terapia cognitivo conductual en múltiples formas. Así, la eficacia de un protocolo de 12 sesiones de tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma para niños en edad preescolar con TEPT (Scheeringa, Weems, Cohen, Amaya-Jackson y Guthrie, 2011; Dalgleish et al., 2015) fue estudiado en ensayos controlados. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT): incluye psicoeducación, reconocimiento de los sentimientos, entrenamiento en habilidades de

afrontamiento, exposición gradual y la planificación de la seguridad. El grupo de intervención mostró mejorías más significativas que el grupo de control en síntomas de TEPT, pero no en depresión, ansiedad por separación, trastorno negativista desafiante, o déficit de atención / hiperactividad.

Otro enfoque que ha sido aplicado es la terapia de exposición prolongada (EP), que incluye psicoeducación, narración de escenas traumáticas y la exposición in vivo y que se ha adaptado a los niños de 2 a 3 años. Los hallazgos preliminares con cuatro casos demostraron la eficacia de la EP para reducir los síntomas de TEPT en los hijos (Rachamim, Mirochnik, Helpman, Nacasch y Yadin, 2015).

Además, se ha comprobado la eficacia de la terapia de EMDR (por ejemplo, Diehle, Opmeer, Boer, Mannarino y Lindauer, 2015) y la terapia centrada en el juego del niño. Con respecto a esta última, un metaanálisis demostró la eficacia de la terapia de juego con niños expuestos a desastres naturales, así como a otros tipos de experiencias traumáticas (BrattonRay, Rhine y Jones, 2005)

Por último, otro tipo de intervención novedosa se ha llamado Huggy-Puppy: a los niños se les pide que cuiden de una muñecallamadaHuggy-Puppy. Se ha basado en el supuesto de que hacer a los individuos responsables del cuidado de los demás los hace menos susceptibles a las reacciones de estrés y que los niños en edad preescolar son capaces de proyectar sus sentimientos en figuras de juguete y, en consecuencia, regular las emociones estresantes. Un estudio que examinó la eficacia de Huggy-Puppy en niños de 2 a 7 años encontró reducciones significativas en reacciones de estrés en la evaluación de posguerra (Sadeh, Hen-Gal y Tikotzky, 2008).

C) Evaluación e intervenciones entre los niños refugiados

Se recomienda una intervención temprana que sea sensible a las diferencias culturales. En un artículo sobre refugiados adultos, Pain, Kanagaratnam y Payne (2014) afirmaron que la TCC como tratamiento para el TEPT debería considerarse en el caso de los refugiados. Los autores argumentan que aunque muchos refugiados pueden ser diagnosticados con TEPT, sería más útil que el tratamiento psicológico se centre sobre otras preocupaciones válidas con respecto a factores posteriores al trauma como, la emigración e inmigración en los países receptores. Los síntomas del TEPT no siempre indican traumas o torturas del pasado, pueden reflejar un trauma actual en el país de acogida (aislamiento, hostilidad, violencia o racismo).

3.2 Intervenciones psicológicas en escolares y adolescentes

Para esta sección, describimos los resultados de investigaciones descritos en la revisión de Pfefferbaum, Newman y Nelson (2014). En la misma se incluyen investigaciones sobre conflictos políticos en curso, guerras, desastres y terrorismo. Para estos eventos traumáticos se han implementado una variedad de enfoques de intervención en todas las fases del desastre. Desde intervenciones de preparación previas al evento, a aquellas diseñadas para implementarse durante los meses y años posteriores al evento, e incluso, años después. Estas intervenciones se han realizado en escuelas, entornos clínicos, y varios emplazamientos comunitarios. Muchas han sido creadas específicamente para abordar las necesidades clínicas de los niños.

El Trastorno de estrés postraumático (TEPT), o sus síntomas, fue el más examinado en todos los estudios, seguido de depresión y ansiedad. También se han estudiado los problemas de conducta, las reacciones de duelo traumático, y los problemas de funcionamiento.

Las intervenciones realizadas incluyeron primeros auxilios psicológicos, que han suscitado un interés generalizado mientras que el debriefing recibió mucha menos atención que en la aplicación con adultos. La psicoeducación se ha utilizado sola o como un componente en muchas intervenciones.

De todos los enfoques examinados, la terapia cognitivo-conductual (TCC) fue la más informada en la literatura revisada. Por otra parte, las técnicas de exposición y narrativa también han sido ampliamente utilizadas. Las intervenciones centradas en el duelo traumático han sido especialmente importantes en desastres masivos y guerras.

Otras intervenciones estudiadas con menos frecuencia han sido la terapia psicodinámica (por ejemplo, Gilboa-Schechtman et al. 2010), la terapia de juego (por ejemplo, Shen 2002), la hipnosis (por ejemplo, Lesmana et al. 2009), masaje (por ejemplo, Field et al. 1996) y técnicas novedosas (p. Ej., Sadeh et al. 2008). A continuación describimos el tipo de intervenciones incluidas en la revisión de Pfefferbaum, et al. (2014):

a) Atención primaria psicológica:

Enfocada en hacer frente a los problemas que surjan durante ese período, movilizando apoyo y asistencia psicosocial, ofreciendo información precisa sobre las reacciones ante los desastres y los recursos disponibles y brindando oportunidades para clasificar a los niños y hacer derivaciones. Algunas de estas

intervenciones se centran en el conocimiento del desastre, la expresión emocional, la comunicación adecuada de las necesidades, el manejo de la ansiedad y los factores desencadenantes, el aumento de la autoestima y el manejo de la ira. Tras este tipo de intervención, los índices de miedo, aislamiento, respuestas de sobresalto, problemas de memoria y malestar mejoraron en pacientes recién expuestos a un evento traumático.

b) Debriefing psicológico:

Consta de una única sesión individual o de grupo en la que los sobrevivientes describen sus experiencias y reacciones, reconstruyen el evento y discuten las estrategias de afrontamiento (Litz y Maguen, 2007). Hay que tener cuidado porque este tipo de intervención ha mostrado ser, en ocasiones, inefectiva e incluso dañina en adultos (Rose et al. 2003; Foa y col. 2005). Se han encontrado entre sus resultados la disminución del estrés pero no de la sintomatología asociada a ansiedad o depresión (Yule, 1992). En otro estudio se encontró disminución de síntomas postraumáticos, depresión y ansiedad en niños (Stallard y Law 1993). Las investigaciones existentes no proporcionan pruebas claras de los beneficios del Debriefing psicológico por lo que se deberían establecer criterios claros para esta técnica. De hecho en la última actualización de la Guía NICE (2018) se desaconseja su uso.

c) Psicoeducación:

Implica proporcionar información sobre un trauma masivo o un incidente específico, las reacciones potenciales y psicológicas comunes, la adaptación, la comunicación con los hijos y los servicios y recursos. Se ha incorporado como un componente de muchos programas de intervención, y se aplica durante todas las fases de un desastre. En un estudio se observó que recibir esta información se asociaba con una disminución de la ansiedad del niño y de los síntomas postraumáticos de los padres (Kenardy et al. 2008). Entre las recomendaciones para las actividades futuras figuraban un mayor uso de las actividades participativas, ejemplos concretos, modelos de aptitudes de adaptación y comunicación, ayudas visuales, repetición y tiempo para el debate. La evidencia en este campo no es concluyente y algunos autores enfatizan la importancia de una buena planificación ya que puede no tener efectos positivos e incluso puede causar daño (Sahin et al. 2011; Wessely et al., 2008).

d) Técnicas cognitivo conductuales:

En muchas de estas intervenciones se ha utilizado una combinación de enfoques como la exposición, la narración, la reducción de la ansiedad, la relajación, la

solución de problemas, el control de la ira y las técnicas de desarrollo de la capacidad de afrontamiento. Dos de las intervenciones cognitivo conductuales más populares en el tratamiento del trauma son: intervención cognitivo-conductual centrada en el trauma en las escuelas y Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. La primera está diseñada para niños con síntomas moderados - severos de TEPT, y usando tanto sesiones grupales como individuales, es impartida en ambientes escolares. La segunda también puede ser impartida individualmente o en grupos, está diseñado para niños con sintomatología significativa y se aplica en el ámbito clínico. Es recomendable combinar esta técnica con otras como la terapia familiar para que los efectos sean más duraderos.

e) Terapia de exposición narrativa:

Estas técnicas suelen usarse combinadas con ejercicios de relajación para enseñar a los niños a manejar su ansiedad ante la exposición. La exposición *in vitro* hace hincapié en el dominio de los recuerdos traumáticos, mientras que la exposición *in vivo* hace hincapié en el encuentro con los estímulos temidos asociados al suceso traumático. Presenta mejores resultados a corto plazo que la terapia psicodinámica en síntomas de estrés postraumático y en funcionamiento global. Los efectos en la mejora de la sintomatología depresiva se mantienen a largo plazo. Si se plantea un modelo de condicionamiento como curativo, entonces es necesario una repetición estructurada de la historia en la que el miedo se experimente con seguridad en las sesiones, de modo que los niños puedan (re)-aprender que las situaciones o desencadenantes evitados y de miedo son ahora seguros.

f) EMDR:

Diseñada para procesar recuerdos estresantes o para reducir sus efectos haciendo que el niño se concentre simultáneamente en la memoria perturbadora y en un estímulo de atención dirigido por el terapeuta. El protocolo inicial consiste en recoger el historial traumático del individuo, entender los síntomas del trauma actuales y ayudar al paciente a afrontar el trauma. Contiene tanto componentes de exposición como cognitivos, siendo una característica principal del EMDR hacer que los clientes muevan sus ojos rápidamente mientras se enfocan en la memoria traumática hasta que el nivel de angustia disminuye. Ahmad y Sundelin-Wahlsten (2008) describieron la incorporación de modificaciones como la inclusión de cuidadores en las sesiones y el uso de golpecitos de manos o chasquidos de dedos cerca de las orejas del niño en lugar de movimientos oculares. Algunos estudios muestran una reducción significativa de los síntomas de estrés postraumático en

un período de 1 año y también, una mejora con respecto a la ansiedad y la depresión. La mejora se mantuvo a los 6 meses de seguimiento (por ejemplo, Chemtob y colegas, 2002). En un ensayo controlado con niños con síntomas de TEPT persistente, Kemp y colegas (2010) encontraron mejoría en los niños, que se mantuvo en el seguimiento a los tres meses. No obstante, Pfefferbaum, et al. (2014) señaló en ese momento que era necesaria investigación adicional para determinar si EMDR es más efectiva sobre otros enfoques, e identificar los componentes específicos de la intervención que son los responsables de sus resultados.

g) Intervenciones de duelo traumático:

La pena traumática implica la interacción del trauma y la pena en la que las reacciones traumáticas interfieren con la capacidad del niño para manejarse en el proceso de duelo. Se basa en la idea de que un enfoque explícito en la pena y el duelo puede facilitar el procesamiento del trauma y disminuir los síntomas de estrés postraumático. Algunos ejemplos son reconocer y nombrar la pérdida, creando recuerdos positivos, y dando significado a la pérdida.

3.3 Apoyo empírico de los tratamientos psicológicos para niños y adolescentes

En la revisión de Pfefferbaum, et al. (2014) se señaló el hecho de que la evidencia empírica, hasta ese momento, no había comprobado que ningún enfoque sea superior a otros, por lo que se ha planteado si el éxito terapéutico está determinado por la existencia de elementos comunes. Dado que muchas intervenciones son eclécticas y utilizan variedad de técnicas, tampoco estaba claro qué componente fuese responsable del beneficio. Por otra parte, los autores señalaron como la falta de uniformidad entre las intervenciones aumentan preguntas sobre la importancia de factores como el número y duración de las sesiones y el momento y el entorno óptimos para la intervención. Asimismo, otra área de estudio futuro sería la secuenciación de los componentes del tratamiento, especialmente en relación con el duelo.

En la línea de resolver cuál es el enfoque de terapia que cuenta con mayor aval empírico para el tratamiento del TEPT en población infanto-juvenil, varias revisiones sistemáticas y metaanálisis han evaluado la eficacia de los tratamientos psicosociales en niños y jóvenes (Cary y McMillen, 2012; Gutermann et al., 2016; Harvey y Taylor, 2010; Kowalik, Weller, Venter y Drachman, 2011; Morina, Koerssen y Pollet, 2016; Silverman et al., 2008, citados en Mavranouzouli et al., 2019). El consenso hasta la fecha es que la Terapia cognitivo-conductual centrada

en el trauma (TCC-CT) es un tratamiento eficaz para el TEPT en niños y jóvenes, con algunos investigadores concluyendo que también el EMDR es eficaz pero en un grado menor.

Para resolver esta última cuestión, investigaciones más actuales han comparado la efectividad del EMDR y la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) para niños, en una muestra formada por sujetos que han experimentado todo tipo de trauma (véase el metaanálisis de Lewey, et al., 2018). Los resultados de la investigación arrojaron el hecho de que ambas terapias han mostrado ser efectivas para el tratamiento del TEPT en jóvenes. Al analizar más a fondo la variabilidad entre los estudios, los hallazgos indicaron que la TCC-CT es más efectiva para reducir el TEPT después del tratamiento que el EMDR. Aquellos que informaron sobre los síntomas de estrés postraumático pero no cumplieron con los criterios para un diagnóstico completo de TEPT mostraron reducciones significativamente mayores en los síntomas después del tratamiento que aquellos que fueron diagnosticados con TEPT. Además, los niños y adolescentes con diagnósticos comórbidos mostraron una respuesta significativamente positiva al tratamiento, definida por la reducción del TEPT, en comparación con aquellos que no tenían diagnósticos múltiples. Los resultados mostraron que el tipo de trauma no se relacionaba con la efectividad del tratamiento. El estudio no reveló diferencias en el tratamiento ofrecido en función del lugar de estudio.

En la misma dirección, los resultados del metaanálisis de Mavranouzouli et al. (2019) demostraron que las formas individuales de la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) mostraron consistentemente grandes efectos en la reducción de los síntomas del TEPT después del tratamiento. Según este estudio, las terapias más eficaces para reducir los síntomas del TEPT y lograr la remisión en los niños y jóvenes con TEPT al final del tratamiento son: la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, en particular las formas de administración individual; la exposición narrativa; la exposición prolongada y la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT) de Cohen, que incluye a los padres y de la que hablamos más adelante. Por otra parte, el EMDR y el TCC-CT de grupo también parecieron ser eficaces para reducir los síntomas del TEPT en niños y jóvenes con TEPT, pero con efectos más pequeños en comparación con otras intervenciones. La terapia de los padres en solitario, y la terapia familiar mostraron efectos más pequeños en la reducción de los síntomas del TEPT.

Como se puede apreciar en la siguiente tabla, la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT), ha recibido un gran apoyo empírico y se recomienda como tratamiento de primera línea para niños y adolescentes con TEPT en varias guías de buenas prácticas clínicas internacionales.

Intervenciones psicológicas para la Prevención y el Tratamiento del TEPT en Niños y Jóvenes según las Guía de buenas prácticas clínicas ²		
NICE (2018)	ISTSS (2018)	Phoenix ... (2020)
<p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> -TCC-CT individual (especialmente si los síntomas persisten más de 3 meses) - EMDR (Solo si los síntomas persisten más de 3 meses) <p>No se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debriefing psicológico 	<p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC-CT (niño) - EMDR -TF-CBT-(cuidador y niño) <p>Intervenciones con evidencia emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC-CT de grupo(niño) - Grupo de Psicoeducación - Mejora de la Relación Padre-hijo <p>No hay suficiente evidencia para recomendar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC-CT (cuidador) - Terapia Familiar - TCC-CT grupal para cuidador y el niño - KidNET, - Asesoramiento no directivo - Cuidado escalonado TCC-CT (cuidador y niño) 	<p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC-CT (niño) -TF-CBT-(cuidador y niño) <p>Se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EMDR <p>No hay suficiente evidencia para recomendar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC-CT (cuidador) - TCC –CT grupal para el cuidador y el niño - Psicoeducación de grupo - Terapia de familia

Tabla 11: Intervenciones psicológicas para la Prevención y el Tratamiento del TEPT en Niños y Jóvenes según las Guías de buenas prácticas clínicas

Otra línea de investigación en curso necesaria tiene que ver con examinar los moderadores del tratamiento para niños y adolescentes con TEPT debido a la exposición a una amplia gama de eventos traumáticos. Las revisiones recientes existentes para el tratamiento del TEPT en niños y adolescentes, como ya se ha explicado, han identificado la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) como tratamientos con base en la evidencia. Sin embargo, la evidencia para los moderadores de los tratamientos para el TEPT para los jóvenes está mejorando, pero aún es escasa. La investigación sobre los moderadores del tratamiento es importante para orientar la toma de decisiones clínicas en torno a la selección de tratamientos que podrían ser más

² Nota: NICE: National Institute for Health and Care Excellence. ISTSS: International Society for Traumatic Stress Studies. Phoenix ...: Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health TEPT: Trastorno de estrés postraumático.

efectivos dados las características y circunstancias de un niño o adolescente en particular que sufren el TEPT o sus síntomas de modo significativo.

Una revisión muy actual (Danzi y la Greca, 2020), se ha centrado en investigar dichos moderadores. Este estudio proporciona una revisión actualizada de posibles moderadores evaluados en metanálisis recientes (en los últimos 5 años) y revisiones sistemáticas de tratamientos psicológicos para el TEPT en jóvenes. Los moderadores examinados estaban en las áreas de características de la juventud (edad, género, etnia, domicilio), factores de los padres / cuidadores (participación, funcionamiento), tipo de trauma y factores de tratamiento (número de sesiones, terapia individual/ grupo, elementos de exposición, ganancias repentinas).

Los resultados de la revisión argumentan que la edad fue la variable más estudiada, seguida del género, el domicilio y después, la etnia. En general, el tratamiento para el TEPT parece más efectivo para los jóvenes mayores. Sin embargo, el apoyo para el género como moderador del tratamiento fue limitado: dos de tres revisiones encontraron alguna evidencia de género, pero el patrón de hallazgos no estaba claro. En la misma medida, se encontraron pruebas limitadas con respecto al domicilio; haciendo referencia a una reseña donde se encontró menores efectos del tratamiento para las muestras de EE. UU., pero solo cuando se comparaba TCC-CT con la lista de espera. Con relación a la etnia, fue solo investigada en una revisión y no surgió como un moderador.

Con relación a la influencia que aportan los factores del padre / cuidador en los tratamientos de TEPT en los jóvenes, lo primero que habría que considerar es que generalmente involucran a los mismos hasta cierto punto, y para modelos como TCC-CT, la participación de los padres es integral para la construcción de la resiliencia familiar, de lo cual se habla en el capítulo siguiente. Tres de seis revisiones investigaron los factores relacionados con la participación del padre / cuidador. Por ejemplo, Morina et al. (2016) y Gutermann et al. (2016, 2017) evaluaron la participación de los padres. Morina y col. (2016) no encontraron diferencias al examinar los resultados de dicha participación, en comparación a la lista de espera. Sin embargo, Gutermann et al. (2016) encontraron tamaños de efecto más grandes para los tratamientos que involucran a los padres/ cuidadores en comparación con tratamientos que involucran solo a los jóvenes. Sin embargo, cuando se examina durante el seguimiento, no hubo diferencias en los tamaños del efecto (Gutermann et al., 2017). En base a lo anterior, Danzi y la Greca (2020) concluyen que es necesaria investigación adicional para aclarar el papel de la participación de los padres en los resultados del tratamiento del TEPT.

Por otra parte, el funcionamiento de los padres (depresión materna y creencias irracionales) se investigaron en una revisión y se vinculó a una mejoría menor en los síntomas de TEPT (Dorsey et al., 2017). Los autores plantean que es posible que la depresión materna interfiere con la participación en el tratamiento del niño, limitando componentes importantes como el alentar al niño a practicar y generalizar habilidades fuera de la sesión, y también interfiere con la capacidad de las madres para brindar apoyo a su hijo (Nixon et al., 2012). Por lo tanto, parece haber cierto apoyo para los síntomas depresivos maternos como moderador del tratamiento.

Con relación a otros moderadores estudiados en esta revisión de Danzi y La Greca (2020), se identificó cierto apoyo para la dosis de tratamiento (más sesiones o más horas se asoció con mejores resultados). Otro hallazgo interesante consistió en el hecho de que de las tres revisiones que investigaron los formatos individuales versus grupales, solo una encontró efectos mayores para el tratamiento individual. Por último, las ganancias repentinas se encontraron como posibles moderadores del tratamiento. Un hallazgo curioso es que el tipo de trauma fue investigado por tres revisiones, pero ninguna encontró que esta variable moderase los resultados del tratamiento. Una explicación para este hecho encuentran Danzi y La Greca (2020) en que los autores de los estudios examinados agrupan, con frecuencia, todos los tipos de traumatismos o clasifican el tipo de trauma de formas inconsistentes basadas en las limitaciones de los estudios disponibles y un número insuficiente de estudios para representar cada tipo de trauma. Por lo tanto, concluyen que este problema metodológico puede ser responsable de la falta de hallazgos

En base a todo lo anterior, Danzi y La Greca (2020) concluyen que el estudio adicional de los moderadores será esencial para avanzar en la base de conocimientos en el tratamiento del TEPT en los jóvenes.

4. La importancia de la relación terapéutica

Tanto la experiencia clínica como los resultados de las investigaciones subrayan que la relación terapéutica explica tanto y probablemente más la variación de los resultados que los métodos de tratamiento particulares. El examen académico y exhaustivo sobre la elección de tratamiento de Gran Bretaña recomendó que la eficacia de todos los tipos de terapia depende de que el paciente y el terapeuta formen una buena relación de trabajo (Department of Health, 2001, citado en Norcross y Lambert, 2019).

En particular, la relación de psicoterapia hace contribuciones sustanciales y consistentes al resultado de la terapia independiente de la técnica o la escuela de la terapia. En Norcross y Lambert (2019) se citan las investigaciones que reflejan como, aunque las investigaciones sobre la eficacia han llegado a extremos considerables para eliminar al terapeuta individual como variable que podría explicar la mejora del paciente, el hecho ineludible es que simplemente no es posible enmascarar a la persona y la contribución del terapeuta (Castonguay y Hill, 2017; Orlinsky y Howard, 1977). La contribución curativa de la persona del terapeuta es, podría decirse, tan evidente como los tratamientos manuales o los métodos de psicoterapia. Las revisiones cuantitativas de los efectos del terapeuta en los estudios de los resultados de la psicoterapia muestran efectos consistentes y robustos del terapeuta, que probablemente representan entre el 5% y el 8% de los efectos de los resultados de la psicoterapia (Barkham, Lutz, Lambert y Saxon, 2017). Incluso, cuando los tratamientos se aplican efectivamente con un mínimo de contacto con el terapeuta (King, Orr, Poulsen, Giacomantonio, y Haden, 2017), su contexto relacional incluye habilidad interpersonal, persuasión, calidez, e incluso, en ocasiones, carisma. En la relación terapéutica tiene que existir un contexto de confianza entre el terapeuta, el profesional asistencial y el paciente.

Por el contrario, los aspectos que no funcionan en la relación terapéutica son: las pobres alianzas en la psicoterapia de adultos, adolescentes, niños, parejas y familias, así como bajos niveles de cohesión en la terapia de grupo. La escasez de colaboración, la falta de consenso, de empatía y de consideración positiva predicen el abandono y el fracaso del tratamiento. El profesional ineficaz no buscará ni será receptivo a los métodos formales de proporcionar al cliente información sobre el progreso y la relación, ignorará las rupturas de alianza y no será consciente de su contratransferencia. Los terapeutas incongruentes, los tratamientos desacreditados, y las sesiones sin emociones desmerecen el éxito del paciente. También hay que evitar confrontaciones, procesos negativos, suposiciones, centralidad del terapeuta, arrogancia y rigidez cultural (Norcross y Lambert, 2019).

En esta dirección, la relación de terapia actúa en concierto con los métodos de tratamiento, las características del paciente y otras cualidades del terapeuta a la hora de determinar la efectividad de la psicoterapia.

Los aspectos que funcionan y no funcionan en la relación terapéutica se describen a continuación:

Aspectos que funcionan en la Relación terapéutica	
Efectivos	Alianza en la psicoterapia individual
	Alianza en la terapia de niños y adolescentes
	Alianzas en la terapia de pareja y familiar
	Colaboración
	Consenso de objetivos
	Cohesión en la terapia de grupo
	Empatía
	Mirada positiva y afirmación
	Recoger y entregar la información de los clientes
Probablemente efectivos	Congruencia/ autenticidad
	La verdadera relación
	La expresión emocional
	Cultivando una expectativa positiva
	Promover la credibilidad del tratamiento
	Gestión de la contratransferencia
Investigación prometedora pero insuficiente	Reparar las rupturas de alianza
	Autorevelación e inmediatez

Tabla 12: Aspectos que funcionan en la Relación terapéutica (Norcross y Lambert, 2019)

Según plantean Norcross y Lambert (2019), que recogen las conclusiones del Grupo de Trabajo de la Tercera División de la APA con respecto a los elementos de la relación terapéutica proporcionados principalmente por el psicoterapeuta y los métodos de adaptar la psicoterapia a las características transdiagnósticas del paciente, una comprensión integral de la psicoterapia eficaz (e ineficaz) considerará todos estos determinantes y cómo trabajan juntos para producir beneficio. Estas conclusiones representan el conocimiento científico actual para ser entendido y aplicado en el contexto de la clínica.

Las recomendaciones que ofrece dicho grupo de trabajo se resumen en la siguiente tabla.

Recomendaciones del Grupo de trabajo de la Tercera división de la APA con respecto a la Relación terapéutica	
Recomendaciones generales	Aumentar la conciencia y el uso de lo que "funciona" en la relación de la psicoterapia y las adaptaciones del tratamiento.
	Se alienta a los lectores a que interpreten estas conclusiones en el contexto de las limitaciones reconocidas.
	Recomendamos que en el futuro se establezcan periódicamente grupos de trabajo para examinar estas conclusiones, incluir nuevos elementos de la relación y la capacidad de respuesta, incorporar los resultados de las publicaciones en idiomas distintos del inglés (cuando sea posible) y actualizar estas conclusiones.
Recomendaciones para la práctica	Se alienta a los profesionales a que hagan de la creación y el cultivo de la relación terapéutica un objetivo primordial del tratamiento.
	Se alienta a los profesionales a que evalúen los comportamientos relacionales (por ejemplo, alianza, empatía y cohesión)
	Se alienta a los profesionales a que adapten la psicoterapia a esas características transdiagnósticas específicas del cliente de manera que se demuestre que es eficaz y probable.
	Los profesionales experimentarán un mayor éxito en el tratamiento mediante la evaluación periódica y la adaptación de la psicoterapia a las identidades culturales de los clientes.
	Se anima a los profesionales a que controlen de forma rutinaria la satisfacción de los pacientes con la relación terapéutica, la comodidad con los esfuerzos de respuesta y la respuesta al tratamiento.
	Se anima a los profesionales a que utilicen simultáneamente relaciones basadas en la evidencia y tratamientos basados en la evidencia adaptados a todo el paciente

Tabla 13: Recomendaciones del Grupo de trabajo de la Tercera división de la APA con respecto a la Relación terapéutica (Norcross y Lambert, 2019)

Por consiguiente, las técnicas no resultarán efectivas si un terapeuta posee si no consigue un clima de aceptación incondicional, autenticidad, respeto y confianza con su paciente. Si esto es así para todo tipo de pacientes, para pacientes traumatizados lo es más aún. La calidad de la relación terapéutica es un factor clave en el proceso de recuperación de la víctima de un trauma para evitar la victimización secundaria. El terapeuta se convierte en una figura clave que le ayudará en la recuperación de la confianza perdida en el mundo. La motivación

para el tratamiento e incluso la implicación en tareas terapéuticas dolorosas como la narración y exposición de los sucesos traumáticos, sólo puede darse cuando la víctima posee plena confianza en su terapeuta. Esta variable disminuye el riesgo de abandono de la terapia por parte del paciente.

En este sentido, más allá de las técnicas utilizadas, el peso específico de las características personales del terapeuta desempeña un papel significativo en el resultado final de la terapia. Como profesionales existen dos posturas que nos pueden dificultar el trabajo con víctimas de violencia organizada: una consiste en crearse una coraza de indiferencia, y la otra es perderse en un ideal de salvación. Las representaciones sociales de los profesionales tienen una influencia determinante sobre los proyectos que conciben las personas y sobre sus intervenciones. Nuestras ideas acerca de las víctimas del terrorismo, nuestras emociones, experiencias, las creencias y actitudes que nos despiertan, influirán en el tipo de relación que vamos a establecer con ellas.

Por último, queremos llamar la atención sobre uno de los procesos que pueden ocurrir en los terapeutas o en el personal asistencial, cuando tratan de una forma empática y comprometida a las víctimas de traumas durante un tiempo prolongado, es la llamada traumatización vicaria. Se trata del impacto del trauma en las personas que se ocupan de ayudar a las víctimas, pues el trauma puede ser contagioso. Los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental están expuestos a un elevado nivel de estrés en su entorno laboral. Una de las fuentes de estrés más destacable para estos profesionales es el contacto continuado con el sufrimiento de otros seres humanos, siendo testigos de relatos e historias difíciles sobre las experiencias de sus pacientes. Ocuparse casi exclusivamente de estos pacientes significa para el terapeuta hacerse cargo de experiencias difíciles, conectadas con el lado más oscuro de la vida. Los síntomas iniciales de la traumatización vicaria se pueden instalar de una forma progresiva y difusa, de tal manera que el terapeuta puede no darse cuenta inicialmente de ellos. Poco a poco, le cuesta desconectarse del trabajo, relajarse, tiene incapacidad para descansar e, incluso, divertirse como lo hacía con anterioridad. La cotidianidad le resulta demasiado frívola con relación a lo que escucha en su trabajo. Una de las consecuencias más preocupantes es que el terapeuta puede volverse más escéptico acerca de las motivaciones de los demás, desesperanzados, desconfiados y más pesimista sobre el ser humano.

En el contexto de la terapia, dos tareas esenciales son el ponerse en el lugar de los usuarios y responder sensiblemente a sus necesidades, estas conductas pueden evocar en los terapeutas sensación de vulnerabilidad. Por otro lado, dado que el trabajo en este campo que es, generalmente, de carácter multidisciplinar, se

requiere de la coordinación entre profesionales y el trabajo en equipo. En este sentido, la calidad del clima organizacional y otros aspectos asociados a las relaciones interpersonales también pueden ser un factor que genere estrés en los profesionales y repercuta en la calidad de la atención a los pacientes.

Ortiz-Fune (2018) advierte como en los profesionales de la salud mental el agotamiento emocional a menudo aparece de la mano de otras consecuencias físicas y conductuales. Las consecuencias conductuales suelen traducirse en respuestas evitativas ante el propio malestar (por ejemplo, la sensación de vulnerabilidad) lo que puede conllevar un distanciamiento físico y emocional hacia los usuarios y otros compañeros. Este autor resalta el hecho de que, aunque momentáneamente este distanciamiento tenga como consecuencia una disminución de emociones negativas, tales como la vulnerabilidad, ansiedad o angustia, sus consecuencias son negativas a medio o largo plazo. En este sentido, pueden comprometer la eficacia en el trabajo, el bienestar de los profesionales y la evolución de los propios pacientes. Se asume que parte del agotamiento emocional, así como la experimentación de emociones como la vulnerabilidad son inevitables dado el contacto con el sufrimiento de otros.

En un estudio reciente de Ortiz-Fune, Kanter y Arias (2020) se comprobó que los profesionales que presentan mayor percepción de logro personal, menos agotamiento emocional y menos conductas de distanciamiento son aquellos con mayor capacidad de flexibilidad psicológica. La flexibilidad psicológica (habilidad para comportarse conforme a los propios valores, incluso en presencia de emociones poco agradables) se ha mostrado útil para ayudar a los profesionales de salud mental a manejar los elevados niveles de estrés y vulnerabilidad que experimentan en su trabajo, sin necesidad de distanciarse de otros seres humanos ni de su propia experiencia. Estos autores también exploraron el papel de las habilidades de conexión social e intimidad, partiendo de la base de que parece que la disposición para emitir conductas que implican vulnerabilidad y la capacidad de respuesta hacia las necesidades de los otros se asocian a mayor percepción de logro y menos conductas de distanciamiento. Según este estudio, se comprobó esta hipótesis pues, efectivamente parece que estas dos últimas variables se asocian a mayor percepción de logro y menos conductas de distanciamiento.

Por consiguiente, los autores sugieren desde un modelo de análisis contextual-funcional, que es necesario trabajar para alcanzar un cambio conductual (entrenar en flexibilidad psicológica y habilidades de conexión social). Este entrenamiento traería varias consecuencias positivas: 1-generaría un impacto positivo en la gestión del estrés y otras emociones adversas, 2-podría ayudar a los profesionales

a ser y sentirse más eficaces en su trabajo y esto, a su vez, tendría un impacto positivo en la evolución de los pacientes.

5. El tratamiento psicofarmacológico

5.1 El tratamiento psicofarmacológico de las víctimas de traumas

En el tratamiento de las víctimas adultas de trauma, si bien las guías de buena práctica clínica recomiendan algún tipo de terapia psicológica centrada en el trauma como primera elección de tratamiento, también es cierto que la terapia psicofarmacológica ha sido considerada, asimismo, una alternativa de tratamiento. No obstante hay que decir que, hace algunos años, en el caso del TEPT, según la guía de buena práctica clínica que se consultara, el tratamiento farmacológico se recomendaba como una de las primeras opciones de tratamiento (American Psychiatric Association, 2004; NIMH, 2002; VA/DoD, 2010), como la segunda (NICE, 2005), como la tercera (ACPMH, 2013) e, incluso, como la cuarta (Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2007) (todas las referencias citadas en Gesteira Santos, 2016).

En los últimos años, las recomendaciones acerca del papel que debe ocupar el tratamiento psicofarmacológico en el tratamiento del TEPT han ido cambiando. Por ejemplo, en varias de estas guías se recomienda como primera línea de intervención el tratamiento psicológico y que solo se considere el tratamiento farmacológico si se tiene preferencia por este tipo de tratamientos (por ejemplo, NICE, 2018; Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020).

Igualmente sucede en la Guía VA/DoD, 2017, focalizada en el tratamiento de los veteranos de guerra, donde se considera la psicoterapia individualizada y manualizada centrada en el trauma sobre otras intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento primario del TEPT. En esta guía se señala que, con respecto al uso de la farmacoterapia o psicoterapia individual no centrada en el trauma, no hay pruebas suficientes para recomendar una sobre la otra (cuando la psicoterapia individual centrada en el trauma no está disponible o no se prefiere).

En la guía de la APA (2017) no aparece especificada esta cuestión. No obstante, cabe señalar que las dos guías que no tienen recomendaciones de priorización de tratamientos (APA e ISTSS) le han dado calificaciones más fuertes a los

tratamientos centrados en el trauma que a los medicamentos. Debido a las diferencias metodológicas entre ensayos de psicoterapia y ensayos de medicamentos que pueden influir, el comité de la APA no ha considerado que haya pruebas suficientes, en ausencia de ensayos directos, para apoyar la priorización de la psicoterapia sobre los medicamentos.

En las actualizaciones más recientes de las guías de buena práctica clínica (por ejemplo APA, 2017; NICE, 2018; VA/DoD, 2017; ISTSS 2018; Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020) todas estuvieron de acuerdo que los ISRS (específicos o de toda la clase) eran los más medicamentos eficaces para el TEPT. Debido al hecho de que las recomendaciones para una clase de medicamentos implica que todos los medicamentos dentro de la misma tienen una eficacia similar y perfiles de efectos secundarios similares, algunas guías determinaron que esos criterios se cumplieron y recomendaron la clase de ISRS, mientras que otras nombraron sólo tipos específicos de ISRS, dada la evidencia de diferentes niveles de eficacia dentro de una misma clase.

Como se ve en la Tabla 14³ en las guías de buenas prácticas clínicas hubo un acuerdo general sobre qué medicamentos fueron más efectivos para tratar el TEPT. Las guías APA, ISTSS y VA/DoD recomiendan el uso de sertralina, paroxetina, fluoxetina y venlafaxina. La guía de Phoenix recomendó los ISRS, al igual que la guía NICE que citó la sertralina y la venlafaxina como ejemplos.

Solo dos guías (NICE y VA/DoD) ofrecieron una segunda línea con recomendaciones de farmacoterapia. La guía VA/DoD aconsejó la nefazodona, imipramina y fenelzina. La guía NICE también dio una recomendación moderada de antipsicóticos (ej. risperidona) tras la falta de respuesta a otros tratamientos farmacológicos o psicológicos, pero solo en el contexto de síntomas y comportamientos incapacitantes. Por otra parte, la guía ISTSS también dio una recomendación emergente a la quetiapina. Las fuertes recomendaciones "en contra" del uso de psicofármacos generalmente se debieron a resultados negativos y/o efectos secundarios.

De acuerdo a la mayoría de las investigaciones, la depresión y el TEPT presentan una elevada comorbilidad, siendo los antidepresivos efectivos para ambas condiciones (Mingote, Machón, Isla, Perris y Nieto, 2001).

³ Nota: APA: American Psychological Association. NICE: National Institute for Health and Care Excellence Reino Unido. VA/DoD: Department of Veterans Affairs and Department of Defense. ISTSS: International Society for Traumatic Stress Studies. Phoenix.....: Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health.

Terapia farmacológica para Adultos con TEPT según las Guías de buenas prácticas clínicas				
APA (2017)	NICE (2018)	VA/DoD (2017)	ISTSS (2018)	Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health (2020)
<p>Se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluoxetina - Paroxetina - Sertralina - Venlafaxina <p>No hay suficiente evidencia para recomendar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risperidona - Topiramato 	<p>Si el paciente tiene preferencia por el tratamiento farmacológico considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Venlafaxina - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), e.g. Sertralina <p>Si el paciente presenta síntomas discapacitantes o si no responde a otros tratamientos considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antipsicóticos, ej. Risperidona 	<p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluoxetina - Paroxetina - Sertralina, - Venlafaxina <p>Se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nefazodona - Imipramina - Fenzelina <p>No hay suficiente evidencia para recomendar:</p> <p>Doxepin, Duloxetina, Desvenlafaxina, Fluvoxamina, Levomilnacipran, Nortriptyline, Trazodone, Vilazodone, Vortioxetina, Buspirone, Ciproheptadina, Hidroxicina, Zaleplon, Zolpidem</p>	<p>Intervenciones de bajo efecto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluoxetina - Paroxetina - Sertralina - Venlafaxina <p>No hay suficiente evidencia para recomendar:</p> <p>Amitriptilina, Brofaromina, Divalproex, Ganaxolona, Imipramina, Ketamina, Lamotrigina, Mirtazapina, Antagonista de la Neurokinina-1, Olanzapina, Fenzelina, Tiagabina o Topiramato</p> <p>Intervenciones con evidencia emergente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quetiapina 	<p>Se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) - Venlafaxina <p>No hay suficiente evidencia para recomendar:</p> <p>Mirtazapina, Amitriptilina, Imipramina, Brofaromina, Fenzelina, Olanzapina, Divalproex, Lamotrigina, Tiagabine, Topiramato, Ganaxolona, Antagonista de la Neurokinina-1</p>

Tabla 14: Terapia farmacológica para Adultos con TEPT según las Guías de buenas prácticas clínicas

Un estudio más reciente (de Moraes Costa, et al., 2020) comparó la eficacia y la adecuación de los tratamientos farmacológicos para adultos con trastorno de estrés postraumático a través de una revisión sistemática, y metaanálisis en red. Los resultados del mismo apoyan el uso de topiramato, risperidona, quetiapina, paroxetina, venlafaxina, fluoxetina y sertralina como opciones farmacológicas efectivas para el tratamiento del TEPT.

La quetiapina y el topiramato tienen el inconveniente de basarse en unos pocos estudios con muestras pequeñas, pero los autores mencionan que el cambio es clínicamente significativo y merece una mayor investigación. Entre los tratamientos farmacológicos eficaces en comparación con placebo, la fluoxetina alcanzó un rango relativamente alto en cuanto a aceptabilidad. Por consiguiente, cuando se debe establecer un equilibrio entre la eficacia y la aceptabilidad, el estudio respalda a la fluoxetina como una opción farmacológica de primera línea para el TEPT.

Por otra parte, las guías clínicas de tratamiento de las personas afectadas por una situación traumática siguen recomendando el uso de medicación para tratar síntomas agudos de hiperactivación fisiológica (los problemas del sueño y algunos síntomas de reexperimentación como las pesadillas), pero cuidando que el uso de hipnóticos, en general, se dé solamente a corto plazo. Los ansiolíticos como, por ejemplo, las benzodiazepinas, actúan en la reducción de los síntomas de hiperactivación, aunque su eficacia para tratar los síntomas del TEPT no ha sido bien establecida (Gelpin, Bonne, Peri, Brandes y Shalev, 1996; Mellman, Bustamante, David y Fins, 2002; citados en Gesteira Santos, 2016). Además, su uso y abuso ha sido debatido en la literatura, ya que parece que podrían producir dependencia y/o incrementar los síntomas de TEPT a raíz de su discontinuación (López Vantour, Aroche Arzuaga, Bestard Romero y Ocaña Fontela, 2010). Si bien es cierto, que para algunos de esos autores el uso de benzodiazepinas podría ser útil cuando se combina con ISRS.

En cuanto a la agresividad/impulsividad, Ramírez (2006) cita varios estudios que identifican la existencia en el cerebro de diversos engranajes dedicados a modular el equilibrio entre activación e inhibición de la agresión mediante sustancias químicas muy variadas (Avis, 1974; Leshner, 1978; Krsiak, Sulkova, Donat, Dlohozkova, Kosar, Masek, 1981; Skolnick, Reed, Paul, 1985; Eichelman, 1987). Las alteraciones en los niveles de la serotonina es el hallazgo mejor documentado en relación con la impulsividad y la agresividad. Los agentes que mejoran la actividad serotoninérgica revierten la conducta agresiva e inhiben la agresividad, ya sea espontánea o inducida. La eficacia anti-impulsiva ha sido demostrada en una variedad de medicamentos, pero los más específicos son los anticonvulsivantes,

los ISRS y el litio (Ramírez, 2006). En la agresividad influyen también las hormonas del eje hipófiso-suprarrenal: la corteza suprarrenal, mediante la corticosterona y la ACTH, al estimular la secreción de cortisol, y la médula suprarrenal mediante dos catecolaminas, la adrenalina y la noradrenalina.

En el abanico de fármacos para el tratamiento de la irritabilidad se encuentran las benzodiacepinas. Por ejemplo, el lorazepam y el oxazepam se usan de forma frecuente en el manejo de la agitación, pero, aunque son seguros cuando se utilizan a dosis bajas, cuando se aumenta la dosis son comunes los efectos secundarios. Además, si se usan durante tiempo prologando, es probable que aparezca tolerancia y dependencia al fármaco (López Vantour et al., 2010).

No obstante, a pesar de que existen resultados positivos de la combinación de fármacos y terapia psicológica, la investigación previa no ha encontrado hasta ahora pruebas sólidas de que añadir psicofármacos a la psicoterapia sea significativamente más eficaz que utilizar solamente psicoterapia, ni para el TEPT ni para los trastornos de ansiedad. Solo para la fobia social y el trastorno depresivo las investigaciones han arrojado resultados positivos (Huhn et al., 2014 citado en Moreno Pérez, 2016). Con relación al tratamiento del trastorno depresivo mayor, estudios recientes también sugieren que la TCC es tan eficaz como los fármacos antidepresivos, pero con beneficios terapéuticos más duraderos en el tiempo (Hollon et al., 2014, McMMain et al., 2015, Weitz et al., 2015; citados en Shou et al., 2017).

5.2 El tratamiento psicofarmacológico en víctimas del terrorismo

Aunque toda la literatura científica mencionada anteriormente sugiere que la utilización de psicofármacos tiene algún lugar en el tratamiento de las víctimas de acontecimientos traumáticos, es importante señalar que, hasta ahora, no existe ningún estudio que haya demostrado la eficacia o efectividad de cualquier psicofármaco en el tratamiento específico de las víctimas de atentados terroristas. Efectivamente, en la revisión sistemática de García-Vera et al. (2015) no se encontró ningún estudio publicado que hubiese analizado la eficacia o utilidad clínica de cualquier tipo de tratamiento farmacológico en víctimas adultas de terrorismo que presentasen trastornos psicológicos, salvo un estudio que analizaba la eficacia para el TEPT de la combinación de terapia de exposición prolongada con un fármaco ISRS, paroxetina, frente a la utilización de la terapia de exposición prolongada con un fármaco placebo (Schneier et al., 2012).

Por tanto, aunque existe una abundante investigación empírica sobre la eficacia y utilidad clínica de varias terapias farmacológicas para los trastornos psicológicos que pueden padecer las víctimas de muy diversos acontecimientos traumáticos como, por ejemplo, para el TEPT en veteranos de guerra, víctimas de agresiones sexuales o de violencia doméstica, no parece que exista hasta la fecha ningún estudio publicado que haya analizado la eficacia de los psicofármacos en solitario para las víctimas del terrorismo que sufren TEPT, TDM o trastornos de ansiedad. Es más, los resultados terapéuticos encontrados por Schneier et al. (2012) en víctimas del terrorismo para la combinación de terapia de exposición prolongada y paroxetina, aunque fueron significativamente mejores que para la combinación de terapia de exposición prolongada y fármaco placebo, fueron inferiores a los obtenidos como media en los estudios que habían utilizado TCC-CT para víctimas del terrorismo con TEPT.

En el postratamiento, tan solo el 17% de las víctimas con TEPT que habían recibido terapia de exposición con un fármaco placebo mejoraron clínicamente, porcentaje que se elevaba al 42% cuando dicha terapia se combinaba con paroxetina, pero que aun así era inferior a las tasas de mejoría clínica que se encontraron entre los pacientes con TEPT que habían recibido terapia cognitivo conductual centrada en el trauma y que oscilaban entre 33% y 69%, con una media de 57,4%. (García-Vera et al., 2015, p. 236)

De hecho, ese resultado tan sorprendente sobre la utilización combinada de terapia de exposición prolongada y paroxetina (mejor que la terapia de exposición prolongada con fármaco placebo, pero peor que la TCC-CT en solitario), se une a una literatura científica ambigua sobre la superioridad o no de la combinación de psicofármacos y terapias psicológicas. Así, a pesar de que existen resultados positivos de la combinación de fármacos y terapia psicológica, sobre todo, en el caso de la sertralina, la paroxetina y la TCC-CT (Otto et al., 2003, citado en Gesteira Santos, 2016; Schneier et al., 2012), hay que considerar que la investigación previa no ha encontrado hasta ahora pruebas sólidas de que añadir psicofármacos a la psicoterapia sea significativamente más eficaz que utilizar solamente psicoterapia, ni para el TEPT ni para los trastornos de ansiedad.

García Vera et al. (2017) recomiendan el uso de psicofármacos en víctimas del terrorismo cuando un paciente no desee un tratamiento psicológico centrado en el trauma y/o cuando dicho tratamiento psicológico no haya obtenido beneficios terapéuticos o estos hayan sido pocos después de que el tratamiento psicológico se haya aplicado durante al menos doce sesiones.

5.3 El uso de psicofármacos en niños y adolescentes

Un último aspecto a abordar tendría que ver con el uso de psicofármacos en los niños y adolescentes que han sufrido eventos traumáticos. En las Guías de práctica de psicofarmacología de la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Greenhill et al., 2003, citado en Wolmer et al., 2017) se concluye que "Con los niños en edad preescolar, siendo tratados cada vez más con fármacos, la necesidad de investigaciones para comprobar la seguridad y eficacia de estos medicamentos se está volviendo un tema central para los investigadores de muchas disciplinas" (p. 406).

En respuesta, la revisión de la literatura, la experiencia clínica, y el consenso de expertos del Grupo de Trabajo de Psicofarmacología no recomiendan intervención psicofarmacológica para el TEPT en escolares por las siguientes razones: (1) los ensayos controlados aleatoriamente se han realizado solo entre adultos y (2) la literatura proporciona un apoyo relativamente fuerte para la eficacia de intervenciones que tengan en cuenta los modelos ecológicos en preescolares (Gleason et al., 2007).

A pesar de estas recomendaciones, resultan alarmantes los datos de una encuesta realizada (véase Wolmer et al., 2017) que mostró que el 89% de los médicos usan medicamentos para tratar el TEPT preescolar: más de la mitad usaban los ISRS, el 9.2% antidepresivos tricíclicos y el 10% benzodiazepinas. Estos datos, como bien señala Wolmer et al. (2017), tienen serias implicaciones éticas, particularmente teniendo en cuenta el desarrollo del cerebro de niños pequeños traumatizados: los medicamentos antes mencionados tienen una estrecha ventana terapéutica y su uso carece de apoyo empírico (Gleason et al., 2007). Por lo tanto, estos medicamentos deben tratarse con mucha precaución cuando se usa con niños en edad preescolar, escolar y adolescentes en general.

En esta línea, las revisiones clínicas no apoyan la eficacia del uso de ISRS en el tratamiento del TEPT entre niños y adolescentes (Strawn, Keeshin, DeBello, Geraciotti y Putnam, 2010). Según la revisión realizada por estos autores, otras clases de medicamentos, como bloqueadores alfa y beta adrenérgicos, estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos de segunda generación, se han utilizado para tratar el TEPT en adultos, con evidencia muy limitada para apoyar su uso con niños. El uso de los medicamentos se justifica principalmente en el tratamiento de síntomas comórbidos en niños y adolescentes (Thakur, Creedon y Zeanah, 2015).

Debido al riesgo del aumento de conductas suicidas en niños y adolescentes tratados con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), en el año 2004 la institución estadounidense FDA (Food and Drug Administration) alertó del uso indebido de los mismos, incluyendo una advertencia en los prospectos de estos medicamentos. En concreto, la FDA consultó a un panel independiente de expertos en suicidio de la Universidad de Columbia para revisar los datos. Esos expertos concluyeron que los antidepresivos aumentaron el riesgo de suicidio en un 71% y el riesgo de agresión en un 79% en comparación con el placebo en la población pediátrica.

Sin embargo, a pesar de estas advertencias, resultan preocupantes los resultados de un estudio realizado entre los años 2005 y 2012 en cinco países: Dinamarca, Alemania, Países Bajos, Reino Unido y Estados Unidos, con el objetivo de evaluar las tendencias más recientes en la prescripción de antidepresivos en población joven de 0 a 19 años (Bachmann et al., 2016). Los datos de este estudio transversal revelan un importante incremento en el uso de antidepresivos en niños y adolescentes durante los años evaluados. Se encontró que, la prevalencia del consumo de estos medicamentos aumentó un 26,1% en Estados Unidos, un 54,4% en Reino Unido, un 60,5% en Dinamarca, un 17,6% en Países Bajos y un 49,2% en Alemania. En cuanto al tipo de antidepresivos utilizados hay un uso predominante de los ISRS, llegando a ser el antidepresivo de elección en el 81,8% de los casos en Dinamarca. Considerando la franja de edad, se dio un mayor incremento entre los jóvenes de 15 a 19 años en Dinamarca, Alemania y Reino Unido, y entre los de 10 a 14 años en los Países Bajos y Estados Unidos.

En una revisión de estudios más reciente (Hengartner, 2020) se revisa y argumenta los problemas que ha presentado hasta la fecha la literatura científica sobre la eficacia de psicofármacos en pediatría: "Ahora está bien establecido", señala, que la investigación ha sido patrocinada casi en su totalidad por la industria farmacéutica, que los ensayos negativos no se publicaron, por lo que sólo los resultados positivos llegaron al público. Estos estudios se redactaron, por tanto, dejando fuera los resultados negativos encontrados y clasificando erróneamente o eliminando la prevalencia de efectos adversos (incluido el riesgo de suicidio).

Hengartner (2020) revisa una serie de estudios que han analizado esta cuestión sin los sesgos habituales que han caracterizado la publicación de resultados en esta área. De este modo, hace referencia a la investigación realizada por Martin Whitely, Melissa Raven y Jon Jureidini, en el que se analizaron los datos de salud pública de Australia, observando una relación clara sobre el aumento del 66% en el uso de antidepresivos entre el año 2008 y 2018 y el aumento del 49% las tasas de suicidio y autolesiones en niños y adolescentes.

Otro estudio citado por Hengartner (2020) es el de Daniel J. Safer y Julie Magno Zito, donde se señala como los ensayos clínicos que han analizado los efectos de la administración de antidepresivos a corto plazo (de 8 a 12 semanas) en población pediátrica, con trastorno depresivo mayor, no revelan un beneficio significativo de estos fármacos frente al uso de placebo en niños, y tan sólo un beneficio marginal frente al uso de placebo en adolescentes. Con respecto a los ensayos clínicos a largo plazo, los autores manifiestan que estos estudios presentan numerosos problemas de calidad metodológica, como unas tasas muy elevadas de abandono de los participantes, la ausencia de información sobre determinados indicadores de resultados y la falta de control con un grupo placebo una vez finalizado el seguimiento a corto plazo y la selección sesgada de las muestras, eligiendo a los participantes que ya están respondiendo bien a algún tipo de antidepresivo. Eliminando estos estudios sesgados, la evidencia no muestra ningún beneficio del uso de antidepresivos en niños y, en el caso de los adolescentes, aunque los resultados sean estadísticamente significativos a favor de los antidepresivos frente al placebo, en ningún caso llegan a ser clínicamente significativos, tal y como concluyen los autores. De hecho, según sus conclusiones, la diferencia es insignificante en términos clínicos: la mejoría clínica de los síntomas de depresión en los jóvenes que tomaron placebo fue de un 60%, mientras que la mejoría clínica de los jóvenes a los que se les administró el antidepresivo fue de un 65%.

El autor revisa también otros trabajos publicados en el último año, como el de Zito y cols, el de Cosgrove y cols y el de Locher y cols. Su conclusión es clara: faltan evidencias convincentes que justifiquen que los beneficios del uso de antidepresivos en niños y jóvenes superan los riesgos. Por este motivo, Hengartner solicita a la comunidad científica que planteen nuevas investigaciones y se abra un debate crítico sobre este tema.

Según todas estas investigaciones, queda patente que se ha incrementado el uso de antidepresivos en población infanto-juvenil a pesar de los riesgos que supone para esta población y de la dudosa eficacia de sus resultados. Atendiendo a los resultados de las investigaciones, en las guías buenas prácticas clínicas se desaconseja el uso de estos medicamentos en los niños para el tratamiento del TEPT (por ejemplo, NICE, 2018).

6. Conclusiones

Como se ha explicado con anterioridad incluso a muy largo plazo (después de 5, 10 o 20 años desde los atentados), habrá un porcentaje muy importante de víctimas

del terrorismo directas y de familiares de heridos o fallecidos que seguirán presentando trastornos psicológicos, cuya prevalencia será muy superior a la de la población general.

En la línea de determinar el tratamiento más adecuado para los trastornos psicológicos presentes en las víctimas del terrorismo, García-Vera y Sanz (2016) recomiendan la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT), que se ha mostrado eficaz y útil en la práctica clínica para el tratamiento del TEPT y de los trastornos depresivos y de ansiedad que pueden presentar las víctimas de atentados terroristas, incluso con víctimas que sufren dichos trastornos a muy largo plazo, 15-25 años después de los atentados.

Además de considerar los enfoques de tratamientos basados en la evidencia para víctimas del terrorismo, se hace imprescindible considerar las conclusiones del Grupo de trabajo de la APA sobre relaciones basadas en evidencia y capacidad de respuesta (Norcross y Lambert, 2019). En primer lugar, la relación de psicoterapia hace contribuciones sustanciales y consistentes al éxito del tratamiento, independientemente del enfoque de este. En segundo lugar, la relación de terapia explica la mejora del cliente (o su ausencia) y más que el método de tratamiento particular. En tercer lugar, las pautas de práctica y tratamiento deben abordar explícitamente comportamientos y cualidades del terapeuta que faciliten la relación de terapia. En cuarto lugar, los esfuerzos para promulgar mejores prácticas y tratamientos basados en evidencia sin incluir la relación y la capacidad de respuesta del terapeuta son muy incompletos y potencialmente engañosos. En quinto lugar, es necesario adaptar la relación terapéutica a determinadas características del paciente (además del diagnóstico), lo cual mejora la eficacia del tratamiento psicológico. En esta línea, adaptar el tratamiento psicológico a las características del cliente adoptando un enfoque transdiagnóstico contribuye al éxito de los resultados al menos tanto como, y probablemente más que la adaptación del tratamiento al diagnóstico del cliente.

Las representaciones sociales de los profesionales tienen una influencia determinante sobre los proyectos que conciben de las personas y sobre sus intervenciones. Nuestras ideas acerca de las víctimas del terrorismo, nuestras emociones, experiencias, actitudes, creencias, influirán en el tipo de relación que vamos a establecer con ellas. En este sentido, más allá de las técnicas utilizadas, el peso específico de las características personales del terapeuta y de los profesionales asistenciales y, en particular, el modo en que interactúan con sus pacientes, desempeña un papel significativo en el resultado final de las intervenciones realizadas. En base a estas recomendaciones generales, se hace necesario el entrenamiento de las habilidades terapéuticas y, en especial, de las

habilidades de interacción de los terapeutas que trabajen en la atención de las víctimas de la violencia masiva.

Específicamente, con respecto a la intervención psicológica con niños y adolescentes que han sufrido el terrorismo, hemos revisado la literatura existente, en primer lugar, en niños preescolares. Varias intervenciones han resultado eficaces para tratar el trauma en preescolares, entre ellas la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, el EMDR, la terapia de juego y la terapia diádica (Wolmer et al., 2017). Pero se hace necesario considerar que estas intervenciones tienen algunas limitaciones notables como bien señalan estos autores. En primer lugar, no se han examinado entre niños en edad preescolar expuestos al terrorismo. En segundo lugar, relativamente pocos estudios compararon las intervenciones entre sí, para ver cuál tiene más evidencia empírica.

Basándonos en la literatura revisada se pueden establecer varias conclusiones: a) las intervenciones destinadas a aumentar la resiliencia de los niños en edad preescolar antes de la exposición traumática, que resultaron eficaces entre los niños en edad escolar, requieren una confirmación empírica; b) las intervenciones preventivas universales basadas en las escuelas infantiles y guarderías parecen ser prometedoras y rentables por los resultados que aportan; c) los programas enfocados en la resiliencia parental podrían reforzar el importante papel de la relación madre, padre-hijo, mejorar la sensibilidad de los padres y el apego, variables importantes que moderan las consecuencias de la exposición de los niños y adolescentes al terrorismo; d) la psicoeducación y el uso de los primeros auxilios psicológicos aún no han sido respaldados empíricamente entre los preescolares y cuidadores; e) las intervenciones masivas para niños en edad preescolar aún no se han validado, aunque se ha comentado que trabajar en un formato de grupo puede ser más eficaz y menos costoso después de los desastres masivos, incluyendo atentados terroristas.

Por otra parte, la evidencia ha identificado varias intervenciones terapéuticas que son útiles para niños y adolescentes expuestos a los desastres y el terrorismo. (Pfefferbaum et al. (2014). Como bien señalan estos autores, las intervenciones de preparación a los desastres parecen prometedoras. También la terapia cognitivo-conductual en múltiples formas parecen beneficiosas para los niños después del desastre, especialmente la centrada en el trauma, pero los niños pueden requerir intervenciones adicionales o puede ser necesario mejorar aún más la intervención para ayudar a eliminar y reducir los síntomas de TEPT. Las intervenciones que abordan el duelo traumático podrían resultar eficaces para abordar los síntomas relacionados con la pérdida traumática. Por último, las intervenciones de

exposición, narrativas y EMDR parecen beneficiosas, pero no se sabía, en ese momento, si eran superiores a otros tratamientos.

Los autores de esta revisión mencionan el hecho de que otras intervenciones son prometedoras pero necesitan más atención. Por ejemplo, los primeros auxilios psicológicos aún no han sido evidenciados como eficaces en la población infantil. La eficacia de la psicoeducación en emergencias no es concluyente, porque aunque es un elemento común de muchas intervenciones, la mayoría de los estudios no examinaron específicamente el componente de intercambio de información. Los estudios existentes de debriefing psicológico no proporcionan pruebas claras de sus beneficios y ha sido desaconsejado, por ejemplo, en la guía NICE (2018).

En la literatura científica, varias revisiones sistemáticas y metaanálisis han evaluado la eficacia de los tratamientos psicosociales en niños y jóvenes que padecen TEPT. El consenso hasta la fecha es que la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) es un tratamiento eficaz para el TEPT en niños y jóvenes; el EMDR es eficaz pero en un menor grado. En base a lo anterior, se ha demostrado que la TCC-CT ha recibido un gran apoyo empírico y se recomienda como tratamiento de primera línea para niños y adolescentes con TEPT en varias guías de buenas prácticas clínicas internacionales (por ejemplo, NICE, 2018; ISTSS, 2018; Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020). Por consiguiente, debería ser el tratamiento de elección en la población infanto-juvenil que ha sufrido el terrorismo.

No obstante, dado el escaso número de estudios que ha evaluado la eficacia y efectividad de este enfoque de terapia, en el contexto del terrorismo en niños y adolescentes, la investigación futura necesita realizar un mayor número de estudios en esta población y compararlos con otros enfoques de terapia para ver cuál tiene más evidencia empírica en víctimas del terrorismo. Como bien sugieren Danzi y La Greca (2020), el conocimiento científico actual mejoraría al desarrollar investigaciones centradas en la eficacia de distintas intervenciones en el abordaje de tipos específicos de trauma. La investigación futura es necesaria, también, para investigar los componentes responsables de la eficacia de cada modalidad de tratamiento con niños y adolescentes. Como resultado, esto podría mejorar la capacidad de los médicos de derivar adecuadamente a los clientes a un tipo de tratamiento basado en las necesidades individuales (Lewey et al., 2018).

También hay que considerar la escasez de estudios en población infanto-juvenil víctimas del terrorismo que hayan realizado seguimiento de la eficacia y efectividad de los tratamientos con esta población a medio y largo plazo de haber

sucedido los atentados, por lo que la investigación futura deberá trabajar al respecto, como puede ser el contexto del terrorismo en España. Es necesario construir intervenciones dinámicas individualizadas apropiadas para diferentes etapas de desarrollo y maduración y la necesidad de seguimiento de estos niños y del éxito de las intervenciones que reciben.

En relación con lo anterior, otro problema que señalan Danzi y La Greca (2020) a abordar en niños y adolescentes con TEPT sería comprender el papel de la comorbilidad del trastorno, pues se sabe que la depresión, la ansiedad y los problemas de externalización son comúnmente comórbidos con TEPT (Lai et al., 2013; Trickey et al., 2012), lo cual puede dificultar la recuperación. Es necesaria más investigación al respecto también en niños y adolescentes víctimas del terrorismo que sufren TEPT para comprender el papel de la comorbilidad del trastorno y cómo influyen en los resultados de tratamiento. Además, al conceptualizar las comorbilidades, puede ser útil considerar si estas se consideran secuelas preexistentes o parte del trauma generado por el terrorismo.

Asimismo, el tratamiento de estas víctimas exige que no solo el TEPT sea tratado, sino que atender a la existencia de otras consecuencias psicopatológicas del terrorismo en niños y adolescentes, como pueden ser los trastornos depresivos y ansiosos, los problemas de conductas, los trastornos por abusos de sustancias y las pérdidas traumáticas. Un corpus menor de estudios se ha centrado en el tratamiento de otros problemas mentales. Por ejemplo, el tratamiento de la depresión ha sido descuidado, a pesar de su gravedad en adolescentes impactados por el terrorismo (véase Kar, 2019, para una revisión).

Otra línea de investigación en curso necesaria en materia de víctimas del terrorismo, tiene que ver con examinar los moderadores del tratamiento para niños y adolescentes con TEPT. Se trata de una cuestión importante para orientar la toma de decisiones clínicas en torno a la selección de tratamientos que podría ser más efectivos, dadas las características y circunstancias de un niño o adolescente en particular que sufren el TETP o sus síntomas, y mejorar la prestación general de servicios clínicos para jóvenes afectados por traumas. Aunque el estudio de Danzi y La Greca (2020) ha abordado determinados tipos de moderadores que cuentan con cierto apoyo empírico debido a la exposición a una amplia gama de eventos traumáticos, que sepamos no existe un estudio similar en víctimas del terrorismo.

Una última conclusión importante sería señalar las limitaciones en la investigación de los niños y adolescentes en materia de terrorismo, como que no se hayan podido encontrar intervenciones que aborden el impacto potencial del terrorismo

continuo o conflicto armado en el mundo infantil (Hamiel et al., 2017), investigándose menos con poblaciones infantiles específicas, como niños con discapacidad o con necesidades especiales.

Pero, además, si bien es cierto que las guías de práctica clínica recomiendan algún tipo de terapia psicológica centrada en el trauma, como primera alternativa de tratamiento para las personas que han vivido una situación traumática, también es cierto que la terapia farmacológica ha sido considerada una alternativa de tratamiento. Aunque en las últimas actualizaciones de la mayoría de esas guías, se considera la primera línea de intervención los tratamientos psicológicos para personas con TEPT (por ejemplo, NICE, 2018; VA/DoD, 2017; Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se consideran la primera línea de intervención psicofarmacológica para el TEPT y la depresión (APA, 2017; NICE, 2018; VA/DoD, 2017; ISTSS 2018; Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020). Todas estas guías recomendaron los tratamientos psicológicos centrados en el trauma y todos estuvieron de acuerdo que los ISRS (específicos o de toda la clase) eran los medicamentos más eficaces. Todas, excepto APA, estuvieron de acuerdo en que las mejores psicoterapias son más efectivas que los mejores medicamentos para el tratamiento del TEPT.

Es necesario comentar que, a pesar de que existen resultados positivos de la combinación de fármacos y terapia psicológica, la investigación previa no ha encontrado hasta ahora pruebas sólidas de que añadir psicofármacos a la psicoterapia sea significativamente más eficaz que utilizar solamente psicoterapia, ni para el TEPT ni para los trastornos de ansiedad. Solo para la fobia social y el trastorno depresivo las investigaciones han arrojado resultados positivos. En particular, para las víctimas del terrorismo que sufren TEPT, TDM o trastornos de ansiedad, no parece que exista hasta la fecha ningún estudio publicado que haya analizado la eficacia o utilidad clínica de los psicofármacos en solitario.

Con relación al tratamiento psicofarmacológico en los niños y adolescentes que padecen TETP y depresión, las revisiones clínicas no apoyan la eficacia del uso de ISRS en el tratamiento del TEPT entre niños y adolescentes y las guías de buenas prácticas clínicas desaconsejan su uso en los mismos (por ejemplo, NICE, 2018). Debido al riesgo del aumento de conductas suicidas en esta población con ISRS, se ha alertado del uso indebido de estos medicamentos (Food and Drug Administration, FDA, 2004; Hengartner, 2020). Los resultados de esta última revisión arrojan que los antidepresivos en niños y adolescentes están asociados a un aumento del riesgo de suicidio y muestran que usar este tipo de fármacos en jóvenes supone muy poco beneficio. Este autor concluye que el uso excesivo de

antidepresivos en jóvenes y la prescripción no autorizada “son cuestiones urgentes”, y que es necesario desarrollar tratamientos más seguros y eficaces, tanto farmacológicos como psicológicos.

A pesar de estas advertencias, resulta alarmante el importante incremento en el uso de antidepresivos en niños y adolescentes. En España, algunos autores también están alertando sobre el excesivo uso de medicamentos para niños y adolescentes en la pandemia actual, debido al incremento de la sintomatología ansioso-depresiva que ha tenido lugar en la población infanto-juvenil y que formaría parte de una respuesta adaptativa frente a la pandemia, por lo que las intervenciones más aconsejadas serían las de tipo psicoterapéutico y no psicofarmacológico (por ejemplo, Pedreira, 2021). Todas estas cuestiones dan cuenta de la necesidad de realizar un debate crítico sobre este tema y desarrollar GPC basadas en la evidencia que marquen la línea de trabajo.

En general, a pesar de las recomendaciones de las GPC resulta muy preocupante el enfoque cada vez más medicalizado de la salud mental. En esta dirección, es necesario encontrar alternativas al modelo biomédico predominante. En España, en la atención a las víctimas del terrorismo, hemos visto el fracaso de este modelo cuando se ha usado de modo predominante, no ofreciéndose otras alternativas de tratamiento como la psicoterapia en sus diferentes modalidades, ni atendiendo a la influencia de los factores sociales en la recuperación de las víctimas. En esta línea, se considera relevante capacitar a profesionales de la salud mental y educar a la sociedad en general para comprender que los medicamentos psicotrópicos no son opciones de tratamiento de primera elección efectivas en la atención a la salud mental. Se considera que su uso excesivo no cumple con el derecho a la salud como uno de los derechos humanos, tal cual explicaba el Relator de la ONU en su informe del año 2019.

Por último, comentar que además de las intervenciones para víctimas de terrorismo a nivel individual, ya sean psicológicas o farmacológicas, es necesario que el tratamiento de estas personas tome en consideración otras áreas que involucran a los mismos, como los factores familiares, culturales, sociales y de la comunidad donde se desarrollan; temas sobre los que profundizamos en los capítulos siguientes.

Capítulo VII

La terapia de pareja y de familia para Víctimas de sucesos traumáticos

1. Introducción

A pesar de que el impacto sistémico del trauma ha recibido mucha atención clínica y empírica en los últimos 30 años, los enfoques de tratamiento predominantes para las víctimas de sucesos traumáticos siguen siendo individuales y enfocados a la modificación de las consecuencias psicopatológicas, de acuerdo al modelo biomédico. Por lo que generalmente no se ha prestado la atención necesaria a los problemas relacionales, familiares y de pareja que presentan las víctimas.

Los acontecimientos traumáticos pueden generar daños profundos en la estructura y funcionamiento familiar, que conllevan la aparición de patrones disfuncionales en las propias familias y parejas (o acentúan los problemas existentes previamente), los cuales pueden reforzar las consecuencias psicopatológicas que padecen como consecuencia de los eventos traumáticos sufridos. A su vez, estas consecuencias impactan sobre las familias generando problemas de relación y llevando a procesos como la traumatización secundaria y la transmisión intergeneracional del trauma, cuestiones que se han abordado previamente.

Por consiguiente, los problemas de relación de pareja y de familia tienen la relevancia clínica suficiente para convertirse en objeto de estudio de la Psicología. En línea con lo anterior, brindar una atención adecuada a las víctimas de sucesos traumáticos implica considerar que no puede existir una calidad de vida adecuada en relaciones marcadas por estas dificultades y que es necesario trabajar para reforzar la resiliencia de las parejas y familias frente al trauma usando los recursos naturales que poseen estas para brindar apoyo a las personas traumatizadas. Esto es especialmente necesario en países de bajos ingresos y con pocos recursos destinados a la atención de salud mental, donde realizar tratamientos sostenibles implica aprovechar y potenciar el papel terapéutico de las familias y no sólo tratamientos individuales que pueden resultar más costosos y, por consiguiente, irrealizables. Se ha sugerido que las familias merecen mayor preocupación en sociedades tradicionales donde las identidades personales y sociales están

fuertemente ancladas a la vida familiar (Weine et al., 2004; Landau, 1982; Landau, Mason y Griffiths, 1982, citado en Griffith et al., 2005).

Al mismo tiempo, adoptar una perspectiva en salud mental desde los Derechos humanos implicar valorar que para la mayoría de los problemas de salud mental, las intervenciones psicológicas (dentro de las cuales se encuentran no solo las individuales, sino también las familiares, de pareja, y sociales) deben considerarse como la principal opción para el tratamiento.

A pesar de estas consideraciones, sólo en los últimos años se viene considerando la necesidad de ampliar el foco de tratamiento al funcionamiento de las parejas y familias afectadas. Otra problemática a valorar es el hecho de que los tratamientos psicológicos individuales no contemplan, de forma sistemática, estrategias de prevención ni de intervención sobre el funcionamiento de las relaciones familiares que se ven impactadas por el trauma.

En base a todo lo anterior, se desprende la necesidad de llamar la atención sobre los nuevos enfoques de tratamientos psicológicos de parejas y familias que se están desarrollando en la actualidad para las víctimas de sucesos traumáticos.

En este apartado profundizamos sobre los enfoques familiares y programas de tratamiento que tienen el objetivo de implementar y evaluar estrategias de prevención e intervención sobre las familias, las parejas y sus relaciones y, al mismo tiempo, pretenden intervenir sobre las principales consecuencias psicopatológicas de los eventos traumáticos (TEPT, la ansiedad y/o depresión). En particular, abordamos aquellos tratamientos dirigidos al colectivo de víctimas del terrorismo, mostrando el apoyo empírico de los mismos. Considerando que la terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT (TCC-C) es el enfoque de terapia de pareja que cuenta con mayor evidencia empírica; explicaremos la adaptación de este protocolo que hemos realizado para los problemas de relación de pareja en víctimas de terrorismo. Asimismo, explicamos las lecciones y experiencias que hemos aprendido en la atención a las familias de estas víctimas, que habían sufrido los atentados hace muchos años, en el marco de la Asociación Murciana de Víctimas del Terrorismo (AMUVITE).

Con respecto al tratamiento de los niños que han padecido sucesos traumáticos, repasamos aquí los diferentes tratamientos y programas que existen. En esta línea, se hace necesario brindar especial atención al entorno del niño traumatizado, al apoyo de los padres y a la reorganización del funcionamiento familiar que actúan como factores de protección frente a los traumas (Stanković et al., 2013) y, conjuntamente, adaptar dichas intervenciones para responder a las necesidades de la población en diferentes entornos (Beardslee, et al., 2013). Explicamos los

diferentes enfoques con apoyo empírico, en especial para víctimas del terrorismo. Dado que la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT, siglas en inglés; de Cohen y Mannarino 2008, Cohen et al. 2004; Deblinger y col. 1996; Cohen, Mannarino y Deblinger; 2012; Cohen et al., 2017) es el enfoque con mayor aval empírico se recomienda su uso como tratamiento de primera línea para niños traumatizados, incluyendo aquellos que han sufrido el terrorismo. Al mismo tiempo, explicamos otros enfoques y reflexionamos sobre futuras líneas de investigación que se muestran necesarias en este campo de investigación.

2. El tratamiento psicológico para parejas víctimas de sucesos traumáticos

Durante más de una década hemos sido testigo de la aparición de intervenciones de pareja, basadas en el tratamiento del TEPT y de sus comorbilidades, que han pretendido, al mismo tiempo, mejorar el funcionamiento de la relación de pareja (p. ej., la terapia cognitivo-conductual conjunta centrada en el trauma, TCC-C, Monson y Fredman, 2012; una versión de la terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT centrada en el presente, Pukay-Martin et al., 2015; la terapia de enfoque estructurado, SAT, Sautter, Glynn, Thompson, Franklin y Han, 2009; y, por último, la terapia centrada en las emociones, EFT, Johnson, 2002). Estos tratamientos han sido dirigidos, mayoritariamente, a los veteranos de guerra, aunque también se han efectuado pequeños ensayos aleatorios con víctimas de abuso en la infancia y con personas que han sufrido el impacto de una enfermedad médica así como otros traumas. Cada una de estas intervenciones de pareja tiene sus mecanismos específicos de cambio y han demostrado su eficacia en varios ensayos clínicos.

En primer lugar, la terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT (TCC-C para el TEPT; Monson y Fredman, 2012) es un tratamiento trifásico, de 15 sesiones, que consiste en (a) la orientación del tratamiento, la psicoeducación sobre el TEPT y los problemas de relación de pareja asociados, y la construcción de la seguridad; (b) las intervenciones conductuales que combaten la evitación conductual y experiencial asociada al TEPT, aumentan las conductas de aproximación diádicas, mejoran la satisfacción de la relación y promueven las habilidades de comunicación; y (c) las intervenciones cognitivas diseñadas para abordar los patrones de pensamiento desadaptativos que mantienen tanto los síntomas de TEPT como los problemas de relación de pareja. Este modelo de terapia de pareja se enfoca en dirigir los factores interactivos cognitivos, emocionales o relacionales

que impiden la recuperación natural después del trauma y mantienen los síntomas del TEPT y los problemas de pareja. Dado que este enfoque ha sido adaptado para víctimas del terrorismo se profundiza en el mismo más adelante.

En segundo lugar, también se ha creado una versión de la TCC-C para el TEPT centrado en el presente (Pukay-Martin et al., 2015) basándose en el hecho de que una significativa minoría de clientes prefieren terapias no centradas en el trauma (TARRIER et al., 2006; Zoellner et al., 2003; citados en Pukay-Martin et al., 2015). Esta versión de la TCC-C no se centra explícitamente en el suceso traumático del paciente. Similar a la terapia centrada en el trauma original, la versión centrada en el presente de TCC-C para el TEPT abarca psicoeducación sobre el TEPT, intervenciones en la relación (práctica de las destrezas de comunicación y actividades de mejora de la relación), y una estrategia cognitiva diádica para abordar las creencias inmediatas relacionadas con los síntomas y efectos del TEPT sobre la relación.

En tercer lugar, la terapia de pareja de enfoque estructurado, SAT (Sautter et al., 2009), es una terapia conjunta protocolizada, enmarcada en la inoculación de estrés. TCC-C y SAT comparten elementos similares: (a) proporcionan una amplia psicoeducación sobre el TEPT y sus efectos en las relaciones; (b) señalan estrategias relacionadas con las conductas de evitación y (c) trabajan la mejora de las habilidades de comunicación de la pareja. Con respecto a las diferencias entre ambos tipos de terapia, la TCC-C destaca la modificación de las cogniciones desadaptativas de las parejas sobre el trauma y SAT se centra en las emociones relacionadas con el trauma que son destructivas para las relaciones, usando el paradigma de la inoculación del estrés (Foa et al., 1999, citado en Sautter et al., 2015). En este sentido, SAT proporciona a la pareja habilidades en regulación emocional y luego introduce procedimientos para activar las emociones relacionadas con el trauma. El enfoque del SAT en la regulación de las emociones se distingue de la TCC-C, explicando las mejoras en los problemas relacionados con el apego mediante las emociones en lugar de las cogniciones.

En cuarto lugar, la terapia centrada en las emociones, EFT (Johnson, 2002) postula que el cambio terapéutico ocurrirá cuando las respuestas emocionales, que subyacen a los patrones rígidos y desadaptativos que tienen lugar en las parejas afectadas por traumas, se experimenten de manera que dichos patrones se puedan transformar en modos más adaptativos de relacionarse (Greenberg y Johnson, 1988). La EFT específica del trauma incorpora los nueve pasos de la convencional EFT y también abarca las tres etapas del autodesarrollo "constructivista" de la teoría de tratamiento de los traumas (Johnson y Williams-Keeler, 1998). Estas tres etapas son: (1) la estabilización, (2) la construcción del self

y de las capacidades de relacionarse y (3) la integración. Al experimentar las respuestas emocionales subyacentes primarias, se cree que la pareja comenzará a cambiar patrones de interacción desadaptativos por nuevas formas de comunicación interpersonal caracterizadas por la disponibilidad emocional positiva. Se puede argumentar que la EFT es particularmente adecuada para las parejas que enfrentan el trauma ya que trata directamente con la regulación del afecto y ayuda a las parejas en la obtención de apoyo social que, cuando se bloquea, se vincula a dificultades en la recuperación del trauma. Johnson (2002) sugiere que la terapia de pareja y la EFT, en particular, podría ser útil para los supervivientes del trauma porque busca principalmente el establecimiento de un contacto cercano y seguro que resulta decisivo para la satisfacción en la relación.

Por último, aunque no forme parte de alguno de estos enfoques, nos parece importante destacar las intervenciones de pareja descritas por Shamai et al. (2016) con implicaciones importantes para la práctica clínica. En primer lugar, los autores destacan que se trata de un estudio pionero que exploró cómo la experiencia conjunta de la vida en la línea de fuego, en contextos de guerra y terrorismo, impactó las relaciones de pareja. Por ello, este estudio se puede utilizar como un ancla para futuras investigaciones. En segundo lugar, varias parejas mencionaron la terapia de pareja como eficaz para afrontar estrés continuo. Los autores recomiendan proporcionar terapia de pareja para las personas que viven bajo una amenaza a la seguridad en curso y señalan que el tratamiento debe incluir información sobre los posibles tipos de afrontamiento efectivos en situaciones de exposición conjunta a la guerra, sobre la base de los resultados de este y otros estudios que describen el impacto de la guerra sobre las relaciones de pareja (por ejemplo, Shamai et al., 2015, citado en Shamai et al., 2016; Goff y Smith, 2005). Se recomienda que el proceso terapéutico se centre en la unificación, creando la cercanía, en busca de similitudes entre los miembros de la pareja al tiempo que subrayan la necesidad de flexibilidad. Además, puede ser útil ofrecer toda la información posible a la población con relación al impacto de la exposición a la guerra y alternativas de afrontamiento eficaz para parejas. Shamai et al. (2016) explican que:

Esto se puede hacer a través de una intervención psicoeducativa a corto plazo, en la que el terapeuta se centrará en los siguientes aspectos: (a) la tranquilidad y la "normalización" de las diversas formas de preservar la intimidad diádica y la asociación; (b) proporcionar información sobre la importancia de la flexibilidad en la división de papel y la toma de decisiones; y (c) en busca de maneras de hacer frente y adaptarse de acuerdo con las características de la pareja específica, en lugar de basar la intervención únicamente en los resultados de investigaciones, que podrían no ser apropiados para todos. (Shamai et al., 2016, p. 13)

En este sentido, recomiendan que estos conocimientos puedan ser utilizados por los terapeutas de familia que trabajan con estas poblaciones en diversas situaciones en todo el mundo en la planificación e implementación de las intervenciones terapéuticas.

2.1 La terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT (TCC-C)

Atendiendo al hecho de que la terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT (TCC-C) es el enfoque de terapia de pareja que cuenta con un mayor evidencia empírica; en España hemos adaptado el protocolo de este tratamiento (Monson y Fredman, 2012) para los problemas de relación de pareja en víctimas de terrorismo (véase Fernández Marrero, 2017).

En primer lugar, vamos a profundizar en el protocolo de Monson y Fredman (2012), detallando sus particularidades, y luego explicaremos la adaptación realizada por nosotros para víctimas del terrorismo.

A) Características, proceso terapéutico y aspectos técnicos de la terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT (TCC-C)

La terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT (TCC-C) es una terapia diseñada para reducir simultáneamente los síntomas de TEPT y sus comorbilidades y mejorar relación de pareja de los pacientes traumatizados (Monson y Fredman, 2012); siendo la pareja la unidad de tratamiento. Asimismo, se pretende inculcar una filosofía de esperanza en el que cada pareja posee el potencial para la recuperación y la curación si se eliminan los impedimentos existentes en la relación.

Esta terapia puede ser particularmente relevante para los médicos que tratan a los veteranos de guerra con TEPT debido a que las dificultades en las relaciones son a menudo un factor motivador para buscar tratamiento y este problema suele ser bastante común en este colectivo. (Interian, Kline, Callahan y Losonczy, 2012, citado en Monson y Fredman, 2015).

En la concepción de dicha terapia subyace la definición de las diferencias entre las parejas sanas y las disfuncionales, afectadas por el TEPT. Monson y Fredman (2015) señalan la existencia de variables conductuales, cognitivas y afectivas que interactúan dentro de cada persona y entre los miembros de una pareja para crear un entorno de relación donde ambos se influyen mutuamente; estos factores pueden facilitar o dificultar el proceso de recuperación natural del TEPT.

Los factores conductuales tienen que ver con el hecho de que las parejas, a menudo, modifican sus comportamientos en respuesta a los síntomas de las víctimas para disminuir el malestar de los mismos y minimizar el conflicto debido a los síntomas del TEPT, fenómeno que se ha etiquetado como “acomodación de la pareja a los síntomas del TEPT” (Fredman et al., 2014). Tal acomodación, entonces, tiene implicaciones negativas para el paciente, la pareja, y el bienestar de la relación.

La evitación, a nivel de pareja, de lugares, personas, sentimientos, y situaciones que afectan a la víctima; la pobre comunicación y las habilidades de manejo del conflicto, así como un entorno crítico, negativo, sin apoyo social de la pareja, pueden disminuir la efectividad de compartir la experiencia del trauma. Como se discute más adelante, esto es relevante en la recuperación del trauma porque la revelación del trauma en un ambiente de motivación y apoyo podría facilitar un procesamiento emocional y cognitivo más adaptativo de las memorias traumáticas.

Dentro de los factores cognitivos, Monson y Fredman (2015) postulan que los procesos cognitivos interrelacionados y su contenido ayudan a explicar la asociación entre las dificultades en la recuperación del trauma y los problemas en la relación íntima. Las autoras proponen que la seguridad, la confianza, el control, la autoestima e intimidad están afectados como resultado del trauma y estas, son relevantes en el funcionamiento de las relaciones cercanas. Para ello, citan los trabajos de McCann y Pearlman (1990) y los aportes de la terapia del procesamiento cognitivo (Resick, Monson y Chard, 2008), y señalan que existen varias formas en las que los individuos y otras personas importantes pueden valorar inadaptadamente eventos traumáticos que pueden derivar en sintomatología postraumática y problemas de relación de pareja. Las evaluaciones problemáticas de los eventos traumáticos pueden favorecer creencias desadaptativas y sobregeneralizadas acerca de uno mismo, los otros y el mundo después del trauma. Estas barreras incluyen una variedad de construcciones cognitivas en cada uno de los miembros de la pareja y pueden ser conceptualizadas como esfuerzos de los clientes, sus parejas e incluso los terapeutas de ejercer predictibilidad y control sobre los hechos.

Monson y Fredman (2015) señalan que, además del contenido cognitivo que está afectado por el trauma, hay desórdenes del proceso cognitivo asociados con la aparición del TEPT, incluyendo los déficits de atención/concentración y la atención selectiva a la negatividad (Vasterling y Brewin, 2005, citado en Monson y Fredman, 2015). La atención selectiva a la amenaza se extiende a las percepciones de los comportamientos de las parejas, tales como las sospechas de que las intenciones

de la pareja hacia el individuo traumatizado son negativas. La tendencia en las parejas en las cuales, al menos, un miembro tiene TEPT para ver al otro como una fuente de amenaza es similar a la tendencia observada en otras parejas con problemas (Epstein y Baucom, 2002); simplemente tiende a amplificarse en presencia del TEPT.

Por último, las autoras señalan la importancia de los factores emocionales y citan varias investigaciones que muestran que las afecciones emocionales asociadas a traumas se extienden más allá de la ansiedad y el miedo, incluyendo la culpa, la vergüenza, el pesar y la tristeza (por ejemplo, Kubany y Watson, 2002; Novaco y Chemtob, 2002) y su evitación puede conducir a la generalización de la experiencia, así como alterar la expresión emocional (Boesch, Koss, Figueredo y Coan, 2001). En esta línea, los individuos que experimentan este rango de emociones sin tratar de escapar de ellos y que, además, están motivados por otras personas cercanas a experimentarlas y expresarlas, son más propensos a tener una recuperación natural del TEPT. Monson y Fredman (2015) señalan que expresar emociones crea una maestría individual y una mayor regulación de las emociones y que, también, puede facilitar la cercanía y la intimidad con otros, incluyendo la pareja.

Es importante considerar que, aunque la TCC-C para el TEPT está centrada en el trauma, no incluye técnicas de exposición en imaginación para procesar los eventos traumáticos específicos. Se trata de un procedimiento diferente a la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, de tipo individual, basada en la exposición (por ejemplo, la exposición prolongada; Foa et al., 2007), en la que se anima a los pacientes a repetir los eventos con exquisito detalle hasta la habituación o extinción de la ansiedad relacionada con los recuerdos temidos. La TCC-C para el TEPT utiliza métodos para procesar esos eventos traumáticos basados en la teoría cognitiva, que implican contextualizar recuerdos del trauma y la corrección de cogniciones inadaptadas sobre el trauma.

Es decir, los eventos se discuten con suficiente detalle para que la pareja pueda obtener un sentido compartido de lo que sucedió y para que la reestructuración cognitiva diádica pueda hacerse mediante interpretaciones explícitas de los acontecimientos traumáticos.

A continuación, describimos la práctica de la TCC-C para el TEPT y la mejora de la relación de pareja:

B) Descripción del protocolo:

La TCC-C para el TEPT comprende un protocolo de intervención de 15 sesiones y 3 etapas (Monson y Fredman, 2012), descrito con el acrónimo R.E.S.U.M.E. (en inglés) que fue elegido para transmitir la idea de que los individuos con TEPT tienen el potencial para recuperarse del trauma. Monson y Fredman (2015) describen que:

La R y la E capturan los objetivos generales de la fase 1, los cuales son el brindar una Razón para el tratamiento y Educar a la pareja sobre el TEPT y los problemas interpersonales asociados. La S y la U significan los objetivos generales de la fase 2, que son el aumentar la Satisfacción en la relación e intervenir [Undermine] sobre las conductas de evitación que mantienen el TEPT y los problemas de relación de la pareja. La M y la E representan los objetivos de la fase 3, que son encontrar un Significado [Meaning] a los eventos traumáticos y el alcanzar el Fin [End] de la terapia (...). (Monson y Fredman, 2015, pp. 534 y 535)

Las sesiones son de 75 min cada una e incluyen prácticas dentro de la sesión y tareas para casa para facilitar la adquisición y generalización de las habilidades.

Monson y Fredman (2012) definen tres etapas:

- **Etapa 1:** La orientación del tratamiento, la psicoeducación sobre el TEPT y los problemas de relación íntimos asociados, y la construcción de la seguridad.
- **Etapa 2:** Las intervenciones conductuales que aumentan las conductas de aproximación, mejoran la satisfacción de la relación, y promueven las habilidades de comunicación.
- **Etapa 3:** Las intervenciones cognitivas diseñadas para abordar los patrones de pensamiento desadaptativos que mantienen tanto los síntomas de TEPT como los problemas de relación.

A continuación describimos en detalle las etapas con las sesiones correspondientes como lo plantean las autoras (Monson y Fredman, 2015):

Etapa 1 (sesiones 1 y 2):

Consta de dos sesiones que sirven para introducir el tratamiento y aumentar la positividad entre los cónyuges. En la primera sesión, el terapeuta ofrece a las parejas los fundamentos básicos para el tratamiento y la psicoeducación acerca del TEPT y sus síntomas, una explicación de cómo evitar las creencias desadaptativas que mantienen el TEPT, y los problemas que genera el trauma en la

relación. Además, a cada miembro de la pareja se le pide que responda a preguntas sobre su comprensión de los efectos del trauma a nivel individual y en su relación de pareja y, además, las creencias asociadas al trauma.

La segunda sesión se centra en mejorar la sensación de seguridad en la relación. Es importante que las conductas negativas en la relación, que deterioran la satisfacción de la relación de pareja, sean disminuidas tan rápidamente como sea posible para promover un ambiente seguro para la curación. A las parejas se les aporta psicoeducación sobre los patrones relacionales disfuncionales, específicamente relacionados con el TEPT o el funcionamiento de la relación. En este sentido, el terapeuta ayuda a la pareja a identificar los patrones basados en la relación que pueden ocurrir durante el conflicto y les enseña, por una parte, las estrategias primarias de prevención y, por la otra, las estrategias secundarias para manejar el conflicto y las emociones intensas. Estas habilidades también son relevantes en parejas que presentan un patrón de evitación crónica, donde las parejas aprenden a comprometerse entre sí y se facilita la discusión de asuntos importantes. Durante esta etapa, el terapeuta colabora con la pareja para desarrollar fuera de la sesión tareas con el fin de aumentar los comportamientos positivos y llamar la atención sobre ellos lo más rápido posible.

Etapas 2 (sesiones de la 3 a la 7):

La intervención se focaliza en la mejora de la satisfacción de la relación y en la disminución de las conductas de evitación. Para ello, la mejora de la comunicación es considerada como el medio principal para socavar las conductas de evitación asociadas al TEPT y mejorar la relación. Las habilidades comunicativas presentadas y practicadas en cada sesión ayudan a las parejas a identificar y compartir sus sentimientos, así como a identificar las vías en las que sus pensamientos pueden afectar las emociones y pensamientos del otro. La pareja usa estas habilidades para discutir el contenido relacionado con el TEPT y tomar decisiones colaborativas para dirigir la evitación relacionada con el trastorno a través de involucrarse en el enfrentamiento del mismo.

Específicamente, en la sesión 3, las parejas hablan acerca de la evitación de lugares, personas, sentimientos, y situaciones como resultado del TEPT, y que cosas harían de forma diferente si el papel del TEPT en su relación fuera menor. En la sesión 4, ellos identifican los sentimientos que cada uno tiene acerca del rol del TEPT en su relación, y que otros sentimientos tendrían si el TEPT ocupara “menos espacio” en su relación. Al comienzo de la sesión 4, cada tarea para casa incluye una actividad *in vivo* a nivel de pareja para contrarrestar la evitación relacionada con el TEPT identificado en la sesión 3. Los pensamientos y los impedimentos

conductuales que previenen el compromiso son identificados y dirigidos (por ejemplo, la creencia de que la ansiedad es peligrosa; que la pareja discutirá durante la actividad, y que tal conflicto inevitablemente llevara al fin de la relación etc.).

Etapa 3 (sesiones de la 8 a la 15):

Se interviene con las cogniciones relacionadas con el trauma, por lo que el trabajo de esta etapa está centrado en el trauma. En primer lugar, se trabajan las cogniciones históricas específicas del evento traumático (por ejemplo, la aceptación y la culpa) y, en segundo lugar, las creencias interpersonales alteradas por el trauma (por ejemplo, la confianza, el control y la cercanía emocional o física).

El terapeuta enseña a la pareja un proceso que se puede utilizar en conjunto para desafiar las cogniciones que están manteniendo el TEPT y los problemas de la relación. El objetivo de la intervención es el de elevar la flexibilidad cognitiva; se trata de un proceso de solución de problemas cognitivo, ya que aumenta el rango de soluciones cognitivas posibles a los pensamientos problemáticos. Las autoras han etiquetado este proceso cognitivo binario como UNSTUCK (en inglés), para lograr que la pareja trabaje conjuntamente para modificar los “puntos calientes” (por ejemplo, pensamientos que la pareja sostiene que mantienen el TEPT y/o los problemas de la relación). Este proceso sigue un despliegue acrónimo (como están en español, el acrónimo no queda igual por lo que sería importante modificarlo):

- ✓ Unificar la pareja (esto es una oportunidad para que la pareja se una en el empirismo de colaboración).
- ✓ Identificar los pensamientos, manteniéndolos.
- ✓ Compartir los pensamientos o interpretaciones alternativas
- ✓ Prueba de la mesa de los pensamientos (exteriorizar los pensamientos, mirándolos de forma más objetiva y evaluar la evidencia y la funcionalidad de los mismos)
- ✓ Utilizar el mejor pensamiento.
- ✓ Cambios en las emociones y comportamientos que resultan como consecuencia de la nueva idea.
- ✓ Practicar (Reconocer que se requiere un esfuerzo para cambiar la mente de uno cuando ha habido patrones arraigados de pensamiento).

Se parte de la idea de que el TEPT y/o los problemas de la relación de pareja llevan a los miembros de la pareja a pensar de manera rígida. El objetivo es que, al

trabajar juntos, puedan pensar más flexiblemente sobre el trauma y su relación de pareja al adquirir una perspectiva más amplia. Para conseguir este objetivo, el pensamiento seleccionado, los pensamientos alternativos generados como respuesta, el pensamiento alternativo seleccionado para competir con el que existe, los cambios en las emociones y las conductas, y las ideas para mantener la práctica del nuevo pensamiento son escritos en una cuartilla titulada “Gran Imagen”.

El tratamiento culmina con una sesión sobre la identificación de beneficios y el crecimiento postraumático. Las ganancias del tratamiento son identificadas y consolidadas al final de la sesión y se trabaja la prevención de recaídas.

Fredman et al. (2011) recomiendan que para parejas que deseen abordar las dificultades en la relación asociadas al TEPT, pero que no deseen hacer el trabajo enfocado al trauma que se realiza en la etapa 3, los terapeutas implementen únicamente las etapas 1 y 2.

C) Consideraciones a la entrega de la TCC-C para el TEPT:

Monson y Fredman (2012, 2015) realizan varias consideraciones en la práctica de esta terapia:

- Recomiendan programar las primeras siete sesiones (fases 1 y 2 de la terapia) dos veces por semana para conseguir que ambos enfrenten la evitación asociada al TEPT y mejoren el entorno afectivo de la pareja; posteriormente, las sesiones podrán ser programadas semanalmente. Las autoras reconocen, por supuesto, que tal programación no será posible en todos los cuadros clínicos, para lo cual las sesiones semanales serán aceptables. Sin embargo, aconsejan no programar sesiones con intervalos mayores (por ejemplo, cada dos semanas o una vez al mes) porque esto podría reforzar la evitación conductual del TEPT.
- Con la TCC-C para el TEPT, las sesiones se brindan en conjunto y no se incluyen terceras personas (por ejemplo, otro miembro de la familia), pero si se estimula a las parejas a aplicar las habilidades que aprenden en la sesión no sólo entre los miembros de la pareja sino en su entorno social.
- Las sesiones son realizadas, típicamente, por un solo terapeuta, pero puede usarse coterapeuta si uno tiene escasa experiencia en la implementación del protocolo, o si el tratamiento se da en formato grupal con varias parejas.

Etapas y Sesiones de la TCC-C	
Etapa 1:	Fundamentos básicos sobre el tratamiento y psicoeducación sobre el TEPT y las relaciones de pareja
	Sesión 1: Introducción al tratamiento
	Sesión 2: Construcción de la seguridad
Etapa 2:	Mejora de la satisfacción y neutralización de la evasión
	Sesión 3: La escucha y el acercamiento
	Sesión 4: Pensamientos y sentimientos. Dando énfasis a los sentimientos
	Sesión 5: Pensamientos y sentimientos. Dando énfasis a los pensamientos
	Sesión 6: Cómo despegarse
	Sesión 7: Resolución de problemas
Etapa 3:	Haciendo significativo el trauma y final de la terapia
	Sesión 8: Aceptación
	Sesión 9: Culpa
	Sesión 10: Problemas de confianza
	Sesión 11: Poder, fuerza y problemas de control
	Sesión 12: Cercanía emocional
	Sesión 13: La intimidad física
	Sesión 14: El crecimiento postraumático
	Sesión 15: Revisión y refuerzo de los logros del tratamiento

Tabla 15: Resumen de las Etapas y de las Sesiones de cada Etapa de la terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT o TCC-C (Monson et al., 2008)

- En la TCC-C para el TEPT, no se realizan sesiones individuales con las parejas, excepto para las sesiones individuales con cada miembro durante el proceso de evaluación con el propósito de reunir una historia psicosocial y evaluar el compromiso de cada miembro con la relación y la seguridad física, dejando claro que el objetivo del tratamiento es la relación de pareja frente al TEPT. Con este fin, el contrato de intervención que una pareja firma en la primera sesión incluye la cláusula de que las sesiones solo ocurrirán cuando ambos estén presentes.

D) El papel del terapeuta:

Cuando se conduce la TCC-C para el TEPT, el terapeuta toma un papel activo guiando y entregando elementos pre-escritos para cada sesión. El modelo enfatiza la importancia de la relación terapéutica y de las habilidades terapéuticas (empatía, la calidez, autenticidad, colaboración etc.) para el éxito del tratamiento. Asimismo, como una consideración específica al formato de la terapia de pareja se recalca la importancia de la neutralidad. Monson y Fredman (2015) señalan que:

El modelo presume que la pareja es la unidad de intervención, y que el terapeuta necesita permanecer al tanto de la unión de la pareja ante el TEPT y los problemas de la relación en vez de sumergirlos en una pelea entre ellos. El objetivo es el externalizar el desorden para que, metafóricamente, exista dentro de la interacción de la pareja y no dentro de un paciente identificado. (Monson y Fredman, 2015, p. 538)

Como parte del proceso de consentimiento informado, el clínico debe discutir lo que la pareja espera del terapeuta así como lo que se espera de la pareja (cumplimiento de las tareas para casa e implicación dentro de la sesión).

El terapeuta sirve como moderador para usar las habilidades que han sido impartidas en la terapia o guía la discusión hacia las cogniciones adaptativas. Para ello, los miembros son instruidos a mover sus sillas, ponerse uno frente al otro y comunicarse directamente, aprovechando la experiencia en la sesión para aumentar la posibilidad de que la pareja use estas habilidades fuera de las sesiones y las generalice a otras relaciones.

E) Evaluación y planificación del tratamiento:

Las autoras recomiendan una evaluación integral de ambos miembros de la pareja juntos e individualmente, porque la exposición al estrés postraumático predispone la aparición de múltiples problemas afectivos y conductuales. Con este fin, las autoras recomiendan un proceso de evaluación de 3 sesiones. En la sesión inicial conjunta, se escucha la versión de cada uno de los problemas que les afectan, los síntomas relacionados con el trauma, sus expectativas y esperanzas sobre la terapia, así como las motivaciones respectivas para involucrarse en la terapia.

En la segunda sesión, el terapeuta se encuentra con cada miembro individualmente para aplicar entrevistas semiestructuradas y clínicas. En estas sesiones individuales, un miembro puede ser entrevistado mientras el otro completa breves pruebas de salud mental y dificultades en la relación, y viceversa.

Estas sesiones pueden ser programadas de forma independiente, dependiendo de la preferencia de la pareja.

Las autoras recomiendan una tercera sesión de evaluación en la cual el terapeuta brinda retroalimentación a la pareja concerniente a su funcionamiento individual y de pareja. En este sentido, se argumenta la necesidad de seguir con la terapia de pareja en conjunto para el tratamiento del TEPT, o se dan las razones para no seguir el tratamiento en este momento (por ejemplo si los síntomas de TEPT no son clínicamente significativos o si hay razones para excluir a la pareja de la terapia como la agresión grave a la pareja).

F) Mecanismos de cambio:

Este modelo de terapia de pareja se enfoca en dirigir los factores interactivos cognitivos, emocionales o relacionales que impiden la recuperación natural después del trauma y mantienen los síntomas del TEPT y los problemas relación de pareja. En la descripción de las etapas del tratamiento ha quedado claro que, en un inicio, se utilizan intervenciones conductuales (para mejorar el manejo de conflictos y la regulación de las emociones individuales) y se realiza el entrenamiento en las habilidades comunicativas conductuales (con el propósito de mejorar el clima emocional dentro de la pareja, unir a sus miembros en contra del TEPT y, por último, para facilitar las posteriores intervenciones cognitivas binarias).

Con el objetivo de aumentar la intimidad entre los miembros, combatir las conductas de evitación que puede mantener el TEPT, y disminuir el embotamiento emocional se realiza la identificación de la emociones y se enseñan y practican habilidades de comunicación para compartir esas emociones. Las tareas de orientación conductual a nivel binario (que facilitan un nuevo aprendizaje para la pareja) se emplean, además, para combatir las conductas de acomodación de la pareja y la evitación que, como ya se ha especificado, no sólo mantienen el TEPT si no que disminuyen las actividades compartidas por la pareja.

Por último, las cogniciones postraumáticas, que mantienen el TEPT y los problemas de relación de pareja, se trabajan con la intervención cognitiva binaria descrita anteriormente para facilitar el procesamiento del trauma y mejorar el funcionamiento de la relación.

G) Aplicación del tratamiento

Para determinar si la TCC-C para el TEPT es apropiada para una pareja determinada, Monson y Fredman (2015) señalan los criterios de inclusión-exclusión que se han utilizado en los ensayos clínicos. La intervención ha sido probada con un rango de individuos traumatizados que varían respecto al tipo de

evento traumático, la satisfacción de la relación, y la orientación sexual. En el plano del individuo los criterios de exclusión del tratamiento incluyen: 1) dependencia de sustancias (según criterios diagnósticos del DSM-IV); 2) síntomas no controlados de salud mental grave (por ejemplo, psicosis activa o manía); 3) trastornos cognitivos graves; y 4) suicidio y homicidio inminente. Si bien es cierto, señalan las autoras, que se han tratado individuos con diagnósticos de abuso de drogas (según criterios diagnósticos DSM-IV) o trastornos mentales graves (siempre y cuando se encuentren estables), con una historia de daño cerebral traumático asociado a un deterioro cognitivo ligero, y con ideación suicida activa.

Otra variable que se tiene en cuenta es el uso de medicamento psicotrópicos, no estando contraindicados en la TCC-C para el TEPT, con la excepción del uso de benzodiacepinas, a menos que sea muy necesario, pues pueden interferir con el nuevo aprendizaje y reforzar la creencia de la pareja del paciente de que éste es incapaz de tolerar la ansiedad en una situación particular sin el uso de medicación. No obstante, las autoras aclaran que, si los pacientes han seguido una dosis estable de medicamentos (la cual operacionalmente definen como más de 8 semanas de régimen) y desean continuar en la misma dosis durante el tratamiento, es probable que ellos y sus parejas atribuyan las ganancias que tienen al esfuerzo realizado en la terapia más que al fármaco.

Con respecto a los criterios de exclusión orientados a la relación, se han excluido: (a) parejas en las cuales uno o ambos miembros no pueden expresar al menos un compromiso mínimo con la relación, operacionalmente definido como la voluntad de comprometerse con las 15 sesiones de la terapia; (b) parejas en las que está ocurriendo infidelidad; (c) parejas donde ha ocurrido una agresión grave en el pasado año (según la Escala de Tácticas de Conflicto; Strauss, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996) y si transcurre un período de tiempo sin agresión física, la terapia de pareja puede entonces ser iniciada, con el monitoreo continuo de la agresión en la relación; (d) parejas donde uno o ambos miembros desean terminar la relación, aunque si se comprometen con las 15 sesiones del protocolo, se les exhorta a que procedan con la terapia, adoptando una actitud “de espera” y poniendo lo mejor de ellos, antes de determinar si desean o no terminar con la relación; (e) parejas que descubren que el otro miembro tiene una relación extramatrimonial o aquellas que identifican el malestar relacionado con la infidelidad de uno o ambos miembros como su principal problema, ya que el objetivo principal del tratamiento en la TCC-C para el TEPT son los síntomas del paciente con TEPT y los problemas de relación asociados.

2.2 La TCC-C centrada en el trauma en parejas víctimas del terrorismo

Como se ha dicho con anterioridad, atendiendo al hecho de que la TCC-C para el TEPT es el enfoque de terapia de pareja que cuenta con un mayor aval empírico, en España adaptamos el protocolo de este tratamiento (Monson y Fredman, 2012) para los problemas de relación de pareja en víctimas de terrorismo (véase Fernández Marrero, 2017).

Los fundamentos teóricos de esta investigación partieron del hecho de que, a pesar de que el terrorismo afecta cada año a millones de personas en todo el mundo e impacta negativamente en todas las áreas importantes de sus vidas, incluida el área de sus relaciones de pareja, no se habían publicado tratamientos específicos de terapia de pareja para esta población. Nosotros valoramos que la investigación del tratamiento de estas víctimas debía ampliarse no solo a las repercusiones psicopatológicas individuales del terrorismo, si no, por ejemplo, a los problemas de relación de pareja. Estos, además, pueden estar asociados a la existencia de problemas de salud mental que presentan las víctimas con una prevalencia relativamente más alta que en la población general, existiendo relaciones bidireccionales al respecto. Los problemas de relación de pareja tienen la relevancia clínica suficiente para que se conviertan en objeto de estudio de la psicología, dado su conocido impacto en la salud física y mental de los adultos que los padecen y en su descendencia.

Se planteó como objetivo general de este estudio el proponer un tratamiento psicológico breve para los problemas de pareja de las víctimas de terrorismo, en concreto, en hacer una adaptación para las víctimas del terrorismo de la terapia cognitivo-conductual conjunta (TCC-C) para el TEPT de Monson y Fredman (2012), y realizar un análisis preliminar de su efectividad. Conjuntamente, y dado que el objetivo central de la investigación desarrollada por nosotros fue la mejora del funcionamiento de la pareja, y no un tratamiento específico del estrés postraumático y sus comorbilidades en pareja como lo es el tratamiento de Monson y Fredman, se utilizaron las aportaciones de la terapia de pareja cognitivo-conductual (por ejemplo, Baucom et al., 2008, 2015) que es la que cuenta con un mayor aval empírico en el campo de la terapia de pareja.

Además, se consideraron algunas aportaciones de la terapia enfocada en las emociones en el manejo de las emociones por los miembros de la pareja, específicamente las obras de Greenberg y Safran (1987), Johnson y Williams-Keeler (1998), Johnson (2002, 2007, 2015), Rheem et al. (2012) y de Karris y Caldwell

(2015). La terapia enfocada en las emociones para parejas presenta una larga tradición en el manejo de los intercambios emocionales, tanto en parejas con problemas de relación como en parejas con algún miembro traumatizado, cuyo trauma afecta la relación de pareja.

Para realizar la investigación empírica de este estudio, que fue una tesis doctoral, se seleccionó una muestra de 17 parejas que mostraban problemas de pareja y en las cuales alguno de sus miembros era una víctima del terrorismo. Todas ellas recibieron un programa de tratamiento de parejas. De ellas, 13 parejas concluyeron el mismo. Los pacientes recibieron una media de 10 sesiones de una hora y media de duración con una frecuencia quincenal. Del total de participantes que completó el tratamiento de pareja, el 35, 7% recibía además de forma individual y simultánea terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT), mientras que el 37,9% estaba simultáneamente consumiendo psicofármacos,

Nuestra hipótesis primaria era que el tratamiento de pareja aplicado resultaría efectivo para tratar los problemas de relación de pareja de las víctimas del terrorismo y que, por tanto, mejoraría el nivel de ajuste de la relación de pareja, ciertos factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de pareja (clima social de la pareja, tácticas de conflicto, habilidades de solución de problemas sociales, pensamientos automáticos negativos relacionados con la ira-hostilidad y creencias relacionadas con la ira-hostilidad) e incluso la sintomatología de TEPT, depresión y ansiedad. Al mismo tiempo, dado que en nuestro tratamiento no fue un criterio de exclusión ni la toma de psicofármacos ni la participación simultánea en un programa de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) de tipo individual, nuestra hipótesis secundaria era que la combinación del tratamiento de pareja con una TCC-CT individual o con un tratamiento psicofarmacológico no aumentará la efectividad de dicho tratamiento de pareja sobre el nivel de ajuste de la relación de pareja o sobre los factores relacionados con dicho ajuste.

Se procedió a sistematizar el tratamiento, manualizándolo con el fin de lograr una aplicación lo más fiel posible a los objetivos, estrategias, técnicas y actividades fundamentales del mismo.

Las adaptaciones que se realizaron al protocolo de Monson y Fredman (2012) parten de varias consideraciones.

En primer lugar, se tuvo en cuenta que la terapia cognitivo-conductual conjunta centrada en el trauma (Monson y Fredman, 2012) es un tratamiento diseñado cuyo objetivo prioritario es el tratamiento específico del estrés postraumático en un formato de pareja. De hecho, es importante enfatizar que, según Monson y

Fredman (2015), una pareja no tiene que estar afectada para que el individuo con TEPT, mediante el tratamiento, presente mejorías en relación con su trastorno y los síntomas comórbidos o presente aumentos del funcionamiento de la relación (Shnaider et al., 2014). En cambio, en la adaptación realizada de dicho tratamiento el objetivo principal fue la mejora de la relación, por lo que se tuvo en cuenta la existencia de problemas de relación de pareja para realizar el tratamiento.

En este sentido, de acuerdo a su objetivo principal, el tratamiento de Monson y Fredman (2012), se trata de un protocolo de quince sesiones. Del mismo, se seleccionaron las etapas 1 y 2 del tratamiento, descritas con anterioridad, y no se hizo el trabajo específico centrado en las cogniciones postraumáticas de la etapa 3 en seis sesiones (tal cual lo realizan las autoras del protocolo original) sino en menos sesiones, para no alargar el tratamiento. Si bien es cierto que, en la última sesión, se trabaja el crecimiento postraumático y se revisan y refuerzan los logros del tratamiento de pareja, así como la prevención de recaídas, igual que en el protocolo original este trabajo se realiza en las dos últimas sesiones. Esta selección de sesiones se realizó porque el objetivo primordial de dicha adaptación fue, repetimos, la mejora de la relación de pareja y no un tratamiento específico del estrés postraumático y sus comorbilidades en pareja. Como se ha dicho, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, de tipo individual, es el tratamiento de elección en una población similar a nuestra muestra, puesto que cuenta con aval empírico en estudios de eficacia y efectividad. Para el objetivo de la mejora de la relación de pareja se utilizan, conjuntamente, los aportes de la terapia de pareja cognitivo-conductual.

De hecho, los creadores del protocolo de tratamiento, Monson y Fredman (2012), recomiendan que para parejas que deseen abordar las dificultades en la relación asociadas al TEPT, pero que no desean hacer el trabajo enfocado al trauma que se realiza en la etapa 3, los terapeutas podrían proporcionar simplemente las etapas 1 y 2.

En segundo lugar, se tuvo en cuenta el carácter particular de nuestra muestra (víctimas del terrorismo que presentaban problemas de relación de pareja y, al mismo tiempo, a muy largo plazo, presentaban sintomatología de TEPT, depresiva y/o ansiosa) no existiendo, hasta ese momento, un estudio publicado específico de terapia de pareja con una muestra de estas características. Al ser parejas que se habían visto afectadas por las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas a muy largo plazo (pues la media de sucedido los atentados en este estudio fue de 27,41 años) se consideró importante valorar el papel que había tenido el trauma generado por los atentados en la historia de la pareja desde su surgimiento, cómo se había reorganizado la pareja, si se había afectado la relación

desde el principio o si la pareja había sabido funcionar con estos síntomas sin dañarse, y el daño había ocurrido a medio, y/o largo plazo. También se necesitó explorar cual era la situación de la pareja en el momento presente, si los patrones disfuncionales que la pareja presentaba estaban unidos a la sintomatología de TEPT, depresiva y/o ansiosa clínicamente significativa y/o al funcionamiento de la relación.

En cualquier caso, se trataba de validar las reacciones y las defensas que la pareja había tenido, reconociendo la dificultad de la situación, evitando en enjuiciamiento y el criticismo y transmitiendo a la pareja la esperanza de que es posible adoptar otros modos de relacionarse.

También, y no por ello menos importante, al tratarse víctimas del terrorismo, a muy largo plazo, se valoró como muy importante el reconocimiento del daño sufrido debido al terrorismo por estas personas. Este reconocimiento es doble: por una parte es el reconocimiento de un miembro de la pareja hacia el otro, de cómo estos sucesos afectaron y/o afectan su vida, su familia, salud y sus relaciones de pareja. El no reconocimiento de este sufrimiento, o la evitación de las emociones relacionadas con el mismo había generado dinámicas disfuncionales en las parejas, donde uno de los miembros tendía a llamar la atención por el malestar que presentaba y el otro miembro tendía a disminuir ese malestar, muchas veces en un intento por protegerlo. Ante esto, entraban en patrones circulares disfuncionales que alimentaban sus conflictos. Por otra parte, debido a la situación de abandono social e institucional denunciada en España por este colectivo durante muchos años (véase los trabajos de Baca y Baldomero, 2004; López, 2015), se hace muy necesario el reconocimiento de este sufrimiento por el terapeuta, que, de alguna manera, simboliza el mundo de fuera, la sociedad, y que, en muchos casos, se convierte en testigo (por primera vez en muchos años) de un diálogo en la pareja acerca de estos hechos. Un diálogo que el terapeuta debe saber guiar con sensibilidad y con respeto.

En tercer lugar, hay que considerar que un 55,56% de la muestra dentro del grupo de víctimas de terrorismo que iniciaron el tratamiento, estaba recibiendo, simultáneamente a este tratamiento, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma de tipo individual. Este tratamiento individual también incluye el manejo de los pensamientos negativos y creencias asociadas al trauma, a la depresión y a los trastornos de ansiedad, por lo que no consideramos necesario su repetición en este estudio de pareja, máxime cuando no se corresponde con el objetivo principal de dicho estudio que era la mejora de la relación. No obstante, en la sesión 3 de este tratamiento si se manejaron las cogniciones postraumáticas vinculadas a la relación de pareja, por su impacto en la calidad de la relación. De hecho, se

consideró interesante incluir el proceso cognitivo denominado como UNSTUCK (en inglés), por las autoras del protocolo original para lograr que la pareja trabaje en conjunto para modificar las distorsiones cognitivas que presentan las parejas y dañan sus relaciones (por ejemplo, cogniciones vinculadas al TEPT que afectan la calidad de la relación en áreas como el control, la seguridad, la confianza etc.).

Por otra parte, el hecho de que varias personas (un 55,56% dentro del grupo de víctimas de terrorismo inicial) recibiesen simultáneamente los dos tratamientos les llevó a introducir dos modificaciones en el protocolo original de Monson y Fredman (2012). La primera tiene que ver con el número de sesiones, pues en su momento se valoró acortar lo más posible el tratamiento dejándolo en 10 sesiones, incluyendo las sesiones de evaluación (aunque el número de sesiones y su duración se aplicó de manera flexible en función de las peculiaridades de cada paciente) para no sobrecargar de terapia a los pacientes que estaban recibiendo el otro tipo de terapia que comprende un protocolo de 16 sesiones de terapia individual y que esto no se convirtiese en una variable que les llevase a abandonar los tratamientos. La segunda modificación tiene que ver con la frecuencia de los tratamientos. Se consideró la pertinencia de introducir la frecuencia quincenal, de 90 minutos de duración, que no es la que recomiendan las autoras del protocolo original, porque en su formato único de terapia de pareja plantean que esta frecuencia puede llevar a reforzar las conductas de evitación asociadas al TEPT. Nosotros valoramos que como más del 50 % de los pacientes del grupo de las víctimas estaba recibiendo una terapia específica individual para el tratamiento de este trastorno, este hecho no se produciría. Por otra parte, pensamos que como nuestro protocolo se trataba de un número menor de sesiones que el protocolo original, resultaría conveniente extenderlo en el tiempo para facilitar a las parejas la posibilidad de hacer cambios en la mejora de su relación. Y, dado que este fue su objetivo principal, se priorizó este criterio por encima de que se pudiesen reforzar las conductas de evitación propias del TEPT en aquel número menor de pacientes que estaban recibiendo sólo terapia de pareja y no acudían a terapia individual.

En cuarto lugar, se tuvieron en cuenta los aportes de la terapia enfocada en las emociones en el manejo de las emociones por los miembros de la pareja. Muchas de estas aportaciones han sido incorporadas en el enfoque de la terapia de pareja cognitivo-conductual y dentro de la terapia de pareja conductual integrativa.

Se valoró la necesidad de utilizar estas aportaciones, porque el protocolo de Monson y Fredman (2012), al estar específicamente diseñado para el tratamiento del TEPT, realiza un trabajo con las emociones específicas vinculadas al trastorno, pero realiza un mayor énfasis en las cogniciones postraumáticas que mantienen el

trastorno. Nosotros valoramos la necesidad de dar un mayor énfasis al trabajo con las emociones en este colectivo, a la misma altura que los aspectos cognitivos, como bien plantea Epstein y Baucom (2002), dada la importancia de los aspectos emocionales en la mejora de la calidad de la relación de pareja (que fue el objetivo principal de esta investigación), en particular en pacientes que padecen sintomatología de estrés postraumático, depresión, o ansiedad. Como ya dijo Johnson (2002), una conexión emocional segura entre los miembros de la pareja es crucial para la satisfacción en la relación. De hecho, como se ha mencionado ya, los predictores de éxito de la terapia enfocada en las emociones que han sido identificados en la literatura, en lo que se refiere a la mejora de la relación de pareja son: conseguir una profunda experiencia emocional en ambos miembros de la pareja para obtener buenos resultados, conseguir el ablandamiento de las emociones y la apertura emocional que provoca respuestas de afiliación positivas.

En quinto lugar, y no por ello menos importante, hay que distinguir siempre entre el tipo de víctima para individualizar la intervención; pues no es lo mismo trabajar con la experiencia de una persona que ha sobrevivido a un atentado, por ejemplo, a aquella que ha perdido a un familiar de primer grado. Como también puede ser diferente el contexto familiar de los hijos de los heridos en los actos terroristas. En dependencia del tipo de víctima y del tipo de pareja planteamos la necesidad de ir particularizando el proceso terapéutico, adaptando las intervenciones sobre los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales a cada caso y a cada pareja particular.

Por último, otra variable que se tiene en cuenta es el uso de medicamento psicotrópicos concurrentes. Monson y Fredman (2015) plantean que estos medicamentos no están contraindicados en la TCC-C para el TEPT, con la excepción del uso de benzodiacepinas, a menos que sea muy necesario, porque esto puede interferir con el nuevo aprendizaje durante los ejercicios de enfoque y además, puede reforzar la creencia de la pareja del paciente, de que el paciente es incapaz de tolerar la ansiedad en una situación particular sin el uso de la pastilla. No obstante, las autoras aclaran que si los pacientes han seguido una dosis estable de medicamentos (la cual operacionalmente definen como más de 8 semanas de régimen), y desean continuar en la misma dosis para la duración del tratamiento, las oportunidades son buenas de que ellos y sus parejas atribuyan las ganancias que tienen al esfuerzo realizado en la terapia más que al medicamento. En la adaptación que hemos realizado nosotros no se ofreció como un criterio de exclusión el uso de benzodiacepinas, puesto que nuestro objetivo esencial era la mejora de la calidad de la relación y no la mejora del TEPT.

Dado el carácter experimental de la investigación, el tratamiento fue manualizado y estandarizado con el fin de garantizar la mayor homogeneidad posible en su aplicación así como la mayor fidelidad a los componentes esenciales del mismo.

A continuación vamos a describir las sesiones de tratamiento, detallando las modificaciones realizadas al protocolo original de Monson y Fredman (2012). El protocolo de tratamiento original más detallado se puede consultar en Fernández Marrero (2017).

Etapas y Sesiones de la TCC-C (adaptación a la mejora de la relación de pareja en víctimas de terrorismo)		
Etapa 1:	Fundamentos básicos sobre el tratamiento y psicoeducación sobre el TEPT y las relaciones de pareja	
	Sesión 1:	Introducción al tratamiento y psicoeducación sobre los síntomas de TEPT y las relaciones de pareja
	Sesión 2:	Construcción de la seguridad
Etapa 2:	Mejora de la satisfacción y la calidad de la relación de pareja	
	Sesión 3:	Manejo de los pensamientos, las expectativas y las creencias.
	Sesión 4:	Las emociones y la regulación emocional.
	Sesión 5:	Las habilidades de comunicación en la pareja.
	Sesión 6:	La resolución de problemas y conflictos en la pareja.
Etapa 3:	Haciendo significativo el trauma y final de la terapia	
	Sesión 7:	Crecimiento postraumático, revisión y refuerzo de los logros del tratamiento y prevención de recaídas.

Tabla 16: Resumen de etapas y sesiones de cada etapa de la TCC-C para la mejora de la relación de parejas en víctimas de terrorismo

Las etapas se secuenciaron, al igual que en protocolo original de Monson y Fredman (2012), de tal manera que las estrategias de psicoeducación y de gestión de conflictos se proporcionan primero por dos razones: (1) para aumentar tanto la aceptación de la pareja como el compromiso con el tratamiento conjunto y (2) para garantizar la seguridad física y emocional de ambos miembros de la pareja (antes de procurar el manejo de pensamientos y emociones y la mejora de las habilidades de comunicación y los ejercicios conjuntos de solución de problemas de la etapa 2. Las intervenciones cognitivo-conductuales en la etapa 2 preceden a la última sesión de crecimiento postraumático y prevención de recaídas, de modo que las parejas pueden confiar en la mejora de su capacidad de comunicarse y de

su capacidad de resolución de conflictos y problemas para trabajar los contenidos de la última sesión. A pesar de esto, en dependencia de las características idiosincrásicas de cada pareja y de las problemáticas presentadas, se contempló la posibilidad de cambiar el orden de algunas sesiones de la etapa 2. Igualmente, los contenidos dentro de las sesiones se organizan en función de la necesidad de cada pareja.

Con relación al rol del terapeuta, tal cual plantean Monson y Fredman (2015), son muy importantes las habilidades terapéuticas y que el terapeuta puede ir realizando una alianza fuerte con la pareja para poder ir explorando el impacto del trauma vinculado al terrorismo en su relación y los problemas de relación de pareja que pudiesen presentar en general, asociados a la sintomatología clínicamente significativa o al funcionamiento de la relación. Para que los clientes se arriesguen a este tipo de trabajo, ellos deben sentir seguridad. Esto es especialmente importante en pacientes traumatizados por la percepción de amenaza típica de estas personas. La actitud empática del terapeuta ayuda a los miembros de la pareja a sentirse seguros y validados (Greenberg y Goldman, 2008). En este sentido, los terapeutas pueden utilizarse como “instrumento de cambio” resonando con la experiencia emocional de los miembros de la pareja y procesando cognitivamente esas experiencias, utilizando esas resonancias al servicio de la terapia. Los autores plantean que este proceso sería importante para ayudar al reconocimiento de las emociones primarias vinculadas a la experiencia traumática y a las vulnerabilidades que cada miembro de la pareja se trae a la relación, puesto que se sabe que las parejas en conflicto, en general, se ven atrapadas en las escaladas de circuitos emocionales negativos que les dificultan sintonizarse y ser empáticos entre sí. Estos procesos se acentúan en pacientes traumatizados, que se ven “secuestrados” por sus memorias emocionales traumáticas y sus estrategias de defensa autoprotectoras, lo cual les impide la conexión y el contacto empático con sus parejas.

A continuación ejemplificamos las intervenciones de pareja con un caso que se encuentra en tratamiento en la actualidad:

Es el caso de Marta, explicado en el capítulo V. Se trata de una mujer de 30 años que sufre atentado terrorista de niña. En el año 2020 se queda embarazada en la crisis del COVID-19 y, a raíz de tener el bebé, acude a tratamiento individual. Se le recomienda la terapia de pareja en el presente año 2021, porque presentaba un elevado nivel de conflictos con su marido que le estaban reforzando la sintomatología presentada, consistente en estrés postraumático, sintomatología depresiva y ansiedad generalizada. Ella decide acudir a terapia individual tras un recrudescimiento de su sintomatología TEPT como

consecuencia del COVID-19, el impacto de este en su embarazo y varias pérdidas anteriores, y el deterioro de la relación de pareja derivado del agravamiento de la sintomatología.

Marta refiere sentirse incomprendida por su pareja, a quien acusa de haberla llamado “loca” en varias ocasiones, y de fuertes discusiones con agresiones verbales. Al mismo tiempo, y desde el nacimiento de su hijo dice sentirse invadida por la familia de su pareja al que llamaremos Víctor. A nivel personal, Marta ha sufrido enormemente las pérdidas de embarazo, el miedo a que sucediera lo mismo durante la gestación, además de que ella o su pareja se contagiasen del COVID estando embarazada, y posteriormente de contagiar al bebé o de que algo malo le pasase. También refiere un miedo al abandono e incluso a la muerte; adjudicando el origen de estos miedos al atentado terrorista y a las pérdidas de embarazo, y el miedo al COVID-19. Marta ha sentido ansiedad, miedo elevado, muchas preocupaciones e irritabilidad y demanda una mayor atención y comprensión de su pareja, para sentirse respaldada y segura, refiriendo que percibe a su pareja como muy fría y racional, que quita importancia a sus sentimientos y pensamientos.

Marta: “Es que no entiendo por qué tiene que suceder eso. Es como si yo hubiera perdido toda la credibilidad para él y cada vez que yo quiero decir algo, ya no me escucha. Me siento juzgada y menospreciada. Yo noto que él se ha dado cuenta y yo sé que él me quiere mucho, igual que yo, pero tenemos problemas, yo lo veo así. Para mí son todo negativas y de ahí pasamos al insulto. Está en casa y cuando yo quiero hablar se pone los cascos y me ignora completamente.”

Víctor, por su parte, se muestra muy preocupado por Marta y aunque ha intentado ayudarla a calmarse ante una crisis, se frustra al ver que todos sus intentos sólo derivan en un recrudecimiento del conflicto, y dice sentirse algo cansado y desesperanzado ante el conflicto actual. Víctor pone el foco en Marta y sus síntomas, para intentar mejorar la relación y la calidad de vida de su pareja. Respecto a la relación, él refiere no saber cómo ayudar a Marta y que ella hace un mundo de todo. Al mismo tiempo, se siente atado de manos frente a las demandas que ella le hace con relación a su familia de origen, y le resulta complicado responder al mismo nivel emocional que Marta requiere, siendo él más racional y calmado. Él hace referencia a las creencias negativas que ella tiene con respecto al mundo, a los demás y a su percepción de amenaza elevada.

Víctor: “Los problemas de Marta no son solo con mi familia, luego está hablando con su familia y es igual. Se siente atacada con frecuencia, se altera. Luego estaba en su trabajo con sus compañeras y pasa lo mismo, entonces no es solo con mi familia ni conmigo. Ella siempre encuentra algo que los demás han hecho mal o le han hablado mal. Cuando se altera conmigo siempre quiere hablar en ese momento, se pone a gritar. Yo intento alejarme porque no quiero alterarme, pero es que me persigue hasta el baño y entonces ya, a veces, termino insultándola.”

Recordemos que las actitudes disfuncionales presentes en Marta, vinculadas al terrorismo, fueron exploradas por nosotros en el presente año 2021 con la entrevista clínica y la Escala de actitudes disfuncionales traumáticas (EADT), de Navarro Montes (2021), instrumento que evalúa las creencias disfuncionales específicas en víctimas del terrorismo que sufren TEPT.

Como podemos apreciar, en esta pareja se dan patrones disfuncionales a la hora de comunicarse y enfrentar el malestar y los problemas de relación. Se trata del patrón de afrontar- huir que deriva en una evitación crónica de la problemática, refuerza la sintomatología TEPT, depresión y las sensaciones de abandono y soledad que tiene Marta, repercutiendo en la pareja. En este caso, Marta afronta el problema demandando un cambio a su pareja, que consiste en implicarse más emocionalmente. Ella solicita el cambio en forma de acusación, queja o crítica que Víctor evita mediante el cambio de tema, la invalidación, el silencio o el escape del lugar físico, refugiándose en otros lugares de la casa o en la calle frente a las conductas de persecución de Marta. Esto se convierte en un círculo vicioso, pues la persona que demanda al cambio se vuelve más exigente y el otro miembro de la pareja cada vez se aleja más, funcionando ambas respuestas como antecedente y consecuente de las conductas del otro. (Fernández Marrero, 2017 pp. 75)

Según Dimidijan et al. (2008) las diferencias en las primeras etapas de la relación no son interpretadas como amenazantes, pero sí cuando estas surgen de las vulnerabilidades de un miembro de la pareja (como es el caso de Marta) o de ambos. En estos casos se dan tres patrones disfuncionales destructivos, que podemos observar en esta pareja. El primero de ellos, es la coerción mutua que se define como los esfuerzos, cada vez más intensos y críticos, de cambiar al otro miembro de la pareja. Evolucionando de la persuasión y solicitudes directas, a comportamientos negativos y coercitivos como la agresión verbal, los gritos y la evasión que vemos en este caso, siendo reforzados de forma mutua e involuntaria y creando un sistema de interacción coercitiva y negativa.

Marta: “A lo mejor hago algún comentario de mira lo qué ha dicho su familia. Puede que yo no tendría que decirlo ¿sabes? Pero cuando lo digo, su reacción a mí me pone todavía peor.”

Víctor: “Es que yo siempre le digo que a ella le puede molestar cualquier cosa.”

Marta: “No me siento comprendida. Me dice que estoy loca todo el tiempo. Ahora cada vez que discutimos, se ha subido el nivel, ahora hay insultos, que él se piensa que es una tontería... pero yo no voy a normalizar una cosa que está mal.”

A medida que la coerción mutua se vuelve más frecuente aparece el segundo patrón disfuncional, la difamación, en el que los miembros de la pareja empiezan a ver al otro como deficiente, es decir, empiezan a difamar al otro y refuerzan su justificación de cambiarle. Por último, y a medida que las diferencias entre los miembros de la pareja se convierten en la principal fuente de conflicto aparece el tercer patrón disfuncional, la polarización, en la que ambos miembros de la pareja tienden a intensificar o polarizar su comportamiento, llevando sus acciones al extremo.

Estos patrones disfuncionales de interacción de la pareja no sólo mantienen el problema, sino que lo intensifican puesto que : A) favorecen un locus de control externo, en el que la culpa la tiene el otro (coerción mutua), B) favorecen la rigidez cognitiva al reafirmar la idea de que la culpa la tiene el otro miembro de la pareja, se pierde el foco de la pareja como unidad de intervención, y dificulta la comunicación y empatía (difamación) y C) intensifica las diferencias entre ambos miembros de la pareja que dieron origen al deterioro de la relación.

Por ello, es importante que se produzca el cambio en ambos miembros de la pareja. Es necesario que detecten los patrones circulares en los que se ven envueltos, asumiendo la parte de responsabilidad de cada uno y que haya una disminución de la intensidad y/o frecuencia de los mismos para disminuir el conflicto de forma simultánea. En estos casos donde han existido varias experiencias traumáticas que generan los patrones disfuncionales (en el caso de Marta, atentado terrorista, pérdidas de embarazo previas, embarazo actual en pandemia, miedo a contagiarse del Covid ella, el marido y /o el bebé) una estrategia que se usa en estas intervenciones es echar la culpa a todos estos traumas de haber secuestrado la relación de pareja y de que ambos miembros tienen que unirse en la lucha contra ellos. En caso de un solo trauma (atentado terrorista), igualmente se utiliza el mismo argumento. Se realiza psicoeducación sobre las consecuencias del trauma en la relación de pareja. Se les explica que

tienen que luchar juntos contra el secuestro del trauma en su relación, que los envuelve en círculos negativos de interacción. Se refuerza la idea de que la pareja es un equipo, porque la experiencia traumática acentúa la lucha por la supervivencia individual, lo cual va en contra de la pareja como un todo. Se pregunta si lo que hacen es bueno para la pareja, bajo el supuesto de “Si gana la pareja, todos ganamos”. El echar la culpa al trauma es una manera de externalizar el problema y ponerlo en la relación, en lugar de culpar a cada miembro de la pareja de modo individual, lo cual disminuye la percepción de amenaza del paciente traumatizado, en particular, y también del otro miembro de la pareja. También contribuye a mantener la neutralidad en sesiones y, por consiguiente, mejora la alianza terapéutica. Esto favorece la disminución de los conflictos y la obtención de la seguridad. En cualquier caso, resulta esencial que mejore el clima de la pareja y favorecer el apoyo y la confianza que son fundamentales en la calidad de esta relación y disminución de la sintomatología presentada por Marta.

Asimismo, es importante hacerles ver la complejidad de la situación presentada, para que puedan entenderse más y criticarse menos, validando sus reacciones y mecanismos de defensa. “Habéis atravesado una situación compleja en la que se ha dado la maternidad, las pérdidas, la pandemia... Esta situación hubiese sido un desafío para cualquier pareja, no solo para vosotros. Habéis actuado de la mejor manera posible. Es difícil no verse atrapado por la complejidad de la situación y saber actuar bien.”

También hay que trabajar la comunicación, consiguiendo que en la misma cada uno mejore la regulación emocional y que pueda aprender del otro. En este caso el hecho de que Marta fuese demasiado emocional (problemas en la regulación emocional asociada a sintomatología clínicamente significativa) favorece el que Víctor se expresase de modo más racional (se polarizan) de modo que se acerquen al modelo relacional del otro (más emocional o más racional) para desactivar el patrón de interacción sistemático coercitivo y la evitación crónica de los problemas. Ella tiene que aprender a regular sus emociones, contenerse, no hablar enseguida y /o hablar bien (sin críticas, repeticiones innecesarias, ni ira descontrolada) y dejar de perseguirle por la casa y él tiene que aprender a dejarse sentir más sus emociones y las de su pareja, y acercarse para comunicar, para que puedan llegar a puntos de acuerdo y entendimiento. Para que esto suceda, ambos tienen que cambiar y apoyarse entre sí.

En ambos miembros de la pareja observamos un conflicto agudizado por la polarización de los roles asociado, además del trauma, a la adquisición de roles

de género tradicionales y la expresión normativa ligada a estos. En este caso la mujer se expresa desde la emoción, demandando un elevado nivel de reconocimiento del malestar a su pareja. Al mismo tiempo, la intensidad de sus emociones afecta a sus cogniciones, sesgando las mismas, siendo su pareja, en muchas ocasiones, incapaz de reducir el malestar de esta al tratar de tranquilizarla desde la vía racional. Víctor, como hombre, se siente más cómodo expresándose desde la razón. Ambos perciben esta disonancia en los canales de comunicación como un ataque de la pareja (La mujer/víctima se sienten incomprendida, y el hombre/pareja se siente juzgado y frustrado al ver que sus intentos de calmar a su pareja resultan ineficaces y sólo resultan en un recrudecimiento del conflicto). Se les explica la dificultad para comunicarse utilizando la metáfora de una radio “Vosotros utilizáis canales de radio diferentes para transmitir sus experiencias: Víctor hablas con la cabeza y Marta con el corazón y así es imposible llegar acuerdos. Cada uno deberá aprender del otro, aprender a usar también su canal de radio.”

En cualquier caso, se trata de conseguir una profunda experiencia emocional en ambos miembros de la pareja, conseguir el ablandamiento de las emociones y la apertura emocional que provoca respuestas de afiliación positivas. El ablandamiento se produce cuando Marta puede hablar de lo que necesita y siente, sin ira y crítica hacia Víctor, pidiendo apoyo y protección e, igualmente, Víctor logra hablar de sus emociones y puede acercarse a ella en lugar de huir. Trabajamos con Víctor también con el dolor que siente por verse descalificado, rechazado y con la desesperanza y frustración ante el comportamiento de Marta. Para disminuir este dolor también es importante que aprecie el malestar de ella, su soledad y que comprenda su necesidad de apoyo en las circunstancias actuales (madre primeriza traumatizada en contexto de pandemia). Se enfatiza en la necesidad de que él pueda acercarse y apoyarla, con caricias físicas dándole una mano cuando ella llora o reclama su cercanía, o con un abrazo para calmarla y transmitir seguridad y confianza. Este acercamiento y apoyo crea la base para el cambio cognitivo de las distorsiones cognitivas y la percepción exagerada de amenaza de Marta, en lo que respecta a su pareja.

En esta línea, resulta muy importante abordar las cogniciones postraumáticas, pues se encuentran en la base de los problemas de pareja, generando, en particular, los patrones de interacción negativos. En particular, se trata de tomar conciencia de la elevada percepción de amenaza y las distorsiones cognitivas presentes en el paciente traumatizado que le hace sentir desconfianza elevada hacia, en el caso de Marta, Víctor y su familia de origen. Al

mismo tiempo hacer comprender a Víctor que sus comportamientos refuerzan la desconfianza y la inseguridad de ella. El trabajo con creencias necesita haber mejorado previamente el clima emocional. Hemos trabajado con el procedimiento descrito por Monson y Fredman en su protocolo original (UNSTUCK). Se trata de que la pareja trabaje conjuntamente para modificar los “puntos calientes” (por ejemplo, pensamientos que la pareja sostiene que mantienen el TEPT y/o los problemas de la relación). Los objetivos de la intervención son: elevar la flexibilidad cognitiva y favorecer el trabajo en equipo contra los problemas de relación que genera el trauma. Además, para la mejora del clima emocional se prescribe la realización de actividades placenteras.

Pasado algunas sesiones se consigue la disminución de los conflictos y la mejora del clima emocional de la pareja, describiendo ambos algunos elementos de lo que les ha ayudado al cambio.

Marta: “a mí me ha ayudado lo que tu dijiste (se refiere al terapeuta) de que me diera cuenta de que estoy amplificando las cosas y ver que estamos en un círculo. Entonces, si por ejemplo he visto que se empezaba a dar una situación en la que yo empezaba ya a discutir, pues he intentado calmarme o incluso callarme. Me ha costado muchísimo, pero yo he hecho eso. Y si él, por ejemplo, me ha dicho déjame tranquilo, no quiero hablar ahora, lo he dejado tranquilo porque me digo “si voy por aquí la lío”.

Víctor: “La mayoría de días si lo ha hecho, otros no.”

Terapeuta: “Claro esto es normal, va a llevar tiempo. Es asumirlo que hay unos días que os vais a controlar mejor y otros os costará más.”

Víctor: “Yo la veo mejor, mucho más tranquila y a mí eso me tranquiliza y estoy más a gusto. Sí que es verdad que cuando se vuelve a dar la situación yo ya le dije que por favor se callase, que yo incluso estaba de acuerdo con ella y aun así ella sigue en sus pensamientos, repitiendo, como si no entendiera y al final me cabreo también. Pero, en general, mejor, yo también me controlo más.”

Marta: “Estábamos en un círculo que hay que salir de ahí, cuando estamos bien estamos bien, pero cuando estamos mal estamos mal, no hay un equilibrio. Y lo que he percibido yo es que él está bien hasta que ya deja de estarlo. Por ejemplo, le he dicho algo, y a lo mejor es verdad que tiendo a repetir las cosas, que se lo he dicho siete veces. De eso me he dado cuenta, de que soy machacona. Entonces cuando yo lo repito varias veces me dice que me calle, pero me lo dice mejor. Es que no son ya como las

discusiones que hemos tenido anteriormente, con agresividad por las dos partes.”

En este caso, debemos de seguir trabajando en la disminución de la intensidad y frecuencia de los patrones relacionales negativos asociados al trauma y/o al funcionamiento de la relación. Queda pendiente la mejora de la intimidad que se ha visto perjudicada por el nivel de conflictos. Además, es importante trabajar con la resiliencia de la pareja, destacando aquello que los une, lo que les hizo enamorarse, lo que valoran de la pareja en el momento presente. En última instancia, rescatar lo positivo y trabajar el crecimiento postraumático, en contra del agujero negro en que las experiencias traumáticas sumergen a la pareja.

2.3 El apoyo empírico de los tratamientos de pareja para las víctimas de traumas

Respecto al apoyo empírico de los tratamientos que hemos mencionado, a continuación mencionamos los estudios que lo demuestran. Los hallazgos de esta sección los hemos tomado de Fernández Marrero (2017):

a) La terapia conjunta cognitivo-conductual (TCC-C) centrada en el trauma (Monson y Fredman, 2012) tiene la mayor evidencia, hasta la fecha, en el tratamiento de los síntomas de TEPT y los síntomas concomitantes (por ejemplo, la depresión, la ansiedad y la ira), con varios estudios no controlados (Monson et al., 2011; Monson, Schnurr, Stevens y Guthrie, 2004; Schumm, Fredman, Monson y Chard, 2013) y un ensayo aleatorizado controlado que demuestran su eficacia (Monson et al., 2012). Al igual que con los tratamientos individuales para TEPT (Foa et al., 1991; Nishith et al., 2002; ambos citados en Monson y Fredman, 2015), la TCC-C para el TEPT ha demostrado su eficacia en la reducción de los síntomas del TEPT de reexperimentación, evitación e hiperactivación, con resultados similares a los encontrados que en ensayos individuales (por ejemplo, Foa et al., 1991; Monson et al., 2006). Además, el uso de la TCC-C para el TEPT se relacionó con una disminución significativa en los síntomas de embotamiento emocional, con una gran diferencia en el tamaño del efecto en relación con la lista de espera. Estos resultados amplían los hallazgos de un estudio pequeño, sin método de control, de otro tipo de terapia conjunta para el TEPT (Sautter, Glynn, Thompson, Franklin y Han, 2009). Este hallazgo es particularmente importante porque los síntomas de embotamiento emocional a menudo no disminuyen tanto como otros síntomas en los tratamientos individuales (por ejemplo, Nishith et al., 2002; Taylor et al., 2003; citados en Sautter et al., 2009), lo que es preocupante porque el

embotamiento emocional se ha asociado con una amplia gama de alteraciones en el funcionamiento interpersonal como ya se ha dicho.

Los estudios de tratamiento de este enfoque han documentado, además, mejoras en la satisfacción de la relación en los veteranos (por ejemplo, Monson et al., 2011, 2012) y en la salud mental del otro miembro de la pareja (Monson, Rodriguez y Warner, 2005; Shnaider, Pukay-Martin, Fredman, Macdonald y Monson, 2014). Las parejas que iniciaron el tratamiento con dificultades en sus relaciones obtuvieron mayores ganancias en la relación en comparación con las que estaban satisfechas en sus relaciones previo al tratamiento (Shnaider et al., 2015). También se ha comprobado que TCC-C para el TEPT es particularmente efectivo para parejas en cuyos miembros hay altos niveles de “acomodación” a los síntomas del TEPT (Fredman et al., 2014; Fredman et al., 2016). Por otra parte, los resultados del estudio de Macdonald, Pukay-Martin, Wagner, Fredman y Monson (2016) demostraron que los pacientes que recibieron TCC-C para el TEPT mostraron una mayor mejora, no sólo en todos los síntomas de TEPT si no en las cogniciones postraumáticas lo cual es muy importante porque éstas últimas no sólo son la hipótesis de mantenimiento de los síntomas del TEPT (Foa et al., 1999, citado en Sautter et al., 2015; Ehlers y Clark, 2000) si no que generan problemas de relación de pareja. Además, se han publicado tres estudios de casos (Blount, Fredman, Pukay-Martin, Macdonald y Monson, 2015; Brown-Bowers, Fredman, Wanklyn y Monson, 2012; Fredman, Monson y Adair, 2011; citados en Monson y Fredman, 2015) donde igualmente se ha comprobado la eficacia de este tipo de terapia para el tratamiento del TEPT.

b) La TCC-C para el TEPT centrado en el presente (Pukay-Martin et al., 2015) ha demostrado que puede ser un tratamiento alternativo prometedor para parejas que no desean seguir terapia centrada en el trauma. Los resultados de este estudio también demostraron mejoras en la satisfacción de la relación de la pareja y del paciente (con tamaño de efecto de pequeño a mediano) en una muestra de parejas que no presentaban problemas de relación en el pretratamiento. Un último hallazgo digno de ser considerado tiene que ver con los comportamientos de acomodación del otro miembro de la pareja que disminuyeron del pretratamiento al postratamiento, aunque no fueron directamente abordados en el tratamiento, lo cual puede ayudar a conseguir y mantener mejoras a largo plazo en los síntomas del TEPT (Fredman et al., 2014).

c) La terapia de pareja de enfoque estructurado, SAT, cuenta con tres estudios que muestran su eficacia. Un primer estudio que presenta los resultados preliminares sobre la eficacia de SAT para reducir los síntomas de evitación del TEPT (Sautter et al., 2009). Un segundo estudio, Sautter, Glynn, Arsenau, Cretu y Yufi T. (2014),

cuyos resultados mostraron que SAT se asocia con reducciones de los síntomas del TEPT en los veteranos y de la depresión y la ansiedad en los cónyuges de los veteranos. Por otra parte, mejora el funcionamiento de las relaciones en veteranos con TEPT y sus parejas, pero estos beneficios no son tan consistentes como otros beneficios informados por SAT. El tercer estudio (Sautter, Glynn, Cretu, Senturk y Vaught, 2015) proporciona pruebas de la eficacia de la terapia de enfoque estructurado (SAT) en el tratamiento del estrés postraumático y de la ansiedad comórbida en los veteranos, al mismo tiempo que mejora su adaptación en la relación de pareja. Sin embargo, los cónyuges en SAT no reportaron mejoras comparables en el estado de ansiedad o satisfacción de la relación como lo hicieron los veteranos.

d) La terapia centrada en las emociones, EFT (Johnson, 2002) cuenta con evidencia preliminar de su eficacia como un tratamiento para los problemas de relación de pareja y, al mismo tiempo, para el TEPT en cuatro estudios. El primero de ellos es el estudio de Macintosh y Johnson (2008), en el que se demostraron disminuciones clínicamente significativas en los síntomas de TEPT y el cambio medio en la satisfacción de la relación (en la muestra global de sobrevivientes) superó el punto de corte para la significación clínica en parejas en la que uno de los miembros sufrió abuso sexual en la infancia. El segundo estudio es un estudio piloto de la EFT para las parejas de los veteranos de guerra que sufren de TEPT (Weissman et al., 2011). En el mismo hubo disminuciones estadísticamente significativas en los síntomas de TEPT y de los trastornos psicológicos de los veteranos, y una mejoría estadísticamente significativa en la satisfacción marital. El tercer estudio fue realizado por Naamán (2008) que descubrió reducciones estadísticas y clínicamente significativas en los síntomas de TEPT en las mujeres que sufren de cáncer de mama después de un curso de 10 sesiones de EFT para parejas, mientras que las parejas en su condición de control no mostraron cambios significativos y se obtuvieron efectos moderados en el ajuste de las parejas. En el cuarto estudio, (Dalton, Greenman, Classen y Johnson, 2013) detectaron una significativa mejora en la satisfacción de la relación de pareja de las mujeres que habían sido sometidas a abuso intrafamiliar en la infancia; sin embargo, la reducción en los síntomas de trauma no resultó estadísticamente significativa. Aunque esta línea de investigación en la EFT está en su infancia y solo dos de estos estudios incluyeron grupos de control (Dalton et al., 2013; Naamán, 2008), Greenman y Johnson (2012) concluyen que los resultados son consistentes para que la EFT sea propuesta como un tratamiento útil para el TEPT y, al mismo tiempo, para el tratamiento de los problemas de relación de pareja con algún miembro traumatizado.

Si comparamos la eficacia de la terapia conjunta cognitivo-conductual para TEPT (TCC-C) con la terapia de enfoque estructurado (SAT), aunque ambas se relacionan con reducciones en los síntomas de TEPT, parece que los veteranos que reciben TCC-C para el TEPT muestran niveles más bajos de intensidad de TEPT al concluir el tratamiento que los veteranos que participaron en SAT (Sautter et al., 2014) y con mejores resultados en el ajuste de la relación de pareja. Por otra parte, si comparamos los resultados de la versión de la TCC-C para el TEPT, centrada en el presente (Pukay-Martin et al., 2015) con la centrada en el trauma (Monson y Fredman, 2012), ésta última obtuvo mejores resultados por lo que, en el caso de las parejas que si deseen centrarse en el trauma, debe de ser el tratamiento de elección. De hecho, en una de las guías de buena práctica clínica (ISTSS, 2018) se incluye este enfoque como un tipo de intervención con evidencia emergente para el tratamiento del TEPT.

e) Por último, con relación a nuestro tratamiento, el estudio piloto que realizamos donde se adaptó la terapia cognitivo-conductual conjunta (TCC-C) centrada en el trauma (Monson y Fredman, 2012) a víctimas del terrorismo (Fernández Marrero, 2017), decir que se hizo una propuesta de tratamiento de pareja para este colectivo y se evaluaron los resultados en el postratamiento, tanto desde el punto de vista de la significación estadística como desde el punto de vista de la significación clínica. Los resultados del estudio realizado demuestran la efectividad del programa de tratamiento aplicado en la mejora del ajuste total de las parejas participantes, con tamaños del efecto similares a los de los estudios sobre la eficacia de terapia de pareja (Shadish y Baldwin, 2003; Baucom et al., 2003). Estas mejoras fueron mayores para las parejas de las víctimas que para las propias víctimas, que partieron de niveles más altos en el ajuste total. Este resultado coincide con los de estudios previos sobre la TCC-C para el TEPT (Monson et al., 2011; Monson et al. 2012; Schumm et al. 2013).

Al mismo tiempo, el programa ha resultado efectivo en el cambio de muchas de las variables de interacción relacionados con el funcionamiento de la pareja que se estudiaron (el clima social de la pareja, la mejora de las tácticas de conflicto, la disminución de la agresividad psicológica y algunas habilidades en la resolución de problemas y conflictos). Además, el tratamiento ha resultado efectivo en la disminución de los pensamientos negativos asociados a la ira- hostilidad.

Finalmente, el tratamiento también se ha mostrado efectivo para la sintomatología de estrés postraumático, depresiva y ansiosa, ya que consiguió una reducción estadística y clínicamente significativa en las medidas de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa en el postratamiento en el grupo de las víctimas de terrorismo, con tamaños del efecto moderados para la sintomatología

postraumática y ansiosa y grandes para la sintomatología depresiva. Los resultados en la reducción de la sintomatología depresiva son iguales o mejores que en estudios previos de TCC-C conjunta para el TEPT (Monson et al., 2012; Schumm et al 2013, Monson et al 2011). Sin embargo, en las medidas de la sintomatología postraumática, en esos mismos estudios y en el de Monson et al. (2004), se han conseguido mejores tamaños del efecto. Nuestro resultado es similar a la versión de la TCC-C para el TEPT centrada en el presente (Pukay Martin et al., 2015). Además, la participación de las parejas de las víctimas en este tratamiento no parece ser perjudicial para su funcionamiento psicológico, ya que no ha supuesto un incremento de sintomatología de ansiedad y depresión y ningún caso empeoró, resultados que coinciden con investigaciones previas de la TCC-C conjunta centrada en el trauma (Shnaider et al 2014).

Con relación a la hipótesis secundaria planteada (los resultados de varios análisis de covarianza con el tipo de tratamiento (terapia de pareja vs. terapia de pareja en combinación con TCC-CT o con psicofármacos) como factor intersujetos, el momento de medida (pretratamiento vs. postratamiento) como factor intrasujeto y el sexo y la edad como covariables, revelaron que, frente al tratamiento de pareja en solitario, tanto su combinación con TCC-CT individual como su combinación con psicofármacos, no parece que mejoren de forma estadísticamente significativa la efectividad de dicho tratamiento de pareja en solitario sobre el ajuste de la pareja ni sobre ciertos factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de pareja salvo por dos excepciones. Tanto para la combinación de la terapia de pareja con TCC-CT individual como para la combinación de la terapia de pareja con psicofármacos, los pacientes que recibieron terapia de pareja combinada redujeron significativamente más sus pensamientos negativos asociados a la ira y la hostilidad tras el tratamiento que los pacientes que solo recibieron terapia de pareja. Curiosamente, en relación con el grado de satisfacción en la pareja, se encontró un patrón de resultados contrario para la combinación de la terapia de pareja con psicofármacos; esto es, se encontró que en los pacientes que recibieron la terapia de pareja en solitario aumentó significativamente más la satisfacción con la pareja que en los pacientes que recibieron su combinación con psicofármacos.

Estos resultados deben contemplarse teniendo en cuenta las limitaciones del estudio, entre las que cabe destacar la ausencia de un grupo control, el tamaño pequeño de la muestra que limita la generalización de los resultados, la no realización de seguimientos de los logros del tratamiento para ver si se mantienen con el tiempo y la utilización de algunas medidas para evaluar los cambios en el funcionamiento de la relación de pareja que no son específicos del área de pareja.

Sobre la base de lo anterior, se recomienda hacer nuevos estudios con tamaños muestrales más amplios, con un grupo de control, con un seguimiento del progreso terapéutico y donde se realicen análisis de componentes para ver los predictores de éxito del tratamiento. Además, se mejoren las medidas utilizadas y se examinen, en mayor profundidad, los efectos de sinergia entre las combinaciones de tratamiento.

En resumen, los resultados de este estudio piloto que realizamos (Fernández Marrero, 2017) sugieren que la adaptación de la terapia cognitivo-conductual conjunta (TCC-C) centrada en el trauma (Monson y Fredman, 2012) que se aplicó puede ser un tratamiento prometedor para mejorar el ajuste en parejas con problemas de relación en las que uno o ambos miembros de la pareja son víctimas de terrorismo, así como para conseguir mejoras en ciertos factores psicológicos relacionados con el funcionamiento de la pareja y reducir la sintomatología clínicamente significativa de estrés postraumático, depresión o ansiedad que pueden sufrir las víctimas.

Aunque los resultados estadísticamente significativos respecto a la efectividad diferencial de la terapia de pareja frente a su utilización combinada con TCC-CT individual o con psicofármacos son difíciles de interpretar y, de hecho, se deben tomar con muchas cautelas por las limitaciones del presente estudio relacionadas con el pequeño tamaño muestral de los grupos que recibieron distintas alternativas terapéuticas, su presencia sugiere que el área de las sinergias debidas a la combinación de diversos tipos de tratamiento, es un ámbito que en su aplicación a los problemas de pareja y a los problemas psicopatológicos que pueden sufrir las víctimas del terrorismo y sus parejas merece ser investigado con mayor profundidad con diseños más adecuados desde el punto de vista de la manipulación de las variables independientes terapéuticas y de la potencia estadística (véase Fernández Marrero, 2017).

Con relación a las recomendaciones ofrecidas en las guías de buenas prácticas clínicas, tres de las mismas hicieron recomendaciones con respecto a la terapia de parejas para el tratamiento del TEPT (véase Tabla 8). La guía VA/DoD no recomienda la terapia de pareja no centrada en el trauma. Las pautas de ISTSS y NICE dieron a la terapia de pareja centrada en el trauma una recomendación emergente y una recomendación insuficiente, respectivamente.

3. El tratamiento psicológico para familias afectadas por sucesos traumáticos

La terapia familiar puede definirse como cualquier intervención psicoterapéutica que involucra directamente miembros de la familia más allá del paciente identificado.

Varios argumentos justifican usar la terapia familiar en el caso de eventos traumáticos. En primer lugar, el reconocimiento de que el trauma y sus efectos posteriores puedan impactar directa o indirectamente en las familias y las relaciones de las personas que lo han sufrido; producto de lo cual pueden aparecer síntomas postraumáticos, depresivos, de ansiedad, psicósomáticos en uno o más miembros de la familia. Este proceso es conocido como traumatización secundaria. En segundo lugar, se asume el papel central de los miembros de la familia, como fuente de apoyo social, para ayudar al superviviente del trauma en la recuperación de los síntomas derivados de la experiencia traumática (Barrett y Mizes, 1988; Beiser, Turner, Ganesan, 1989; Davidson, Hughes, Blazer y George, 1991; Solomon, Weisman y Mikulincer, 1990, citados en Riggs, 1999). En tercer lugar, existen familias donde todos sus miembros han podido verse afectados por el acontecimiento traumático de modo directo; siendo un objetivo esencial la recuperación tanto del funcionamiento de la familia (que puede verse alterado por el trauma) como de los problemas de salud mental que pueden aparecer, mantenerse o incrementarse gracias a dicho funcionamiento.

Algunos enfoques terapéuticos involucran a la familia directamente, mientras que otros intervienen con los padres para ayudarlos a promover el éxito terapéutico de sus hijos. La estrecha relación entre la participación de los padres y la terapia del niño / adolescente llevó a Kazdin y Weisz (1998) a declarar que la mayor parte de la terapia infantil es una terapia que implica el contexto familiar.

En los últimos años hemos sido testigos de un creciente interés en la investigación de la resiliencia familiar, incluso en trauma relacionado con el combate militar, catástrofes, poblaciones en regiones devastadas por la guerra y el reasentamiento de refugiados, de lo cual se ha hablado en capítulos anteriores. Existe todo un campo de intervenciones terapéuticas más centradas en estimular la resiliencia familiar frente al impacto devastador del trauma que en la psicopatología específica de los miembros de las familias.

Las intervenciones familiares pueden reactivar los procesos de curación y cambiar las interacciones en casos de desastres o terrorismo utilizando los puntos fuertes

de sus miembros. Los tres ámbitos de intervención (sistemas de creencias, procesos organizativos y procesos de comunicación/solución de problemas) facilitan la movilización de recursos dentro de la familia y facilitan la relación con el entorno social, movilizando fuentes de apoyo (Wolmer et al., 2017).

En el área de la terapia familiar centrada en las víctimas de sucesos traumáticos se han aplicado diferentes enfoques y se han desarrollado diversos programas que mencionamos a continuación.

3.1 La Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT)

En primer lugar, queremos destacar la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT, siglas en inglés; de Cohen y Mannarino 2008, Cohen et al. 2004; Deblinger y col. 1996; Cohen, Mannarino y Deblinger; 2012; Cohen et al., 2017). Se trata de un modelo de psicoterapia centrado en el trauma basado en la evidencia para niños de 3 a 18 años y sus padres o cuidadores primarios que no hayan sido los autores del daño sobre los niños. La TF-CBT utiliza principios cognitivo-conductuales y técnicas de exposición para prevenir y tratar el estrés postraumático, la depresión y los problemas conductuales. Esta terapia se lleva a cabo mediante sesiones individuales y conjuntas de padres e hijos, durante un período de 12 a 16 sesiones, y consta de varios componentes progresivos resumidos por el acrónimo PRACTICE. Estos componentes son la psicoeducación, entrenamiento en habilidades (parentales, de relajación, de regulación de las emociones y de afrontamiento cognitivo), narrativa del trauma y procesamiento cognitivo del evento (s) traumático, así como la práctica y planificación de la seguridad (Cohen y Mannarino 2008).

Estos componentes se dividen en tres fases distintas: una fase inicial de desarrollo de habilidades de afrontamiento (fase de estabilización); una segunda fase de narrativa y procesamiento del trauma (fase de procesamiento del trauma) y una fase final de consolidación y cierre del tratamiento (fase de integración) (Murray, Cohen, Ellis y Mannarino, 2008). La proporción y el equilibrio son conceptos importantes al implementar TF-CBT. Por lo general, los terapeutas dedican aproximadamente el mismo número de sesiones de tratamiento a cada una de las 3 fases del tratamiento TF-CBT, es decir, un tercio del total de las sesiones para cada fase (véase Cohen et al., 2012).

La TF-CBT sigue un modelo secuencial en el que cada componente se basa en las habilidades aprendidas previamente. La exposición gradual se incorpora en cada componente, para ayudar a los niños a dominar los recuerdos de sus traumas. Esta

terapia ha sido eficaz en una amplia gama de traumas, edades, entornos y culturas.

En la literatura científica se han descrito las estrategias prácticas para aplicar la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT) en jóvenes con trauma complejo (por ejemplo, Cohen, et al., 2012) que presentan dificultades en varias áreas como la regulación de las emociones, el apego, el comportamiento, la biología, la cognición y la percepción. Estos autores describen las fases del tratamiento TF-CBT y las modificaciones realizadas para jóvenes con trauma complejo. Varios autores sugieren que los jóvenes con trauma complejo responden mejor al tratamiento basado en fases con una fase de estabilización inicial para brindar habilidades de afrontamiento, una fase de procesamiento del trauma para comprender las experiencias traumáticas personales y una fase final de integración para consolidar y generalizar la seguridad y la confianza.

Las aplicaciones prácticas que describen los autores para la TF-CBT incluyen 1) dedicar proporcionalmente más tiempo a la fase de habilidades de afrontamiento; 2) implementar el componente de seguridad de manera temprana y con frecuencia, según sea necesario durante todo el tratamiento; 3) valorar la exposición gradual más lentamente adecuándose a cada joven; 4) incorporar temas unificadores de trauma a lo largo del tratamiento; y 5) cuando esté indicado, extender la fase de consolidación y cierre del tratamiento para incluir componentes de duelo traumático y generalizar la seguridad y la confianza continuas. Las estrategias prácticas incluyen proporcionar una fase de habilidades de afrontamiento más prolongada que incorpore seguridad y una exposición gradual adecuada; incluyendo temas unificadores relevantes; y permitir una fase de cierre del tratamiento adecuada para mejorar la confianza y la seguridad continuas. A través de estas estrategias, los terapeutas pueden aplicar con éxito la TF-CBT para jóvenes con traumas complejos.

Desarrollar y mantener la relación terapéutica es siempre fundamental en el tratamiento TF-CBT (Cohen et al., 2006) pero es especialmente crítico para los jóvenes con traumas complejos y sus cuidadores. Debido a las repetidas experiencias de trauma interpersonal, los jóvenes con traumas complejos ven la mayoría de las relaciones como potencialmente amenazantes. El terapeuta debe calibrar cuidadosamente las habilidades tanto del joven como del cuidador para tolerar el malestar relacionado con la relación y disminuir la intensidad de la interacción cuando sea necesario. Es posible que sea necesario modificar la exposición gradual a los recordatorios traumáticos tradicionales.

También se han descrito las aplicaciones actuales de la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT) para la separación traumática infantil (Cohen y Mannarino, 2019) definida por estos autores como una reacción de estrés traumático significativo a la separación de un familiar que el niño experimenta como traumática. Por defecto, los autores plantean que puede ser factible proporcionar TF-CBT para jóvenes con separación traumática si el entorno es seguro y si hay acceso continuo a un terapeuta de salud mental capacitado.

Estas intervenciones consisten en componentes secuenciales centrados en el trauma y el duelo que se proporcionan al niño y al padre o madre sobreviviente o cuidador principal actual, en sesiones individuales paralelas y sesiones conjuntas entre padres e hijos (Cohen et al., 2017). Cohen y Mannarino (2019) citan las investigaciones que señalan que este tratamiento también ha sido proporcionado en sesiones grupales paralelas para niños y padres con sesiones conjuntas entre niños y padres (Dorsey et al., 2018; O'Donnell et al., 2014). De hecho, estas aplicaciones clínicas ya se han utilizado extensamente en la práctica clínica para niños con separación traumática relacionada con la colocación en centros de acogida, cuando los padres pierden la patria potestad, en caso de encarcelamiento de los padres, y con niños inmigrantes y refugiados.

Los componentes centrados en el trauma abordan problemas de seguridad inmediatos y otros síntomas de trauma relacionados con el duelo traumático y otros traumas. Los componentes relacionados con el duelo ayudan al niño a participar más plenamente en las tareas del duelo y en las relaciones con el padre sobreviviente u otro cuidador actual. En la aplicación de la TF-CBT para la separación traumática infantil, los componentes centrados en el trauma abordan de manera similar problemas de seguridad, síntomas de trauma relacionados con la separación traumática y otros traumas, ayudando al niño a abordar el dolor y la ambigüedad de la separación, manteniendo una conexión con el padre separado mientras se compromete en la relación con el cuidador actual y otras relaciones nuevas importantes.

Cohen y Mannarino (2019) señalan que las intervenciones TF-CBT tienen como objetivos: (1) implementar de forma prioritaria el componente de seguridad; (2) desarrollar habilidades de afrontamiento para abordar la incertidumbre de la separación traumática infantil; (3) integrar traumas pasados mediante la narración del trauma y el procesamiento de la separación familiar traumática; (4) proporcionar componentes centrados en la separación traumática infantil para afrontar el desafío de comprometerse con nuevas relaciones manteniendo las conexiones con el padre separado; y (5) abordar los cambios de roles. El modelo desarrolla cuestiones como la seguridad, la autorregulación, el dominio del trauma

y el apego durante todo el tratamiento. Aunque lo óptimo sería completar todo el modelo, los niños pueden experimentar una mejora significativa incluso con la realización parcial del mismo.

Estos autores concluyen que las estrategias prácticas anteriores se pueden incorporar en TF-CBT para tratar eficazmente niños con separación traumática, como pueden ser niños en centros de acogida, niños inmigrantes, niños de padres que han sido deportados o encarcelados u otras poblaciones de niños que experimentan separación familiar. Por último, enfatizan en la necesidad de que la investigación empírica contribuya a documentar la eficacia de estos y otros tratamientos para esta población.

3.2 La terapia familiar sistémica

Otro de los enfoques de terapia de familia que se han desarrollado para el tratamiento del TEPT y de los problemas relacionales asociados son los sistémicos, aunque no existen muchas publicaciones actuales, que nosotros conozcamos, dentro de este enfoque. Tampoco existen muchos ensayos clínicos que hayan probado su eficacia y/o efectividad. Riggs (1999) realizó una revisión literaria acerca del uso de la terapia familiar y/o de parejas en el tratamiento del TEPT

El método de tratamiento sistémico se justifica con el hecho de que, en algunos casos (p.e., desastres naturales, accidentes de coche, homicidio de un miembro de la familia), las familias enteras experimentan el mismo trauma. En estos casos, es probable que el sistema familiar se vea afectado y la lógica para ofrecer tratamiento a la familia es relativamente sencilla. Sin embargo, incluso en los casos donde un solo miembro de una familia experimenta de forma directa el trauma, cada vez hay más evidencia empírica de que el efecto del trauma se extiende a las familias de estas personas, como ya se ha especificado anteriormente. La presencia de alteraciones significativas de la familia proporciona el marco para la aplicación de muchos de los enfoques de terapia de terapia familiar para los síntomas postraumáticos que se muestran en esa revisión de Riggs (1999).

Por definición, los tratamientos sistémicos se centran en las respuestas del sistema conyugal o familiar al suceso traumático más que en los síntomas postraumáticos de uno o más miembros de la familia. El éxito se evalúa a través de la mejora del funcionamiento familiar (principalmente sobre la base de la comunicación mejorada y la reducción del conflicto).

Dentro de este marco, se han sugerido **dos estrategias de intervención**:

- **Terapia familiar** – centrada en el alivio del conflicto y promoviendo la comunicación con el sistema familiar completo.
- **Terapia de pareja (conyugal)** – centrada en ayudar a la comunicación diádica y reducción del conflicto entre los esposos.

En este apartado nos centraremos en las intervenciones familiares.

En primer lugar, tenemos el El tratamiento de Figley (1995). Este programa tiene como objetivo: “empoderar a la familia para superar y aprender de su terrible experiencia y, al hacerlo, estará más preparada para manejar futuras adversidades” (Figley, 1995, p. 351; citado en Riggs, 1999). Dentro de este marco, el terapeuta trabaja para fomentar las habilidades que conducen a un intercambio efectivo de información y resolución de problemas y/o conflictos. Figley (1986, 1995) describe cinco fases de la terapia familiar con las familias traumatizadas:

1. Compromiso con los objetivos terapéuticos
2. Enmarcar el problema
3. La redefinición del problema
4. El desarrollo de una teoría de la curación
5. El cierre y la preparación.

El éxito de esta terapia se mide no sólo por la mejora en el funcionamiento actual de la familia, sino también en la capacidad de la familia para hacer frente a las dificultades en el futuro (Figley, 1995). Esta terapia, tal como se concibe, es relativamente breve, y el terapeuta sirve principalmente como un facilitador, animando a los miembros de la familia para desarrollar y perfeccionar sus propias habilidades para lidiar con factores estresantes extremos.

El segundo tratamiento que Riggs (1999) recoge en su revisión es el tratamiento Erickson (1989) quien describe una adaptación del proceso de consulta de Williamson (1982, 1982). Este modelo de la terapia familiar se desarrolló para intervenir en las familias donde los adultos jóvenes están luchando por independizarse de sus padres, quiénes se han vuelto sobreprotectores debido al impacto del evento traumático. En particular, Erickson sugiere que este enfoque de tratamiento es más apropiado para “aquellas familias que estaban funcionando adecuadamente antes del trauma y cuyas dinámicas e interacción pueden

incorporar la comunicación sobre el suceso y el apoyo exigido” (Erickson, 1989, p. 273).

El objetivo de la terapia de Erickson (1989) es ayudar a la familia en la integración del trauma en el sistema familiar para fortalecer la cohesión a través de habilidades de comunicación más eficaces y el apoyo mutuo. Dentro de este programa de tratamiento, las tareas están diseñadas para ayudar a los miembros de la familia a:

- 1) Reconocer el trauma como una crisis familiar que requiere una respuesta común.
- 2) Reconocer y responder a las necesidades de cada miembro de la familia
- 3) Fomentar la adecuada expresividad y las respuestas afectivas
- 4) Entender que el daño causado por el trauma no es irreparable.

Con estos objetivos en mente, Erickson describe un tratamiento que incorpora las sesiones tanto individuales como de la familia para hacer frente a las necesidades de la víctima de violación y su familia.

El tercer tratamiento que se recomienda es el de de Harris (1991), que presenta un modelo de intervención en crisis familiares a las reacciones postraumáticas resultantes de un trauma reciente. Para ilustrar el tratamiento con el caso de una familia cuya hija de 18 años fue violada, Harris describe una intervención en 5 pasos para resolver problemas para familias en crisis como resultado de un trauma. Estas etapas tienen un gran parecido a las etapas delineadas por Figley (1989). La primera etapa de la terapia se dedica a construir el rapport y la confianza entre el terapeuta y la familia. La segunda etapa supone:

1. Identificación de los problemas que pueden abordarse inmediatamente
2. Mejorar la comunicación
3. Mejorar el apoyo social familiar

Por último, Riggs (1999) hace referencia a otros autores que han presentado pautas generales, pero no las técnicas específicas, para la realización de terapia familiar con los supervivientes del trauma y sus familias. Las directrices y los objetivos propuestos para estos tratamientos son similares a los incluidos en las estrategias de tratamiento descritos anteriormente e incluye lo siguiente:

- Extraer a la superviviente del papel de paciente identificado (Williams y Williams, 1980)

- Educar a las familias en cuanto al impacto del trauma (Mio y Foster, 1991; Williams y Williams, 1980)
- Emplear las sesiones tanto individuales como familiares (Mio y Foster, 1991; Rosenheck y Thompson, 1986)
- Desarrollar apoyo mutuo y habilidades de comunicación (Williams y Williams, 1980)
- Definir las funciones y valores (Mio y Foster, 1991; Williams y Williams, 1980)
- Resolver trastornos emocionales específicos tales como ira, vergüenza o culpa (Brende y Goldsmith, 1991; Williams y Williams, 1980)
- Identificar y eliminar los patrones de repetición del trauma (Brende y Goldsmith, 1991)

Riggs (1999) plantea que los criterios de decisión para el momento de incorporar estas terapias en otros programas de tratamiento, o las consecuencias de no incluir dicho tratamiento cuando se justifica son, en gran parte, desconocidos debido a la ausencia general de datos empíricos sobre la terapia de pareja/familiar para el TEPT.

Sin embargo, según este autor, algunas pautas pueden ser derivadas de la literatura descriptiva revisada aquí:

A. Este tipo de terapia familiar es más apropiada cuando el sistema de la familia está, en gran parte, intacto y funcionando bien antes del evento traumático. En estos casos, el tratamiento puede centrarse en el impacto del trauma en el sistema. Cuando el sistema es disfuncional previamente al trauma parece ser más recomendable la terapia familiar tradicional antes de abordar los problemas relacionados con el trauma.

B. La terapia familiar puede ser un complemento importante a otras formas de tratamiento que se dirigen más directamente a aliviar los síntomas postraumáticos. Incluso en los casos en los que está recomendada la terapia familiar como la forma de terapia principal (véase, p. e., Erickson, 1989; Figley, 1995).

C. No se sabe nada acerca de la eficacia de las intervenciones maritales y familiares sólo como tratamientos para el TEPT u otros síntomas postraumáticos. Debido a esto, el autor recomendó que, en este momento que, en el caso de adultos traumatizados, la terapia marital y familiar se realizará únicamente en

combinación con (o seguido de) el tratamiento del individuo (o individuos) con las intervenciones que han demostrado eficacia en la reducción de síntomas de TEPT.

D. La decisión para incluir la terapia marital o familiar en un plan de tratamiento para un individuo traumatizado debe estar basada en la identificación de problemas de la relación en la familia. Los enfoques sistémicos a la intervención marital y familiar asumen la perturbación en el sistema. Aunque está claro que un gran número de individuos traumatizados experimentan dificultades en sus relaciones familiares existen algunas familias que encuentran caminos satisfactorios para lidiar con el trauma.

E. Las intervenciones familiares con personas significativas deben intentarse cuando el terapeuta y el cliente traumatizado estén de acuerdo en que podría ayudar al tratamiento que está llevando a cabo para hacer frente a los síntomas del trauma. Cuando un terapeuta sospecha que los miembros de la familia podrían afectar al tratamiento, intencionada o involuntariamente, la intervención con los miembros de la familia también parece justificada. Es importante señalar que la interferencia de la familia puede estar motivada por una variedad de factores y la estrategia de intervención elegida para abordar el problema debe reflejar los problemas de la familia en cuestión.

F. Muchos autores han señalado el distress que puede surgir como resultado de vivir con un miembro de la familia que ha sido traumatizado. Por ejemplo, las tasas de violencia son significativamente más altas entre los veteranos con TEPT que en aquellos que no lo presentan. En general, se recomienda que los que los terapeutas procedan con cautela en la aplicación de la terapia marital y familiar en los casos relacionados con traumas donde la violencia se está produciendo en la familia.

Por último, Riggs (1999) establece algunas direcciones futuras en el uso de terapia de pareja /Familiar con supervivientes de trauma. Muchos de estos problemas reflejaban el estado de los tratamientos relacionados con el trauma en general en aquella época, debido a la falta de estudios empíricos examinados de estas terapias, por lo que esto dejaba a los terapeutas con una escasa orientación para la toma de decisiones en estas áreas.

Este autor estableció varias directrices a considerar en futuras investigaciones: En primer lugar, el uso de intervenciones de familia para hacer frente a los problemas de sobrevivientes al trauma ha sido descuidado por los médicos e investigadores por igual. Por consiguiente, este autor señaló que se trataba de un área con la necesidad de una investigación y desarrollo sustancial. En segundo lugar, la ausencia de investigación sistemática en cuanto a la eficacia de la terapia familiar

en el tratamiento de las dificultades postraumáticas significaba que existían muchas preguntas sin resolver con respecto a la aplicación de estos tratamientos. Por ejemplo, existían pocas orientaciones respecto a las decisiones sobre cuándo y con quién incorporar la terapia familiar en un programa de tratamiento (o representar la principal forma de tratamiento) para el TEPT. En general, este autor recomienda utilizar la terapia familiar como un complemento importante a otras formas de tratamiento que se dirigen más directamente a aliviar los síntomas postraumáticos. En tercer lugar, otra cuestión que surgió en el contexto de esta revisión tiene que ver con la unidad de análisis en términos de los resultados del tratamiento. Algunos enfoques de la terapia marital/familiar atienden a los problemas relacionales como consecuencia del trauma, y los resultados del tratamiento se evalúan en términos del funcionamiento familiar. Otros enfoques se centran en el tratamiento del cónyuge y/o familiar como un medio de aumentar la eficacia de la intervención individual en trastorno de estrés postraumático, evaluándose dicha eficacia en base a la reducción de los síntomas de TEPT. Esta diferencia de perspectiva planteaba problemas significativos con respecto a la dirección de futuras investigaciones en la terapia marital/familiar, pero también podía repercutir en las evaluaciones de resultados de otros tratamientos. Dada la fuerte evidencia de que el trauma es perjudicial para el funcionamiento familiar, Riggs (1999) recomendaba incluir el funcionamiento marital/familia como una medida de evaluación en futuros estudios de tratamiento, independientemente de la modalidad de tratamiento.

Otro modelo desarrollado durante los últimos años dentro del enfoque sistémico para el tratamiento familiar es el modelo de traumaterapia sistémica. Se trata de un modelo integrador para la evaluación e intervención con niños y adolescentes afectados por traumas, basado en el paradigma de los buenos tratos infantiles y la teoría del apego (véase Barudy y Dagtanan, 2005; 2010; Dagtanan y Barudy 2011). El mismo, según refieren los autores, es el producto de la integración teórica y empírica y la incorporación de los avances de la neurociencias, la psicología, la psiquiatría, la socio-psicología, la antropología entre otras materias. A partir de sus bases, intenta comprender lo que ocurre con el ser humano y cómo esto provoca sufrimiento a nivel individual, familiar y comunitario.

Los fundamentos de dicho modelo son los siguientes:

1. Importancia de contexto y el sujeto.
2. Lectura de los fenómenos humanos considerando la historia familiar para dar sentido a lo que pasa en el presente.

3. Pensar en términos de interacción y colocar en buen lugar la circularidad, que es parte de uno de los modelos del enfoque sistémico (todos nos influenciamos dentro de la familia, tanto en sentido vertical, que tiene que ver con las estructuras de poder, como horizontal).
4. El observador tiene que introducir su definición de poder
5. Introducción de la prevención, con la neuroprotección, que persigue que el contexto no destruya las potencialidades del sujeto en el mundo
6. Incorpora los avances en la memoria traumática relacionados con cómo se expresa el inconsciente.
7. Se adapta a las necesidades del niño y su contexto, siendo un modelo abierto que utiliza aquellas técnicas basadas en la utilidad para el niño desde diferentes enfoques (humanista, terapia narrativa, de juego, cognitivo-conductual, EMDR etc).
8. Busca promover la resiliencia primaria y secundaria de los niños y las familias.

En esta dirección, el modelo plantea la importancia de organizar el contexto de los niños y la ecología vital y social en base a su funcionalidad para el niño. Por lo tanto, los autores señalan que la psicotraumatología es uno de los pilares de la intervención terapéutica que se convendría ofrecer a todos los niños afectados por traumas, pero esta no debería reemplazar el derecho del niño a la protección y a contar como mínimo con un cuidador “fiable y estable” que crea en sus recursos y en su potencialidad para ser resiliente.

Para ello, hay que realizar una adecuada evaluación ecobiográfica del niño que tenga en cuenta el contexto y que factores del mismo dificultan, complican y mantienen determinados comportamientos que no son sanos o impiden su desarrollo, así como sus recursos y habilidades. Además, supone una evaluación de las competencias parentales, para analizar que aspectos dentro de la parentalidad necesitan ser modificados, siendo parte activa del proceso terapéutico.

También dentro de los pilares de la intervención, se le concede especial importancia a la relación terapéutica donde el apego terapéutico tiene un papel esencial. El fin último del tratamiento es el apoyo y la promoción de la resiliencia.

Con respecto a la resiliencia, Barudy distingue entre la resiliencia primaria, la resistencia resiliente y la resiliencia secundaria. La resiliencia primaria es aportada al principio de la vida, (de cero a tres años) por los padres y cuidadores, y se

relaciona con la seguridad, buenos tratos y protección de la familia que garanticen un apego seguro. Con respecto a la resistencia resiliente, esta hace referencia al hecho de que los niños traumatizados desarrollan mecanismos adaptativos para sobrevivir que son indicadores de sufrimiento y daño y no de maldad. Los autores advierten que los modelos patológicos o patogénicos atribuyen etiquetas a los niños sin tener en cuenta del contexto donde se encuentran. Por último, la resiliencia secundaria es el resultado del acompañamiento, el apoyo, la solidaridad, y la protección que el niño ha recibido después de la infancia temprana.

Por consiguiente, a través del tratamiento terapéutico, se busca promover la resiliencia secundaria. Los autores señalan que las intervenciones de los tutores de resiliencia son portadores de resiliencia secundaria cuando aportan vínculos afectivos, empáticos, solidarios, comprometidos, que restauren la confianza y la fe perdida en la humanidad. Cuando se ofrecen como figuras de acompañamiento y apoyo. Los niños y adolescentes necesitan tener una persona de referencia que va a estar siempre, que confía en ellos y en sus potencialidades, y que les da confianza para afrontar el futuro, los nuevos caminos que les esperan en la vida. Que les trasmite la seguridad de que están acompañados en la vida que van a andar. Se enfatiza en la necesidad de creer en ellos y darles una oportunidad de cambio. En última instancia, los autores señalan que para que se produzca el fenómeno de la resiliencia es necesaria la involucración de todos. Tiene que darse un trabajo en red para aliviar a los niños afectados por traumas: padres, cuidadores, maestros, educadores, policías, psicoterapeutas, jueces etc.

3.3 Programas para el tratamiento del TEPT en familias

Se han desarrollado diferentes programas con el objetivo de ayudar a las familias afectadas por el TEPT. Por ejemplo, en Estados Unidos se han desarrollado o adaptado programas en varios ámbitos como el programa Families Over Coming Under Stress (FOCUS), implementado desde el 2003 para los militares y veteranos (véase Glynn, 2013; Saltzman et al., 2008). Este programa se dirige a la familia de los militares que están en servicio activo, o bien cuando el militar ha regresado a casa o se está incorporando a la vida civil. Estas familias sufren un estrés particular al enfrentarse a los desafíos y el aislamiento que suponen ir a una guerra. Dicho programa proporciona educación y capacitación para padres e hijos, mejorando el enfrentamiento al despliegue militar. Los participantes realizan actividades de prevención y educación basadas en la resiliencia, además de satisfacer las necesidades de militares heridos o parejas. Este autor destaca como los terapeutas

de familia y parejas están siendo activamente reclutados para agregar el componente familiar al entrenamiento en la terapia de resolución de problemas avanzados; se encuentra actualmente en fase piloto en atención primaria, como una intervención de apoyo a la resiliencia.

El contenido y diseño del Programa FOCUS fue adaptado, además de a las familias militares, a otras familias: con niños, impactadas por algún trauma debido a algún problema médico, y que habían sufrido la violencia comunitaria, los desastres naturales y la pérdida traumática (Saltzman et al., 2008). También estos autores reflejan que se ha adaptado e implementado el programa para su uso con la policía, cuerpo de bomberos y personal médico de emergencia que se encontraban en Nueva Orleans durante el huracán Katrina en 2005. En este programa se administran varias medidas de evaluación individual y familiar, inicialmente y a lo largo del tratamiento, para clasificar la exposición al trauma y la pérdida, los síntomas de estrés postraumático, la depresión y la ansiedad, el deterioro funcional y la cohesión, el apoyo y la comunicación familiares. La intervención se realiza normalmente en ocho sesiones: las primeras tres sesiones con los padres, la cuarta y la quinta con los hijos, y las últimas tres sesiones con la familia entera (véase Saltzman et al., 2008).

Los objetivos que se pretenden son reducir en el niño el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión. Esto se consigue a través del enfoque familiar, mejorando la comunicación y cohesión familiar, así como aumentando el apoyo parental. A medida que el programa evolucionó, surgieron los **elementos terapéuticos básicos**:

- A) Psicoeducación con respecto al trauma y las expectativas apropiadas para el desarrollo de niños y adolescentes.
- B) Mejora de las habilidades de afrontamiento individuales y familiares.
- C) Desarrollo e intercambio de líneas de tiempo narrativas del trauma individual y familiar

A) Psicoeducación sobre el trauma y las expectativas de desarrollo apropiadas para los niños y adolescentes:

Se ofrece información sobre las reacciones esperadas tras el trauma y sobre el proceso de recuperación. Esta información general se especifica según la edad y el nivel de desarrollo, y se adapta a los síntomas específicos y el perfil funcional de la familia, priorizando las preocupaciones actuales. La psicoeducación se brinda por separado y colectivamente a los padres, los niños y la familia en su conjunto. Se realiza otorgando retroalimentación de las evaluaciones y actividades diseñadas

para aumentar la conciencia personal e interpersonal, a partir de las evaluaciones iniciales y continuas de exposición al trauma, estrés postraumático, depresión, ansiedad, duelo traumático y una variedad de índices funcionales para miembros individuales de la familia, junto con medidas del funcionamiento familiar general. El terapeuta ayuda a los padres a comprender cómo el trauma o la pérdida familiar y su malestar pueden estar relacionados con las rupturas en la cohesión familiar, la comunicación, los estilos de crianza, etc. Conjuntamente, el terapeuta también evalúa y destaca las fortalezas de la familia, las áreas claves de resiliencia y los recursos disponibles, para luego usar esta información y elaborar, de manera colaborativa, los objetivos familiares.

B) Mejora de las habilidades individuales y familiares para enfrentar la situación:

En primer lugar, se ayuda a los padres y a la familia a identificar y priorizar sus preocupaciones actuales, dificultades y situaciones que evocan respuestas relacionadas con el trauma en uno o más miembros de la familia. En segundo lugar, las familias exploran lo que hacen para ayudarse a sentirse mejor y funcionar mejor, focalizándose en los puntos fuertes y las estrategias ya existentes en la familia. Esta discusión inicia un diálogo continuo en el que los familiares informan sobre las dificultades presentadas, los recordatorios de trauma o pérdida encontrados durante la semana y cómo los enfrentaron. Por último, el terapeuta ofrece nuevas estrategias de afrontamiento como técnicas de relajación y respiración, comunicación, técnicas cognitivas, habilidades de conciencia interpersonal y estrategias de resolución de problemas. Las habilidades se aprenden en sesiones y se practican como tarea para casa. Las habilidades individuales se construyen progresivamente, enfocándose primero en darse cuenta de las emociones y expresar los sentimientos. Después se identifican los estímulos disparadores o recordatorios internos y externos que contribuyen a estos cambios. Finalmente, se selecciona una o más respuestas conductuales o estrategias para lidiar productivamente con el malestar.

C) Desarrollar y compartir las líneas narrativas de los traumas individuales y familiares.

Se trata de que los miembros individuales de la familia desarrollen sus propias narrativas del trauma o la pérdida y las compartan con el resto de la familia a través de una línea de tiempo gráfica. Este elemento del programa persigue fomentar la comprensión mutua y la apreciación de las diferencias en el modo en que han vivido los eventos traumáticos los diferentes miembros de la familia, lo

cual puede ayudar a reducir la tensión familiar, aumentar el apoyo y fomentar la recuperación individual y familiar.

A través de este tercer elemento del programa, se proporciona un medio seguro y estructurado para que los miembros de la familia desarrollen y compartan sus experiencias narrativas personales dentro de la familia y, en última instancia, se desarrolle una "narrativa familiar" consensuada del acontecimiento o los eventos traumáticos. Para ello, se desarrolló un enfoque gráfico utilizando una "línea de tiempo narrativa". A los padres y a los niños, generalmente de 10 años o más, se les muestra cómo explicar sus traumas únicos o múltiples y sus experiencias de pérdida mediante un gráfico que muestra el tiempo en el eje horizontal y la intensidad del estrés en el eje vertical. Las narraciones de los padres se obtienen durante las primeras sesiones "solo para padres". Con relación a los niños, se indica a los niños más pequeños que usen el arte y el dibujo para transmitir sus experiencias y armar su narrativa en un tablero de juego que rastrea la cronología a través de un camino colorido y sinuoso.

Durante las últimas partes de las sesiones con los padres, el terapeuta se centra en las formas en las que las diferencias en las experiencias y reacciones de los padres pueden contribuir a las dificultades de la comunicación de la pareja y los estilos de crianza. De hecho, al mantener el enfoque principal en el bienestar de la familia y los niños en lugar de en los asuntos de pareja, los padres son mucho más abiertos y están más dispuestos a participar en el trabajo terapéutico. En la preparación para las sesiones familiares, se ayuda a los niños a identificar inquietudes y preguntas específicas que podrían querer discutir en ese momento. Las sesiones finales son reuniones familiares. Después de un resumen de los principales eventos traumáticos familiares, generalmente proporcionado por el terapeuta, se invita al niño o los niños a compartir sus materiales narrativos. Luego, los padres comentan y contrastan sus experiencias de los mismos eventos. Las sesiones posteriores están dedicadas a discutir las diferencias significativas entre los miembros de la familia con respecto a sus experiencias, percepciones, atribuciones y reacciones. La cronología narrativa es muy útil para realizar un seguimiento de las experiencias traumáticas y de pérdida anteriores que hayan tenido los padres o la familia. Las actividades estructuradas se utilizan luego para ayudar a la familia a desarrollar una narrativa familiar consensuada y una "teoría de curación" sobre los eventos traumáticos. La última sesión está dedicada a identificar, priorizar y participar en la resolución de problemas familiares para las dificultades actuales y planes para los factores estresantes familiares futuros y continuos.

Por último, con respecto al programa FOCUS, ha habido muchas otras adaptaciones e innovaciones que han pretendido identificar los elementos

centrales de la intervención según el tipo de población al que se dirigen (Beardslee et al., 2013).

En la investigación sobre intervención psicológica en el contexto familiar, se han descrito otras estrategias para apoyar la crianza de los hijos mediante herramientas o recursos que ofrecen los servicios para la recuperación de los militares. En el estudio de Pemberton, Kramer, Borrego y Owen (2013), se describen algunos de estos programas que han sido adaptados a familias militares, teniendo su foco principal en el veterano y adaptado a la cultura militar. Se está difundiendo su aplicación junto con la Terapia Familiar de Comportamiento, la Terapia de grupo Multifamiliar y la terapia para familias donde alguno de sus miembros tiene una enfermedad mental grave. Estos tratamientos incluyen la mejora de la comunicación familiar y ayudan a los miembros de la familia a proporcionarse un mejor apoyo lo que reduce las tasas de recaídas. Por ejemplo, los Tratamientos Parentales Potenciales se centran en las dificultades del niño e incluyen el entrenamiento de los padres, basados en la terapia de interacción padre-hijo. El programa de “Los increíbles años” de Webster-Stratton utiliza un modelado de vídeos para enseñar las habilidades de crianza de los niños, reduciendo los problemas de conducta. El modelo de entrenamiento de Oregón de Gestión de Padres se basa en el modelo de aprendizaje de interacción social y proporcionaba a los padres información didáctica y práctica sobre las habilidades parentales. Se está difundiendo la aplicación de estos programas junto con la Terapia Familiar de Comportamiento, la Terapia de grupo Multifamiliar y las terapias basadas en la evidencia de que el individuo tiene una enfermedad mental grave.

En la línea de tratamiento de los militares y sus familias se han desarrollado muchos programas intensivos de psicoterapia basada en la evidencia para familias y parejas como la Terapia familiar conductual para enfermedades psiquiátricas graves, la Terapia de grupo de familia múltiple, la Terapia de parejas conductual para el uso de sustancias y la Terapia cognitivo-conductual de parejas. Todas ellas utilizan el entrenamiento de parejas para identificar, evaluar, intervenir y desarrollar un programa de intervención para trabajar con los problemas de los padres veteranos.

En esta dirección, se han venido aplicando diferentes programas psicoeducativos para ayudar a los cuidadores a que adquieran un mejor conocimiento de la enfermedad de sus familiares y se reduzca su preocupación. Se considera muy importante educar a las familias sobre la enfermedad y su tratamiento. El apoyo y la educación familiar (SAFE) implementado en los Estados Unidos ayuda a las familias donde hay algún miembro con una enfermedad mental desde un enfoque

familiar (Michelle y Sherman, 2003; 2006). El SAFE creó el programa de Mental Health Facts for Families, que consiste en 14 sesiones de psicoeducación familiar. Se realiza también un taller de 90 min al mes al que pueden acudir los cuidadores y familiares, ya que los pacientes ya reciben su propia psicoeducación en los centros mentales a los que acuden con sus programas de tratamiento

Por otra parte, La terapia de interacción entre padres e hijos incluye niños de distintas edades, incluyendo los más pequeños, que no podrían participar en otras terapias (véase Pemberton et al., 2013). Además, no se centra en un diagnóstico parental específico como los otros programas. Es un enfoque en el que primero se trabajan las experiencias positivas de crianza para luego pasar a la disciplina (que requiere más regulación emocional por parte del veterano). Esta intervención parece mejorar las actitudes positivas de los padres, facilitando un mayor contacto positivo (por ejemplo, una proximidad física más estrecha en las interacciones y un aumento en la verbalización positiva después de un comportamiento adecuado) y un menor contacto coercitivo.

Lo importante en estos programas es que el terapeuta encuentra la manera de trabajar con el padre formas diferentes de reforzar al niño de manera individualizada. Las terapias de entrenamiento a padres han resultado ser más ventajosas que solo la terapia individual de los niños en el caso de padecer trastornos mentales como la depresión y ansiedad, ya que el niño siempre puede ser objeto de observación en la escuela o recibir la atención adecuada en otros servicios.

Particularmente, para el tratamiento de los militares se han desarrollado muchos programas intensivos de psicoterapia basada en la evidencia para familias y parejas como la Terapia familiar conductual para enfermedades psiquiátricas graves, la Terapia de grupo de familia múltiple, la Terapia de parejas conductual para el uso de sustancias y la Terapia cognitivo-conductual de parejas. Todas ellas utilizan el entrenamiento de parejas para identificar, evaluar, intervenir y desarrollar un programa de intervención para trabajar con los problemas de los padres veteranos.

Otra de las áreas que ha sido objeto de las intervenciones centradas en la familia, han sido las familias con algún miembro lesionado o herido. Estas intervenciones tienen el objetivo de promover el equilibrio familiar y la resiliencia. Cozza et al.(2013) señalan que las estrategias utilizadas son: 1) educar a los miembros de la familias sobre el impacto de la lesión y el proceso de recuperación esperado, 2) reducir el estrés familiar y la desorganización que produce tener algún miembro herido o lesionado a través del cuidado familiar y la implementación de estrategias

de apoyo práctico, 3) desarrollar las habilidades de regulación emocional necesarias para el diálogo, la comunicación y la colaboración entre los miembros de la familia, 4) mejorar el entendimiento sobre las lesiones a través de la comunicación, y 5) fortalecer el optimismo y la esperanza.

3.4 El tratamiento psicológico para familias afectadas por terrorismo

Un corpus menor de investigación ha desarrollado la terapia familiar centrada en las víctimas de terrorismo incluyendo, en algunos modelos, intervenciones conjuntas con los padres y los niños. En otros, además de estas intervenciones en conjunto, se incluyen intervenciones por separado con ambos. A continuación, describimos algunos ejemplos de intervenciones familiares a nivel internacional. También reflexionamos sobre nuestras experiencias en la intervención con familias víctimas del terrorismo en el contexto de las asociaciones de víctimas en España.

1) La Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma

La Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma o TF-CBT (Cohen y Mannarino, 2008) ha sido descrita en el apartado anterior y, recientemente, ha sido evaluada su eficacia en víctimas del terrorismo (Brown, et al., 2019) con dadas de cuidadores de niños que experimentaron la muerte de un ser querido por terrorismo. Cuarenta niños de 4 a 17 años, cuyos padres murieron en los ataques terroristas del 11 de septiembre, y sus madres participaron en un ensayo controlado aleatorio que comparó TF-CBT y la terapia centrada en el cliente (CCT, Cohen y Mannarino, 2000). Se proporcionaron dieciséis sesiones individuales de 45 minutos en paralelo para cada díaada hijo-padre. Si varios hermanos estuvieran recibiendo tratamiento, cada niño recibió un tratamiento individual de 45 minutos de sesión, y una sesión para padres se llevó a cabo cada semana para atender las necesidades de todos los niños. Sesiones conjuntas entre padres e hijos se llevaron a cabo en las sesiones 8 y 16.

En este ensayo clínico se aplicó TF-CBT para duelo traumático, que consiste en componentes secuenciales centrados en el trauma y el duelo, lo cuales hemos descrito con anterioridad. A continuación describimos las intervenciones por sesiones, tal cual han explicado los autores. Durante las Sesiones 1 y 2 se proporcionan psicoeducación y mejora de la seguridad para definir el duelo traumático, ayudar a los niños a comprender el impacto del dolor traumático, abordar cualquier problema de seguridad, y presentar la justificación del tratamiento. Las habilidades de crianza son enseñadas a los cuidadores para el

manejo del comportamiento. En estas dos primeras sesiones los padres también informan al terapeuta de las prácticas de duelo de sus hijos, de las características de la familia, su religión y cultura.

En las sesiones 2 y 3 se enseñan habilidades de relajación y regulación de las emociones, para ayudar a los niños a hacer frente a las reacciones físicas a los estímulos disparadores que le recuerdan al trauma y aprender a nombrar las emociones relacionadas con el duelo traumático. En la sesión 4 se enseña la reestructuración cognitiva para ayudar a los niños a identificar y cambiar las distorsiones cognitivas. Las sesiones 5 a 7 involucraron la narración del trauma y el procesamiento del mismo. La narración de traumas está diseñada para ayudar a los niños a habituarse a las señales de trauma temidas (por ejemplo, olores, imágenes, sonidos relacionados con la muerte) sin las consecuencias temidas. También, los niños utilizan la reestructuración cognitiva para procesar errores y pensamientos inútiles sobre la muerte. La sesión 8 se realiza en conjunto entre los padres y los niños y donde estos últimos comparten la narrativa con el cuidador. En el transcurso de las Sesiones 9 y 10 se realiza la psicoeducación sobre el duelo y se manejan las pérdidas, reconociendo y manejando las emociones ambivalentes sobre el difunto. La sesión 11 se centra en preservar recuerdos positivos, en los que el niño comienza a conservar recuerdos positivos del fallecido. Durante las sesiones 12 y 13 se utiliza la redefinición de la relación para enseñar al niño a comprometerse y construir sobre las relaciones actuales. Las sesiones 14 y 15 incluyen actividades diseñadas para ayudar al niño a entender el trauma y la pérdida. La sesión 16 es una sesión conjunta de padres e hijos en la que el cuidador se comunica con el niño sobre el fallecido y los planes que pueden desarrollar en los aniversarios.

En este estudio se eligió la terapia centrada en el cliente CCT (Cohen y Mannarino 2000; Goodman et al. 2004) como la psicoterapia de comparación porque cuenta también con un base teórica sólida para el tratamiento del duelo traumático, se utiliza ampliamente en el tratamiento del duelo de duelo y ha demostrado éxito moderado en múltiples ECA con la mejora de síntomas de TEPT y confianza interpersonal en niños y adolescentes expuestos a otras formas de trauma (por ejemplo, Cohen et al. 2004).

Los resultados del ensayo demostraron una reducción de síntomas significativamente mayor en las madres que recibieron TF-CBT que en las que recibieron CCT. Para los niños, ambos tratamientos produjeron mejoras significativas en los síntomas, de lo cual hablamos más adelante cuando abordemos la eficacia de la TF-CBT.

2) Intervenciones familiares breves con los niños traumatizados y sus familias

Dentro de marco de las Intervenciones breves con los niños traumatizados y con sus familias, describimos las realizadas inmediatamente después de los ataques terroristas del 11 de septiembre (Coates et al., 2003). Estos autores ofrecen recomendaciones para los padres y los niños que han vivido un suceso traumático, las cuales se abordan en el marco de la terapia.

Directrices para aplicar con Niños que han vivido un Evento traumático	
Escuchar	En ocasiones los niños quieren hablar de la situación que ellos o sus conocidos atraviesan, por ello es imprescindible escucharles.
Aclarar	Consiste en ayudar al niño a que ordene sus ideas y a encontrar las palabras pertinentes para que su discurso sea coherente y pueda explicar sus emociones.
Apoyar los lazos de apego	En caso de pérdida de un cuidador y solo en los casos en los que el niño esté preparado, se puede brindar apoyo para que el niño internalice o analice la pérdida. De esta forma se puede facilitar la necesidad del niño de recordar y hablar de su ser querido
Facilitar	Es importante facilitar la expresión simbólica de los niños en el juego o en sus actividades artísticas. Así, debemos mostrarnos interesados y disponibles para observar, interactuar o unirse al juego
Apoyar la capacidad de imaginar la reparación	Estimular la imaginación de formas de reparar o curar el daño. Especialmente cuando el niño revive o habla de la experiencia traumática, es importante terminar ese diálogo con formas de curación y debatiendo cómo sus familiares y su comunidad cuidará de él tras el suceso

Tabla 17: Directrices para aplicar con Niños que han vivido un Evento traumático (Coates et al., 2003)

La segunda parte nos ofrece recomendaciones de cómo debemos de apoyar a los padres:

Directrices para aplicar con Padres que han vivido un Evento traumático	
Hacer que los padres entiendan que es normal lo que sienten ya que han sufrido un evento muy traumático. Explicar las reacciones a los padres: aclararles que no se están volviendo locos y que sus reacciones de miedo o ansiedad son normales tras la experiencia de un evento traumático.
Apoyar las relaciones de apego de los niños intentando comprender las reacciones de los hijos y facilitando la comunicación entre ellos. Es importante que los padres también reconozcan el grado de comprensión que tienen hacia la experiencia que afronta su hijo.
Ayudar a los padres a dar sentido a las expresiones y comportamientos desconcertantes y perturbadores de sus hijos. Puede resultar difícil para los padres ver estas reacciones como respuestas esperadas a una situación de gran inseguridad. La ansiedad o la ira de los padres, a su vez, hace que el niño tenga más miedo de perderlos y, por lo tanto, los hace más exigentes o agresivos. Es importante ayudar a los padres a responder las preguntas que los niños plantean tanto de forma directa como indirecta, al tiempo que se protege a los niños de la exposición a las conversaciones de los adultos.
Reestablecer la rutina diaria previa al evento.
Limitar la exposición a los medios de comunicación que hablen sobre el suceso.

Tabla 18: Directrices para aplicar con padres que han vivido un evento traumático (Coates et al., 2003).

3) Intervenciones familiares comunitarias para tratar la pérdida ambigua

Siempre en el contexto de terrorismo, Boss, Beaulieu, Wieling, Turner y La Cruz (2003) describen las intervenciones familiares comunitarias realizadas después del ataque terrorista ocurrido el 11 de Septiembre de 2001 en Nueva York. Para la intervención se tuvieron en cuenta tres principios. En primer lugar, los autores partieron de la base de que el tratamiento del TEPT es insuficiente para las familias con personas desaparecidas, por lo que tratar la pérdida complicada por la ambigüedad fue un nuevo reto. Mientras que el TEPT es un trastorno mental en un

individuo, la pérdida ambigua, por el contrario, es un trastorno relacional y, más que una disfunción psíquica, es una situación de disfunción por ambigüedad crónica que congela el dolor y la resolución de una pérdida. La intervención debe incluir un modelo de manejo del estrés. En segundo lugar, se tuvo en cuenta la comprensión de la diversidad y el contexto cultural, como fundamentales para que las intervenciones sean eficaces. En esta dirección, el enfoque ecosistémico integra en el encuentro terapéutico facetas de la cultura junto con facetas de las relaciones familiares. Desde este punto de vista contextual, se identifican y analizan las similitudes y diferencias entre la familia y el terapeuta. En tercer lugar, se tuvo en cuenta que la intervención basada en la comunidad aumenta la conexión humana y la curación después de una pérdida traumática. De hecho, ver la pérdida de formas diferentes y similares abrió una puerta a la conexión. Es importante valorar cómo los terapeutas escuchaban a cada miembro de la familia y cómo entendían cómo todos intentaban dar sentido a la pérdida y a la ambigüedad que se les imponía. Se buscó terapeutas hispanohablantes para las víctimas latinas. Además, las personas de color podían sentir que los servicios de rescate no estaban poniendo los mismos esfuerzos en buscar a sus seres queridos.

Dentro de los objetivos terapéuticos de estas intervenciones se descartaron las formas tradicionales de tratar la pérdida debido a la gran diversidad en las familias. Después del atentado había muy pocos terapeutas y muchas víctimas, las cuales querían estar con sus seres queridos y no con extraños. Los terapeutas solos no podían curar pero podían preparar el escenario para que la sanación fuera posible. Resultaba básico proporcionar un entorno seguro para que padres e hijos comenzaran a expresar sus sentimientos y a establecer conexiones con otros que también tenían familiares desaparecidos. Se proporcionó una estructura para que los miembros de la familia expresaran sus percepciones individuales sobre la persona desaparecida mientras aprendían a tolerar los diferentes puntos de vista de los demás. Los terapeutas trabajaron la normalidad de la esperanza continua, la resistencia al cierre, la ira, la confusión y la tolerancia a la ambigüedad. Nombrar la situación como una pérdida ambigua fue un primer paso. Saber que el malestar tenía un nombre ayudó a exteriorizar el problema. Haciendo esto disminuyó su tendencia a sentirse culpables y a culparse a sí mismos (o a los demás) por la situación. En las sesiones de capacitación se hizo hincapié en que el objetivo terapéutico era ayudar a las familias a reanudar sus vidas; ayudarles a seguir adelante con su vida cotidiana a pesar de la pérdida ambigua.

En resumen, en las sesiones de entrenamiento se proporcionó información sobre terapia familiar para todos, con los siguientes objetivos:

Objetivos del Entrenamiento de Terapeutas para las Sesiones familiares	
Capacitar o actualizar a los terapeutas de diferentes antecedentes culturales en la preparación para el trabajo con las familias seres queridos desaparecieron después de los ataques del 11 de septiembre.
Familiarizarse con la lente teórica de la pérdida ambigua:	¿Qué es la pérdida ambigua? ¿Cuándo es un problema? ¿Cuándo no lo es? ¿Cuáles son las pautas para que los terapeutas traten a los individuos y familias que experimentan esta complicada pérdida?
Identificar las fortalezas y la resiliencia de las personas y las familias como un todo
Destapar el vínculo entre el estrés de la pérdida ambigua, la ambivalencia psicológica y los síntomas de la depresión, la ansiedad y el conflicto intergeneracional.
Reconocer las pérdidas ambiguas en sus propias vidas privadas profesionales, para que tengan más conciencia al trabajar con las familias de las personas desaparecidas
Prepararlos para ser culturalmente sensibles y competentes para trabajar con diferentes familias

Tabla 19: Objetivos del Entrenamiento de Terapeutas para las Sesiones familiares (Boss et al, 2003)

En el trabajo de estos autores se ofrece una descripción de las intervenciones con las familias. Durante la primera hora de la sesión se ofreció a los participantes un almuerzo, momento en que los terapeutas recibieron a los participantes y empezaron a conocerles. Durante la siguiente hora se ofreció a cada familia al menos un terapeuta. Se hizo una sesión con solo esa familia y su terapeuta donde se abordó el problema de los nuevos roles familiares, cómo están reestructurando sus vidas para superar la pérdida, etc. Durante la tercera hora se realizaron sesiones con varias familias y se compartieron historias, experiencias, opiniones, etc. Finalmente el equipo de terapeutas se quedó una hora más para debatir sobre la sesión.

Se proporcionaron, además, directrices para llevar a cabo las reuniones familiares:

Directrices para las Reuniones familiares
Reunir a la familia en una habitación, en este caso, alrededor de una mesa.
Etiquetar su experiencia como una pérdida ambigua, la pérdida más difícil que hay. Decirles que sus sentimientos de confusión e impotencia no son culpa suya.
Ayudar a la familia a reunir la mayor información posible
Proporcionar un entorno seguro en el que los miembros de la familia puedan compartir entre sí sus percepciones e interpretaciones; lo que se ha perdido y lo que sigue siendo igual.
Ayudarles a escuchar las percepciones de cada uno. Normalizar las diferentes percepciones.
Desalentar la tendencia a cancelar los rituales y celebraciones ayudándoles a hablar y reconstruirlos.
No utilizarla palabra "cierre" con las familias de los desaparecidos; ayúdeles a crear formas de avanzar con una puerta que permanezca abierta.
Reconstruir los roles, reglas y rituales familiares para que la familia pueda funcionar a pesar de la ambigüedad.
Comprueba si hay secretos de familia. ¿Se les ha dicho a los niños por qué una tía es ahora su mamá, o por qué su padre es tan callado? ¿Puede la familia llorar abiertamente junta si esto se hace en su cultura?
Más tarde, hablarles de esperanza y optimismo. Lo que uno espera tiene que cambiar si la persona desaparecida se ha ido para siempre.
Moverse a la reunión familiar múltiple para ampliar la discusión del significado, de la esperanza. Hay situaciones en las que comprensiblemente, el único significado para la familia es que no hay significado. Enseñar que esto también es un significado.
Normalizar la ambivalencia.

Tabla 20: Directrices para las reuniones familiares (Boss, 1999)

4) La terapia familiar estratégica breve

Wells (2006) ha utilizado la psicoterapia familiar para víctimas de terrorismo o de desastres naturales, utilizando el enfoque de la terapia familiar estratégica, que suele utilizar un enfoque terapéutico breve que se presta a la disponibilidad, a menudo efímera, de un determinado profesional de la salud mental tras un desastre, o a la disponibilidad efímera y a menudo imprevisible de la familia. Este trabajo ofrece una guía clínica para proporcionar servicios de salud mental a las

familias después de presenciar un ataque terrorista o un desastre natural. El autor explica como en las familias la crisis producida por un evento traumático puede tensar mucho el sistema, incluso de la familia más fuerte y funcional. Las rutinas pueden verse alteradas, los roles pueden cambiar y una gran variedad de emociones son experimentadas por toda la familia. La familia tiene que adaptarse a todo tipo de pérdidas que pueden ser temporales o permanentes. La disfuncionalidad del sistema podría resurgir a la superficie, incrementando el estrés en la familia hasta un punto que no puede atribuirse solo a la crisis. Serán necesarias reorganizaciones para sobrellevar el estrés adicional y para que así los miembros de la familia puedan experimentar un funcionamiento adaptativo de nuevo.

Wells (2006) explica como los comportamientos familiares disfuncionales se desarrollan cuando las circunstancias, como las que acompañan a un desastre o tragedia familiar, desequilibran el sistema más allá de su capacidad de adaptación o recuperación. El objetivo de esta terapia es restaurar el funcionamiento sano y crear un equilibrio. La terapia familiar después de un desastre se centrará necesariamente en el presente y no en una investigación excesiva (Wells, 1999). Las evaluaciones iniciales tratarán de descubrir la situación de crisis actual en lo que se refiere a la familia identificada, la presencia de los factores estresantes pertinentes antes del desastre y las aptitudes para resolver problemas y hacer frente a los mismos (Scott, 1994). Es necesario establecer inicialmente si se satisfacen adecuadamente las necesidades fisiológicas básicas. El restablecimiento del papel de los padres es importante tanto para el padre o la madre, que puede sentirse inadecuados y culpables, como para los demás miembros de la familia, que pueden haber perdido algo de confianza en la capacidad de los padres para cuidarlos.

Una vez que se ha iniciado una nueva intervención formal, un paso inicial es el establecimiento de las rutinas familiares. Una vez más, dejar que los padres tomen la iniciativa en esta actividad. Por lo tanto, para Wells (2006) un objetivo primordial es reestablecer las jerarquías y roles que tenía la familia. También es importante permitir a cada miembro un espacio para que cuente su historia y versión del suceso. El clínico debe facilitar un recuento indiscutible de los acontecimientos para cada miembro de la familia, incluido los niños pequeños. En este sentido, el autor plantea que los miembros de la familia expresarán sus reacciones de manera diferente y en momentos diferentes. Ayudar a la familia a ser consciente de las diferencias y proporcionar formas de abordarlas puede ser muy útil. Las alternativas que se ofrecen a la familia pueden ser tan sencillas como

modelar e incluso ensayar con ellos técnicas para utilizar la concentración y la autovigilancia.

El autor plantea que el clínico debe estar en contacto frecuente con la familia e informarle de los hechos que vaya conociendo evitando los detalles demasiado específicos que puedan dañar a los miembros de la familia. Establecer secretos familiares durante este tiempo puede tener un efecto negativo a largo plazo en la recuperación de la familia. Otra línea fundamental consiste en informar a las familias sobre el proceso de recuperación. De esta forma las familias pueden llegar a ser conscientes de que sus respuestas no son inusuales.

Por último, el especialista debe prestar mucha atención a los signos de un deterioro psicológico más significativo o de la exacerbación de las condiciones patológicas existentes que puedan requerir una intervención más intensa.

5) Programa noruego de recuperación temprana para víctimas de terrorismo

Queremos mencionar aquí las reflexiones interesantes que nos ofrecen algunas investigaciones diseñadas en Noruega después de la masacre terrorista ocurrida en el 2011 en Utoya, con respecto a a participación de los padres en la evaluación, la intervención psicológica y el seguimiento.

Un primer estudio, realizado por Haga, Stene, Wentzel-Larsen, Thoresen y Dyb (2015) explica como en Noruega hay un plan de intervención para esta clase de víctimas mediante el cual se asigna una persona que acompañe a los supervivientes y a sus familias durante 1 año después para proporcionarles apoyo psicológico. También hay un equipo de crisis que los ayuda a superar el trauma.

El objetivo de este estudio fue intentar conocer cómo afecta ese plan de intervención a las familias (monoparentales, autóctonas, extranjeras y con diferentes nivel de estrés). También se intentó conocer si este tipo de intervención llegó por igual al todos los participantes del programa y si se pudo ayudar a todas o a la gran mayoría de familias. Para ello se contactó con los supervivientes y sus padres para realizar una serie de entrevistas (a los padres de personas de mas de 16 años y con hijos que habían fallecido en el ataque se les administró unos cuestionarios). Después se realizaron las entrevistas ya sea presencialmente o a través de cuestionarios.

Las familias que finalmente participaron en el estudio fueron 453 y entre ellas se hizo una división dependiendo del tipo de familia que eran (padres divorciados, monoparentales, familia común etc). En la entrevista o cuestionario que se pasaron a los padres se incluyeron preguntas para conocer: utilización de la sanidad, exposición al estrés, participación en el método diseñado por el gobierno,

síntomas de estrés postraumático durante el último mes, síntomas de depresión y ansiedad en las últimas 2 semanas.

Los resultados del estudio arrojaron como la mayoría de familias eran noruegas, los padres habían tenido una implicación grande en el ataque y tenían estudios superiores. Muchos de ellos necesitaron acudir al médico en los días próximos al ataque. Se observó que los padres de los jóvenes agredidos presentaban altos niveles de depresión, estrés postraumático y posibilidad de caer enfermos. Los autores concluyen que el programa noruego de recuperación temprana ante un ataque fue bastante exitoso en ayudar a los padres, sin hacer diferencia entre padre y madre. Por otro lado, este programa no tuvo tanto éxito en los padres que no pertenecían a una familia tradicional (padres divorciados, familias monoparentales, o de otras etnias). Por consiguiente, se hace necesario mejorar las vías para acceder a estas familias después de los ataques terroristas.

En un segundo estudio, también realizado en Noruega después de los ataques del 2011 en Utoya (Stene y Dyb, 2016) nos ofrece información interesante y útil acerca de la participación de los padres en estudios después de los ataques terroristas. Esta información es importante porque se trata de poder evaluar a los padres afectados por la pérdida de hijos en estos ataques o los padres cuyos hijos sobrevivieron a esta masacre. Los objetivos principales de la investigación fueron: 1-conocer cual es el nivel de participación y porqué lo hacen, en personas que han sobrevivido al ataque terrorista de Utoya. 2-Conocer cuales son las características de los supervivientes, basándose en un estudio de padres y de jóvenes que sobrevivieron a la masacre.

Como parte del método utilizado se envió una carta a 490 de los supervivientes y cuatro fueron eliminados por ser muy jóvenes (menos de 13 años); luego se les enviaba una segunda carta o se les llamaba por teléfono para empezar el contacto y finalmente se les hacía una pequeña entrevista con cuestiones relacionadas. La primera entrevista se hizo 4-5 meses después de la masacre, y la otra, 14-15 meses después. También se contactó con 482 padres de los jóvenes para que participaran en un estudio relacionado con las experiencias que estos habían vivido tras la masacre.

De los resultados del estudio se puede señalar que, en la primera entrevista, participaron 355 supervivientes y, en la segunda entrevista, participaron 285. En total participaron en ambas entrevistas 255 supervivientes y 531 padres/tutores legales, había más mujeres, pero participaron más padres. Los que solo participaron en la primera entrevista eran extranjeros o tenían condiciones distintas a la mayoría. Los que solo participaron en la segunda presentaban más

ansiedad y estrés en comparación con los sujetos que participaron en ambas reuniones. Por otra parte, aquellos sujetos cuyos padres no participaron en el estudio también presentaron más estrés, menos percepción de apoyo social y más riesgo de padecer una enfermedad mental.

Los autores concluyeron, en primer lugar, que los participantes que solo habían hecho una entrevista (sea la primera o la segunda) presentaban niveles mayores de ansiedad, estrés y que pertenecen a otra raza o nivel socioeconómico. En segundo lugar, relacionado con lo anterior, se vio como la tasa de participación de supervivientes inmigrantes fue menor que la de noruegos, también el nivel de participación de padres fue menor en este grupo. El riesgo de padecer enfermedades mentales y físicas también fue mayor para este grupo. En comparación con los sobrevivientes que participaron longitudinalmente, aquellos supervivientes que se perdieron durante el seguimiento después de la segunda entrevista tenían más probabilidades de no ser noruegos e informar más exposición a los ataques. En contraste, aquellos sobrevivientes que ingresaron al estudio en la fase 2 informaron más estrés postraumático, ansiedad / depresión y síntomas somáticos.

En tercer lugar, dentro de las conclusiones del estudio, resaltar que los factores asociados con los factores maternos y paternos hicieron que la participación fuese diferente. Los padres que participaron fueron en su mayoría hombres aunque también había mujeres. Las malas relaciones entre padres (divorcios, nivel económico bajo...) hicieron que sus hijos no participaran o solo lo hicieran en una de las entrevistas. La no participación de los padres fue asociado con origen no noruego, síntomas somáticos y menos apoyo social. Además, la no participación paterna se asoció con cuestiones de divorcio, y la no participación materna se asoció con una mayor edad, no vivir con los padres, más estrés postraumático y síntomas de ansiedad / depresión.

En base a lo anterior, ambos estudios nos muestran la necesidad de mejorar la participación de las familias en los tratamientos cuando suceden ataques terroristas, en particular en familias monoparentales, con padres divorciados, inmigrantes, con menor nivel socioeconómico, con mayor exposición a los ataques y con niveles de estrés alto, expresados en problemas de salud mental.

6) Los programas de psicoeducación familiar en Kosovo

En el contexto del terror Griffithet al. (2005) describen las intervenciones familiares en Kosovo, donde elementos militares y paramilitares del régimen serbio habían empleado métodos de terror para efectuar una limpieza étnica, centrados en la estructura y las tradiciones de la vida familiar de los

albanokosovares. Al final de la guerra de 1999 en Kosovo, se inició la Colaboración Educativa Profesional de la Familia Kosovar (KFPEC) para contrarrestar las secuelas de salud mental de la guerra en Kosovo. Esta iniciativa se centró en la recuperación y el fortalecimiento de las familias kosovares, más que en el tratamiento psiquiátrico de las personas por síntomas postraumáticos. Se partió de la base de que los procesos familiares de comunicación, apoyo mutuo y sustento de los valores culturales pueden desempeñar un papel fundamental en la recuperación del daño psicológico y material en sociedades afligidas por el terror. Este es particularmente el caso cuando una campaña de terror se ha dirigido específicamente a la vida familiar y sus tradiciones, cuando la cultura es una cuya identidad se ha centrado en sus familias y cuando los recursos públicos de salud mental han sido escasos. La KFPEC capacitó a los profesionales locales de salud mental en enfoques clínicos centrados en las necesidades de las familias y el desarrollo de la resiliencia familiar al estrés y al trauma.

Los programas de psicoeducación familiar se desarrollaron en cada uno de los centros comunitarios de salud mental del país. Como política pública, este programa fue posteriormente designado como cuidado obligatorio para los enfermos mentales crónicos. Griffith et al. (2005) concluyen que los hallazgos y resultados de este proyecto pueden informar de manera útil el diseño de otras iniciativas internacionales de salud mental pública.

3.5 Intervenciones familiares en el contexto de la Asociación AMUVITE

Aprovecho este espacio para compartir mis reflexiones como terapeuta que ha trabajado con estas familias durante más de diez años dentro de la Asociación Murciana de Víctimas del Terrorismo (AMUVITE) en diferentes proyectos subvencionados por el Ministerio del Interior y la Fundación de Víctimas del Terrorismo. A continuación, enumero algunas reflexiones de cara a la intervención, basadas en mi experiencia profesional y la revisión de literatura científica:

1) Mejorar la motivación para la terapia y la adherencia al tratamiento

Para entender el nivel de motivación respecto al tratamiento psicológico de las víctimas, particularizamos el caso de nuestra asociación, donde la muestra de víctimas participantes ha estado constituida por personas que han sufrido atentados terroristas por parte de la banda ETA hace varios años. En la mayoría de los casos, más de 20 años como media.

A continuación profundizamos en las dificultades de este colectivo para la participación y adherencia al tratamiento psicológico. En primer lugar, es necesario considerar la propia experiencia del terrorismo como evento traumático. Recordemos que el terrorismo conlleva una ruptura de esquemas básicos en las áreas de confianza y seguridad y que la sintomatología presente en las víctimas (postraumática, duelos traumáticos etc.) implica la evitación de las emociones, lugares y recuerdos asociados a los atentados terroristas. Estos factores pueden dificultar la participación en los tratamientos, o suponer el abandono de los mismos, puesto que, al fin y al cabo, un tratamiento psicológico centrado en el trauma supone enfrentarse a las emociones y experiencias vividas durante los atentados. El contexto de la asociación y el encuentro con otras víctimas ya puede suponer una experiencia de exposición en sí, que se intente evitar.

En segundo lugar, debemos valorar la cantidad de años transcurridos desde los atentados. En tercer lugar, la victimización secundaria que ha sufrido este colectivo y la sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva presentada, hayan podido facilitar la aparición de la desconfianza hacia las personas e instituciones. En cuarto lugar, la pertenencia a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, en su mayoría hombres, que han sido entrenados, como parte de su profesión, a contener sus emociones y no expresar vulnerabilidad. Pensamos que estas variables condicionan las dificultades que hemos observado, en un primer momento, para acceder a los programas y tratamientos ofrecidos en la asociación.

Atendiendo a lo anterior, recomendamos una política proactiva, a la hora de ofrecer los tratamientos como visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, utilizar las actividades recreativas de la asociación, juntas y reuniones etc., para divulgar los programas existentes y captar a los usuarios. En cualquier caso, considero necesaria, desde mi experiencia profesional y la revisión de la literatura, una mayor investigación de los factores que mejoran la adherencia e implicación a los tratamientos psicológicos en víctimas de terrorismo, que sufrieron el evento traumático hace varios años. Resultando, a su vez, esencial mejorar el acceso a la asistencia psicológica y los diferentes servicios y programas que se realizan para atender las necesidades específicas de esta población.

La realidad es que cuando pensamos en implementar terapia familiar, conseguir la participación de todos o casi todos los miembros de la familia puede ser un reto, especialmente cuando los hijos son mayores. En el trabajo con las familias no siempre es posible o necesario que acudan todos sus miembros, aunque se les invita y solemos dejar una silla vacía para representar su espacio. Hemos trabajado con los diferentes subsistemas familiares, los padres sobrevivientes junto con los hijos, las parejas, las mujeres viudas y algunos de sus hijos o los hermanos solos en

algunas sesiones. En función de los objetivos de la intervención, la familia puede ser dividida para trabajar en diferentes sesiones.

2) Planteamiento de objetivos

Con relación a los objetivos, el objetivo principal que justifica estas intervenciones es la mejora de las relaciones familiares. Consideramos que esta variable ya tiene la suficiente relevancia clínica como para que fuese atendida por la asociación, pues las dificultades en el área familiar se han asociado a problemas de salud mental y física en víctimas y sus descendientes, así como, con un deterioro de su calidad de su vida. Conjuntamente, se pueden utilizar estas intervenciones como complemento al trabajo individual, incidiendo en aquellos aspectos sistémicos que pueden estar reforzando la psicopatología existente. En determinados casos, la terapia familiar puede ser muy útil al brindar un contexto que facilita la elaboración de duelos traumáticos, o incluso la mejora de la sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa de los miembros de la familia, cuyos síntomas pueden verse reforzados por el funcionamiento familiar. En el caso de los niños y adolescentes, considero imprescindible la incorporación de los padres a los tratamientos tanto para la reducción de los síntomas presentados como para la mejora de las relaciones familiares.

Asimismo, es importante plantear los objetivos al inicio de la intervención y de modo consensuado con la familia.

3) Construir la relación terapéutica

En este tipo de familias es necesario un mayor trabajo y esfuerzo por afianzar una adecuada alianza terapeuta que favorezca la recuperación y que contribuya a crear un contexto de seguridad y confianza, donde se facilite la expresión emocional. Recordemos que una de las características vinculadas al TEPT es una mayor percepción de amenaza y distorsiones cognitivas en las que el mundo puede ser percibido de modo hostil y peligroso. Los pacientes traumatizados pueden verse “secuestrados” por las memorias emocionales traumáticas y sus mecanismos de defensa, lo cual les impide la conexión y el contacto empático con las demás personas; pudiendo sentirse amenazados con facilidad por el terapeuta y otros miembros de la familia.

Por ello, resulta esencial en la terapia crear un entorno seguro para que padres e hijos puedan expresar sus sentimientos y experiencias asociadas al terrorismo, lo que supone haber sobrevivido a un atentado, las pérdidas que vivió la familia (muertos, heridos, materiales, etc.), y poder restaurar la comunicación de acontecimientos en la historia de la familia que se han evitado durante muchos

años y que, en no pocos casos, se han convertido en tabú. Es un acuerdo implícito de la familia el no hablar de las muertes ocasionadas por el terrorismo, por ejemplo, porque se ha aprendido que “la mamá se pone muy mal cuando hablamos de eso.”, me dijo una familia que perdió una niña de 11 años en un atentado, caso que comentaremos más adelante. Este proceso se denomina “la conspiración del silencio”. Otras veces, este silencio cumple la función de evitar los conflictos exacerbados en las familias por las diferentes reacciones ante el evento traumático.

La relación terapéutica sabemos que es esencial en la psicoterapia y que es una variable muy importante de cara al éxito de los tratamientos, independientemente del enfoque y conjuntamente con él mismo, especialmente con pacientes traumatizados. Es muy importante que puedan sentir que puedan percibir en el terapeuta: autenticidad, interés por ellos, su vida, sus experiencias, su historia familiar, sus esfuerzos para funcionar y reconstruirse después del impacto del terrorismo y de los diferentes eventos de vida que han podido sufrir. El terapeuta tiene que implicarse con el corazón y, al mismo tiempo, tiene que poder mantener una distancia que le permita poder observar y apreciar lo que está pasando con la familia, sus interacciones, sus dinámicas, conflictos, su lenguaje y sus áreas de fortaleza y de resiliencia. Mantener este equilibrio entre la mente y el corazón no es tarea fácil, pero es imprescindible. Es trabajo desde el respeto y la dignidad hacia estas personas que han tenido vidas difíciles y que han intentado sobrevivir, funcionar, permanecer unidos y sacar adelante a los suyos haciendo lo que mejor sabían y podían.

En particular, el trabajo con las resonancias emocionales del terapeuta puede ayudarnos a empatizar con los pacientes, poniéndolas al servicio de la terapia y convertirnos en un instrumento de cambio. Por ejemplo, hacernos consciente de las emociones que nos despiertan los miembros de la familia (miedo, dolor, soledad, abandono, desprotección, etc.) y utilizar estas emociones para diseñar intervenciones que mejoren la relación terapéutica a través de la empatía. Plantearemos estas resonancias como hipótesis que el propio paciente nos deberá confirmar, para no contaminar la terapia con nuestras propias experiencias no resueltas. Algunas de las preguntas que deberemos hacernos cuyas respuestas pueden ser usadas en nuestra intervención son las siguientes: ¿qué emociones nos despierta este tipo de pacientes? ¿Sentimos cercanía o rechazo por algunos de los aspectos de su experiencia? ¿Qué pensamientos e imágenes tenemos acerca de las víctimas del terrorismo? ¿A qué tipo de actuaciones en la terapia nos conducen estas experiencias? ¿Cómo nos perciben los pacientes? Con nuestra actitud ¿qué

clase de emociones, pensamientos y creencias despertamos en las víctimas? ¿En qué medida todos estos procesos facilitan o dificultan su recuperación?

En esta línea, otro gran reto será mantener la neutralidad cuando trabajamos con las familias y con las parejas. Esto significa no posicionarnos con los planteamientos de ningún miembro y, si en algún momento lo hacemos, debemos de ir realizando alianzas alternantes con cada miembro de la familia de forma que, cuando la sesión termine, ninguno sienta que hemos tomado partido por una persona o por las coaliciones que la familia establece. Se trata de dar espacio y voz a todos los miembros. Cuando el terapeuta familiar acepta a todos los integrantes con sus vulnerabilidades y sus mecanismos de defensa y mantiene la neutralidad, ellos se sienten menos amenazados y están más abiertos al cambio. En situaciones de conflictividad familiar elevada es difícil mantener esta neutralidad porque los miembros de la pareja y la familia intentan que nos coloquemos de su lado en el conflicto. Reconocer estos intentos de los pacientes es importante, al igual que mantener una visión externa que nos permita identificar las interacciones puede ayudarnos a mantener la neutralidad. Podemos pensar en las familias como en un tablero de ajedrez donde los movimientos que hacemos repercuten en todos los miembros del sistema, por lo que tenemos que valorar no sólo las resistencias que se crean sino adelantarnos a los movimientos reactivos a nuestra intervención del resto de miembros de la familia, lo cual es una danza compleja en muchas ocasiones.

4) Ofrecer psicoeducación y neuroeducación sobre el trauma

La psicoeducación y la neuroeducación ayudan a que la familia comprenda el funcionamiento del trauma, ofreciendo información sobre las reacciones habituales y el proceso de recuperación. Se busca ayudar a los padres a comprender como el trauma, la pérdida familiar o su propio malestar pueden relacionarse con el deterioro de la cohesión y comunicación familia, y el cambio en los estilos de crianza a partir del terrorismo y que se mantienen en la actualidad.

En la psicoeducación se explican las reacciones a un atentado terrorista, por qué tienen esas reacciones y por cuánto tiempo suelen tenerlas. Suele ayudar a que las víctimas recuperen el control de lo que les pasa. La neuroeducación suele ser útil para esto. Uno de los marcos teóricos utilizados es el de la teoría Polivagal de Porges (2011), que explica como el sistema nervioso autónomo (SNA) interviene en la regulación de las vísceras, la interacción social, el apego y las emociones. Sus estudios postulan que el SNA está formado por dos ramas principales: la simpática que está relacionada con la alerta y la parasimpática que activa la relajación y la calma. El matiz que Porges aporta es que la rama parasimpática estaría dividida a

su vez en dos ramas diferentes. La primera, la ventral-vagal se relaciona con la conducta social y la comunicación interpersonal, y activa la sensación de calma cuando ha pasado un peligro mediante la regulación del tono cardíaco, las vísceras y los signos faciales cuando hay tranquilidad. La segunda, la dorsal-vagal que al activarse provoca inmovilización. La teoría polivagal de Porges tiene un valor crucial para los psicólogos puesto que nos permite entender por qué ante una situación traumática se puede producir parálisis a nivel corporal y provocar reacciones disociativas a nivel mental.

Asimismo, aplicamos el concepto de la ventana de tolerancia (Siegel, 2010) que defiende como frente a los eventos traumáticos se puede alterar el sistema nervioso y la capacidad para regular nuestras emociones. Existe una llamada ventana de tolerancia, que define el nivel de estrés que una persona puede tolerar y que le permite un funcionamiento relacional e intelectual óptimo; cuanto más ancha es la ventana, mayor es el grado de estrés tolerable. Cuando se produce un atentado terrorista, la situación traspasa el umbral de la ventana, tratándose de un evento que la persona no puede gestionar con sus recursos. La situación de crisis produce dos tipos de respuesta, o bien una activación muy alta (respuesta del simpático, ataque o fuga) o bien una activación muy baja (respuesta dorsal vagal del sistema nervioso parasimpático, paralización física, bloqueo, confusión). Por consiguiente, la ventana tiene una función defensiva que puede adoptar dos formas: la hiperactivación o la hipoactivación. Ofrecemos psicoeducación y neuroeducación a las familias, de forma muy básica y asequible a su nivel cultural. En esta psicoeducación se habla de cómo el atentado terrorista y sus consecuencias sobre el sistema nervioso hicieron que las personas reaccionasen hiperactivándose o hipoactivándose, lo cual puede traer conflictos en la familia debido a las diferentes formas de activación. Incluso puede llevar a patrones relacionales disfuncionales de tipo circular: cuanto más se hiperactiva uno ante el estrés, más se hipoactiva el otro y viceversa.

Considero que la neuroeducación, al poner el foco en el sistema nervioso y sus reacciones frente al trauma resulta muy valiosa para estas familias dado que pueden presentar muchos conflictos ocasionados por las atribuciones de responsabilidad y culpa por el malestar familiar. El terapeuta, al externalizar los síntomas atribuyéndolos en parte al funcionamiento cerebral, puede contribuir a disminuir la tensión, la culpa y las actitudes críticas de la familia y aumentar la sensación de seguridad. Esto favorece el entendimiento y la comprensión en la familia, aumentando la tolerancia a las diferencias. Este paso resulta primordial para propiciar el cambio de los patrones disfuncionales y permitir que se adopte una mirada más humana y comprensiva de la historia familiar.

5) Validar las diferencias y resolver problemas y/o conflictos

Cuando trabajamos con las familias, hemos constatado que sus integrantes suelen presentar diferencias respecto al grado de exposición y experiencias vinculadas a los atentados que conllevan necesidades psicológicas y cursos de recuperación muy diversos. Estas diferencias facilitan el aumento de los conflictos familiares, la disminución de la empatía y la comprensión entre los miembros de la familia, así como del apoyo y la tolerancia. Esto se vuelve especialmente problemático ya que la mayoría de las familias no cuentan con mecanismos que permitan una discusión abierta y el reconocimiento de estas diferencias. En muchos casos, esto comporta que los integrantes de la familia enmarquen su silencio como una forma de protegerse mutuamente de las preocupaciones o fuentes de conflicto.

En línea con lo anterior, en la experiencia profesional hemos apreciado diferentes mecanismos de defensa que surgieron en las familias en los momentos iniciales del evento traumático y resultaron adaptativos, como las estrategias de reorganización. Los terapeutas tenemos que enseñar a las personas que es normal que no compartan siempre el mismo punto de vista y que tienen derecho a reaccionar de modo diferente.

De ahí la importancia de validar las diferentes experiencias vinculadas al terrorismo y restablecer la comunicación, siendo imprescindible el entrenamiento en habilidades de comunicación. Por otra parte, se les enseñan estrategias secundarias para manejar el conflicto y las emociones intensas, brindando información sobre las posibles alternativas de afrontamiento ante conflictos familiares. La lucha por la unidad y la cohesión familiar es esencial en familias que se han distanciado como consecuencia del impacto del terrorismo, incluso a muy largo plazo. Las habilidades de resolución de problemas o conflictos también son relevantes en familias que presentan un patrón de evitación crónica y que pueden haberse alejado como consecuencia del elevado nivel de conflictividad familiar.

6) Comprender la historia familiar y mejorar la comunicación.

Debido a que en estas familias los atentados sucedieron hace muchos años, suele existir una carga acumulada de experiencias estresantes múltiples o repetidas en la historia familiar y de cada persona que proporciona un trasfondo en el que comprender las reacciones individuales y familiares actuales. Ayudar a las familias a apreciar esta carga suele ser muy importante, de cara a explicar las diferentes reacciones como las atribuciones erróneas o distorsiones identificadas en la narración del trauma, especialmente aquellas relacionadas con cuestiones de miedo, culpa o vergüenza, deben ser abordadas por la familia.

En el marco de nuestra asociación las familias sufrieron los atentados hace muchos años, siendo una lección aprendida el profundizar en su historia familiar: explorar que pasó en la familia, cuáles fueron sus emociones durante el evento y sus secuelas, qué pensaron acerca de lo sucedido y qué estrategias de defensa se utilizaron para sobrevivir o contribuir a la supervivencia de los demás. Exploramos también como el terrorismo pudo alterar la estructura y funcionamiento familiar (reorganización, comunicación, creencias) y, en última instancia, validamos sus mecanismos de defensa individuales y familiares como lo mejor que supieron y pudieron hacer en aquellos momentos. Esta devolución formará parte de la intervención con el fin de profundizar en la historia de la familia y lo que sucedió para poder encontrar un sentido a lo que les ocurre en el presente. Al mismo tiempo, compartir estas experiencias en el contexto de la terapia facilita el procesamiento cognitivo y emocional de la experiencia traumática, restaurando la comunicación familiar acerca del trauma y las experiencias familiares. Se entrena a la familia en habilidades de comunicación, ayudando a sus miembros a identificar y compartir sus emociones y sentimientos, así como a identificar las vías en las que sus pensamientos pueden afectar las emociones y pensamientos de los demás.

7) Validar la reorganización frente al terrorismo

Los diferentes mecanismos de defensa que surgieron frente al terrorismo y que resultaron adaptativos, en un primer momento, con el tiempo pueden convertirse en desadaptativos y disfuncionales. Esto sucede al automatizarse y permanecer estables aunque las circunstancias familiares se modifique y cambien las etapas del ciclo vital y otras condiciones externas tipo socioeconómico etc. Por ejemplo, en muchas familias de víctimas hemos observado cómo después de perder a un miembro se apoyaron y se unieron entre sí, creando familias aglutinadas, cuyos límites eran permeables entre los diferentes subsistemas. Así, los niños han asumido responsabilidades parentales, apoyando a la madre viuda, por ejemplo. En última instancia, esto ha ayudado a la familia a seguir funcionando. En terapia es necesario validar este modo de reorganizarse, devolviendo su utilidad y relevancia para la familia en el momento de sucedido los atentados. Al mismo tiempo, hay que ayudar a la familia a comprender cómo, con el tiempo, esta reorganización de roles ha impedido que los hijos que ocuparon el papel de apoyo emocional tengan el rol de hijos y, por consiguiente, un espacio donde poder ser cuidados. Estos se han podido ver sobrecargados por roles para los que no estaban preparados y generarse conflictos entre los hermanos. Por consiguiente, es necesario hacer intervenciones para reestablecer las jerarquías y roles, de modo que cada cual ocupe su lugar

Además, en otros casos, el aglutinamiento ha dificultado los procesos de separación e individuación de las familias cuando los hijos son adolescentes, jóvenes e incluso adultos. Hemos visto como muchos hijos varones, cuyo padre resultó muerto en atentado, permanecieron en la función de apoyo de la madre durante muchos años sacrificando su independencia, su salud y su éxito profesional para poder seguir acompañando a la madre. Una de las viudas que atendí me dijo:

“Somos una familia muy unida por las situaciones que hemos vivido. Nos han unido todas las desgracias que hemos tenido que afrontar juntos, empezando por la muerte de mi marido. Mi hijo mayor ha sido el padre de sus hermanos aunque le fue difícil porque también era pequeño. Es una fuente de preocupación para mí ahora, está bastante mal. Se ha venido a vivir ahora conmigo. Ha perdido su empleo. Su novia de muchos años le dejó porque decía que estábamos demasiado unidos. Íbamos juntos a todos los sitios.”

Este tipo de funcionamiento contribuye a generar conflictos entre los procesos de cohesión familiar, que pueden resultar adaptativos y necesarios frente al terrorismo, y los procesos de separación e individuación dentro de las familias, remarcados por la cultura occidental. En España, una cultura donde la familia sigue siendo muy importante y la unión familiar se mira como un valor (debido a factores económicos, ideológicos, religiosos etc.), la influencia de las sociedades occidentales está calando hondamente con la promoción de valores como la autonomía, el éxito y la realización personal. Esta confrontación de la cohesión frente a la autonomía, en un mundo cada vez más globalizado, puede ser una fuente de conflictos para las familias. En familias de víctimas con tendencia al aglutinamiento, el conflicto se acentúa provocando mayores tensiones intrafamiliares así como en las relaciones de la familia con las comunidades y sociedades en las que están inmersas. Las intervenciones buscan entonces un equilibrio entre ambos procesos en los miembros de la familia (cohesión versus independencia), en función de la etapa del ciclo vital donde se encuentran.

En cualquier caso, resulta esencial el reconocimiento del daño moral causado por el terrorismo a la familia siendo obligatorio como terapeutas y representantes del mundo social reconocer dicho sufrimiento, así como promoverlo entre los propios miembros de la familia, de cara a una mayor comprensión de su funcionamiento y la recuperación del trauma.

8) Aplicar avances multidisciplinares

Como se ha explicado, hemos utilizado los avances de las neurociencias a la hora de la psicoeducación, construir la relación terapéutica, modificación de pautas disfuncionales etc.

En el trabajo que hemos hecho con las familias, un paso de avance ha sido aplicar los avances teóricos de la terapia de pareja que hemos estado aplicando con los pacientes víctimas del terrorismo. De hecho, desde el punto de vista teórico este tipo de trabajo se ha extrapolado en la literatura científica. Creech y Misca (2017) proponen que el modelo interpersonal cognitivo-conductual del TEPT (Monson y Fredman, 2012) que sirve para explicar el funcionamiento de las parejas afectadas por traumas, puede aplicarse a las familias. El trabajo terapéutico con la pareja se enfoca hacia los factores interactivos cognitivos, emocionales o relacionales que, como hemos explicado, han sido encontrados que impiden la recuperación natural después del trauma y mantienen los síntomas del TEPT y los problemas relación de pareja. Este mismo planteamiento lo hemos extrapolado a la terapia de familia con este tipo de pacientes, para explicar sus problemas de relación. Una peculiaridad que se tiene en cuenta para diferenciar las intervenciones de pareja y de familia es el principio de la jerarquía que debe de existir en el segundo tipo de intervención.

El entrenamiento en la capacidad de resolver conflictos y problemas es muy necesario. Conjuntamente, se enseña a las familias nuevas estrategias de afrontamiento como técnicas de relajación y respiración, comunicación, técnicas cognitivas, habilidades de conciencia interpersonal etc. Hemos aplicado enfoques de la terapia breve centrada en soluciones, perteneciente al enfoque sistémico de terapia familiar.

9) Cambios en el sistema de creencias familiar

Atendiendo a los factores cognitivos, recordemos como el trauma afecta la sensación de seguridad, la confianza en los seres humanos y existe una mayor necesidad de control de las relaciones, lo cual puede afectar las relaciones familiares. Es necesario cambiar las distorsiones cognitivas que subyacen en las historias familiares a raíz del terrorismo y otros acontecimientos traumáticos (por ejemplo, pandemia de la COVID-19) con respecto a la sociedad, el mundo como un sitio peligroso y la propia incapacidad e incertidumbre para hacer frente a los mismos. En la relación padres- hijos en las víctimas del terrorismo esto se puede expresar, por ejemplo, en comportamientos sobreprotectores hacia los hijos. Se hace necesario cambiar el pesimismo y la incertidumbre hacia el futuro por la esperanza. Además hay desórdenes del proceso cognitivo asociados con la aparición del TEPT, como la atención selectiva a la negatividad. Como se ha dicho

antes, la atención selectiva a la amenaza se extiende a las percepciones de los comportamientos de la familia, tales como las sospechas de que las intenciones de la familia hacia el individuo traumatizado son negativas, por lo que se puede percibir a los otros como una fuente de amenaza. En terapia es importante la toma de conciencia de estos procesos, de cara a que el paciente traumatizado se de cuenta de cómo puede estar distorsionando la realidad bajo la mirada del trauma y como le afecta sus relaciones. A su vez, los otros miembros de la familia deben conocer cuál es el funcionamiento propio del trauma, aprendiendo a tener paciencia y siendo cuidadosos con ciertos comportamientos que pueden reforzar esta visión. Al paciente traumatizado se le puede poner la carga de ser el chivo expiatorio, en el cual se delegan los problemas familiares no resueltos. La dificultad de estos pacientes para regular las emociones, dentro de ellas el miedo y la ira, facilita que se le pueda atribuir ser “la causa de los males familiares”.

Para modificar estas distorsiones cognitivas se utiliza la psicoeducación sobre los pensamientos negativos asociados al trauma y la reestructuración cognitiva. Se puede usar el mismo procedimiento que Monson y Fredman (2012) describen para la terapia de pareja, que permite trabajar con las cogniciones postraumáticas, que mantienen el TEPT y los problemas de relación en la familia. Se trata de un proceso de solución de problemas cognitivo, ya que aumenta el rango de soluciones cognitivas posibles a los pensamientos problemáticos. Este proceso ha sido denominado como UNSTUCK (en inglés), para lograr que la pareja trabaje conjuntamente para modificar los “puntos calientes”, aumentando la flexibilidad cognitiva de ambos. Lo hemos explicado aquí en el apartado correspondiente a la terapia de pareja.

10) Trabajando con las emociones

Con relación a los factores emocionales, debido a la evitación de las emociones propia del TEPT o el duelo traumático, los padres pueden generalizar la experiencia de evitar las emociones y afectar la expresión de emociones en general, lo cual daña el contacto emocional con los hijos. Los padres, al no poder estar en contacto con sus propias emociones dolorosas, tampoco pueden tolerar este tipo de emociones en sus hijos y brindar una contención emocional. En terapia es necesario favorecer el darse cuenta de las emociones tanto positivas como negativas y expresarlas, en particular aquellas que expresen vulnerabilidad, para facilitar la regulación emocional tanto de los padres como de los hijos. Tenemos que validar la información que dan, tanto desde el punto de vista de la narración que ofrecen, como desde el punto de vista de las emociones que muestran ante la situación que están viviendo. Conjuntamente, es muy necesario

“normalizar” sus experiencias. Esto implica el explicar que algunas de las vivencias que la familia cuenta, calificándolas negativamente como raras, extrañas, inadecuadas o inexplicables, son comunes en situaciones parecidas, lo cual conocemos por nuestra labor profesional. También es importante la generación de emociones positivas, recordando por ejemplo, los buenos momentos familiares, compartiendo actividades agradables, o hablando de las características positivas de los miembros de las familias, los recursos que tienen etc. Ofrecer mensajes de seguridad, esperanza y confianza hacia el futuro, que favorezcan la regulación emocional, es básica en el trabajo con niños y adolescentes.

11) Cambiando patrones de interacción

Desde el punto de vista conductual, externalizar y objetivar las relaciones como patrones que los miembros de la familia pueden observar desde fuera también resulta muy útil. Enmarcar los problemas en las interacciones y no en las personas en sí ayuda a tolerar mejor los conflictos y disminuye la carga afectiva negativa vinculada a estos problemas relacionales. También permite ampliar el foco para no reducir el problema de la familia al paciente identificado sino a las relaciones que se producen entre los miembros. Se trata de responsabilizar a los problemas relacionales, ya sea su origen producto del trauma o del funcionamiento de las relaciones. Se externaliza el problema, planteando que el trauma ha secuestrado las relaciones familiares y que la familia debe unirse en la lucha contra estos patrones. Nosotros hemos utilizado este planteamiento en las familias igual que en las parejas, con buenos resultados. En última instancia, se trata de proponer a las familias que muchos modos desadaptativos de relación que presentan pueden ser consecuencia de cómo el trauma generado por el terrorismo y los otros eventos traumáticos que ha podido tener la familia ha dañado sus relaciones y que ellos han hecho lo mejor que han sabido y podido. También los patrones pueden generarse por los diferentes modos de reaccionar las personas. En cualquier caso, el terapeuta ayuda a la familia a identificar los patrones basados en la relación que pueden ocurrir durante el conflicto. Con este objetivo se utilizan preguntas circulares y reflexivas. El terapeuta explica a la familia que esos patrones tienen mucha fuerza, se automatizaron, los mantienen en círculos viciosos relacionales, y que las familias tienen que luchar contra estos patrones, uniéndose en esta lucha. Una vieja fórmula que ha unido a las personas durante la historia humana: la lucha contra un enemigo común. De este modo, favorecemos la cohesión del sistema frente a las dificultades.

En definitiva, se trata de crear aprendizajes nuevos, nuevas formas de relacionarse entre todos. Trabajar mucho desde lo que es mejor para la familia y no solo para

cada miembro en particular, con la idea de que si mejoramos las relaciones familiares, mejorarán todos.

12) Construyendo la resiliencia familiar:

Como parte del trabajo con las familias, es importante identificar las fortalezas y la resiliencia de sus miembros y los recursos disponibles. Se trata de resaltar sus recursos, habilidades prácticas, su historia de superación de dificultades, sus cualidades emocionales y psicológicas, todo aquello que nos pueda servir para abordar los cambios necesarios. Aquí nos ha sido útil el trabajo con las resonancias emocionales, o sea, que parte de la historia de las familias nos han impresionado, conmovido, admirado. Por ejemplo, la fortaleza de algunos miembros, la capacidad de sacrificio o esfuerzo de unos por otros, la fidelidad a la familia, el altruismo social, la capacidad de unirse en la dificultad etc. No obstante, debemos de considerar que la resiliencia familiar es un concepto dinámico y flexible, lo que ayuda a la resiliencia en un primer momento (por ejemplo, mecanismos de defensa) puede convertirse en un obstáculo en otro y favorecer el conflicto. Pero en todas las familias, por muy conflictivas que resulten, siempre hay áreas conservadas y recursos que se deben destacar. En definitiva se trata de identificar las fortalezas y la resiliencia de las personas y las familias como un todo y no solo centrarse en la patología y los síntomas, transmitiendo esperanza y optimismo como recursos claves de resiliencia.

13) Elaborando una narrativa familiar del trauma

Las áreas de resiliencia deben de tomarse en cuenta a la hora de elaborar la narrativa familiar con respecto al trauma. En las sesiones los miembros de la familia elaboran y comparten sus experiencias narrativas personales dentro de la familia y, en última instancia, se desarrolle una narrativa familiar consensuada del impacto del terrorismo en las familias. Una historia en la que participan todos y sirve para integrar el atentado terrorista en la biografía de la familia, con una perspectiva de crecimiento postraumático. Suele ser muy útil cuando los hijos son mayores y vivieron el terrorismo de pequeños. Con relación a cuánto y cómo hablar del terrorismo, está en función de la edad de los miembros de la familia. La literatura aconseja que hablar poco o no hablar es un problema, pero también puede serlo hablar mucho. En particular, cuando los niños y adolescentes están delante, hay que ser muy cuidadosos con la información que se trasmite, por eso es conveniente preparar con los padres solos que tipo de información se va a compartir con los niños y preparar la narrativa familiar común.

Finalmente, una última consideración a tener en cuenta en la terapia familiar con víctimas del terrorismo es adaptarse a las características específicas de las familias,

en lugar de basar la intervención únicamente en los resultados de investigaciones, que podrían no ser apropiados para todos. Se hace muy necesario entender que no es lo mismo una familia donde algún miembro haya sobrevivido a un atentado, por ejemplo, a aquella que han perdido familiares. Tampoco es igual una familia con hijos pequeños a una con hijos mayores, por lo que hay que tener en cuenta la perspectiva del ciclo vital. Es necesario particularizar el proceso terapéutico, adaptando las intervenciones a la peculiaridad de cada familia.

A continuación voy a realizar el un estudio de caso para ejemplificar las intervenciones que hemos hecho:

Este caso se trata de la familia de María, que perdió la hija de 11 años en un atentado realizado a una Casa Cuartel de la Guardia Civil. Se trata del caso de María, explicado en el capítulo II (como ejemplo de duelo traumático) y retomado en el capítulo III (para explicar como el duelo impactó el funcionamiento familiar y de la pareja de los padres). Cuando hablamos con esta familia formada por la madre, el padrastro de la niña muerta, que era la mayor, y los tres hermanos, pudimos entender el inmenso dolor de esta mujer que había vagado durante varios días por el lugar del atentado, después del mismo, buscando a su hija. Veinte años después de sucedió el atentado, la madre continuaba inmersa en un duelo complicado y presentaba estrés postraumático y depresión asociados. Recordemos que todos los niños de la familia quedaron sepultados bajos los escombros de este atentado. La madre tenía un duelo acompañado de mucha culpa por esta muerte, porque justo un mes antes había retirado la cuidadora de los niños y los había dejado a cargo de esta hija mayor que murió. Este mensaje de culpa y de responsabilidad por la muerte de la hija había sido reforzado por la abuela materna al enterarse de la muerte de la niña. Además, la culpa es una de las emociones propias del TEPT y, en este caso, le permitía mantenerse unida a la memoria de su hija a través del sufrimiento, pues no le parecía justo olvidarse de ella.

La familia había evitado hablar de esta muerte durante años. En la terapia validamos que el hecho de cómo toda la familia había contribuido, con su silencio, a cuidar a la madre y ayudar a dosificar el sufrimiento de esta mujer. Les devolvimos que eran muy capaces de cuidarse entre sí mismos y que esto había sido muy necesario, que había resultado adaptativo en los primeros tiempos después del atentado, para ayudar a que su madre pudiese sobrevivir al duelo y a la culpa y poder seguir ocupándose de criar a sus hijos. Para que madre no se hundiese del todo y la familia pudiese seguir funcionando y salir adelante. Se les devolvió que habían estado protegiendo a la madre durante muchos años de esta manera. Que tenían la capacidad para ayudarse entre

todos, “sois una familia unida”-les dije. Como estrategia, se trata de encontrar las fortalezas de las familias, sus áreas de resiliencia e incluso poder ver el lado positivo de las estrategias defensivas que la familia ha usado, validándolas.

Sin embargo, también se pudo reflexionar de cómo ese silencio, con los años, había contribuido a dificultar la elaboración del duelo por toda la familia. La actuación de los hijos había reforzando los mecanismos de defensa de evitación emocional que presentaba la madre, y el resto de la familia y los roles se habían invertido. Los hijos, en particular la segunda hija, pues la mayor fue la que murió, asumieron el papel de madre de su madre. Gracias a la terapia familiar todos hablaron de las emociones que tenían por la muerte de la niña, compartieron la pena y el dolor, los recuerdos. La madre pudo verbalizar la culpa y lo que le había dicho su madre (que ella era la culpable) y, además de poder expresarse frente a su familia y llorar, le ayudó la perspectiva de su marido diciéndole *“que era una cuestión del destino, que ella no hubiese podido evitar esta situación (refiriéndose al atentado) si se iba a producir. Que no podemos controlar todo y ella no tenía por que saber que se iba a producir un atentado. Ni ella ni nadie.”* Esta creencia en el destino, algo en que la madre también compartía, contribuyó a que se sintiese aliviada en su sufrimiento. Lo interesante fue cómo esta conversación había sido evitada por la familia durante años, con lo cuál no solo se había perdido la posibilidad de compartir la experiencia emocional de la pérdida, sino la posibilidad de enriquecerse de otros puntos de vista que ayudasen a cambiar los pensamientos negativos y las creencias irracionales que los miembros de la familias pueden tener como parte de la pérdida traumática. Además se cuestionó la creencia de que superar un duelo no implica olvidarse de la persona. Se trata de mantener la memoria sin sufrir.

Con relación a los otros miembros de la familia, el poder hablar de su historia, de sus emociones con respecto a lo sucedido, el validar las reacciones diferentes de cada uno, ayudó en el procesamiento del duelo por sus miembros. Un duelo que había permanecido en la historia de la familia sin elaborar, congelado en el tiempo durante muchos años. La madre pudo escuchar también el dolor de sus hijos, las experiencias de ellos, su sufrimiento con respecto a la pérdida de la hermana y también su sufrimiento por ella. En algunas sesiones conseguimos restaurarla en el lugar de la madre, trabajando conjuntamente su duelo a nivel individual. Cuando ella fue recuperando su rol, el papel de madre, los hijos pudieron darse el permiso para ocuparse un poco más de su vida, en particular la segunda hija de la familia.

También con relación a la elaboración del duelo, fue importante hablar de los rituales familiares que la familia podía realizar. La madre y el padrastro de la niña muerta comentaron la posibilidad de viajar a otra región de España donde ocurrió el atentado para visitar la tumba de su hija y ponerle flores, puesto que la familia vive en Murcia y llevaban años sin ir. Este ritual de duelo que reforzamos en terapia, contribuyó a aliviar el malestar de la madre y de todos.

Por consiguiente, un objetivo importante de la terapia familiar es facilitar una comunicación abierta dentro de la familia, ya que los secretos familiares, la evitación de la comunicación acerca del suceso traumático, pueden ser muy negativos para la recuperación familiar. También es importante reorganizar los roles, para que cada cuál ocupe su lugar, pues a consecuencia del terrorismo los roles pudieron verse alterados y mantenerse de esta manera, a pesar de que haya pasado mucho tiempo de sucedido los atentados.

Esta familia podía considerarse como una familia multiproblemática pues, además del duelo que resolver, tuvo que enfrentarse a dificultades de varios tipos. Presentaban problemas económicos pues perdieron la primera casa en que vivían debido a la incapacidad de la madre para trabajar después del atentado y les fue imposible terminar de pagar esta hipoteca cuando les quedaba muy poco dinero que devolver al banco. Posteriormente, habían perdido la casa familiar en el terremoto sucedido en la ciudad de Lorca donde vivían, y tenían que pagar un alquiler. Este tema fue importante, de cara a trabajar las múltiples pérdidas a las que habían tenido que enfrentarse.

En familias multiproblemáticas, es necesario priorizar los objetivos de las intervenciones que hacemos y mantenernos en contacto con otros servicios comunitarios a los que derivar y con los que coordinar el trabajo. Por ejemplo, en este caso fue importante derivar a los Servicios Sociales y a los CAD (centros de atención de drogodependencias) a uno de los hijos varones de la familia. También coordinar el trabajo con ellos.

Además de trabajar el duelo y las pérdidas a las que la familia había tenido que enfrentarse, un objetivo importante fue la mejora de las relaciones de los miembros y contribuir en la resolución de conflictos. Para explorar las relaciones utilizamos preguntas circulares, que han sido trabajadas desde el enfoque sistémico. Apreciamos que existía una relación muy conflictiva entre la madre y uno de sus hijos, el tercer hijo y el primer varón de los chicos, de 23 años en el momento de la intervención. Este había tenido problemas de conducta y de dependencia de drogas (cocaína) durante algunos años, problemas que se han observado en la literatura que pueden asociarse al

impacto del terrorismo, tal cual describimos con anterioridad. Este joven también había sido herido en el atentado en que murió su hermana y había quedado sepultado, junto a sus hermanos, bajo los escombros de la Casa Cuartel de la Guardia Civil cuando era niño. La familia lo describía como nervioso y que, a raíz del atentado, este nerviosismo se le había agudizado. Su madre decía que había notado un cambio muy grande, pues dejó de ser cariñoso y tenía problemas de conducta desde pequeño. La familia relató que el joven, después del atentado, estuvo más de un año dándose golpes por la noche, con la cabeza, contra la pared mientras dormía. La madre, que a partir de la muerte de la hija presentaba un miedo continuo a que a sus hijos les pasase algo malo, desarrolló conductas muy sobreprotectoras hacia todos los hijos, pero en especial hacia este al que veía más débil. Como la hija de 11 años había muerto y el reconocimiento del cadáver solo fue posible debido a la ropa que llevaba, pues el rostro se desfiguró, la madre desarrolló conductas de persecución a hacia los hijos para que no salieran hasta muy tarde de casa, insistiendo, en particular, en que no pidiesen ropa prestada a los amigos, no se cambiasen la ropa entre ellos etc.

Las prácticas de crianza de la madre con sus hijos, en muchas ocasiones, habían sido hostiles, críticas y rígidas, en especial con este hijo que presentaba problemas de comportamiento durante la adolescencia y la juventud. Recordemos que uno de los problemas que genera el TEPT, la depresión y el duelo traumático son las dificultades para la regulación de las emociones. Madre e hijo establecían entre ambos patrones relacionales circulares disfuncionales: la madre le perseguía de modo obsesivo en todo lo que hacía y le reprochaba sus malos comportamientos frente a la familia, con mucha ira, y el joven se ensalzaba en peleas continuas con ella, y mantenía los problemas de conductas en el entorno social, por lo que cada uno reforzaba el comportamiento del otro. También cada uno reforzaba la sintomatología del otro. Recordemos que la madre padecía TEPT, depresión y duelo traumático. Al joven lo diagnosticamos también con TETP, trastorno de ansiedad generalizada y con trastorno de dependencia de sustancias (cocaína). Ella tampoco conseguía ponerle límites a ciertos comportamientos que él hacía, manteniendo actitudes ambivalentes, en ocasiones le consentía y en otras era extremadamente dura e incomprensiva. Mientras tanto, el padre se mantenía alejado y periférico y no ejercía sus funciones con el hijo, dejando en la madre el principio de autoridad. Los padres no tenían acuerdos acerca de cómo comportarse con él y con los problemas que presentaba en el orden social, pues había llegado a cometer delitos y realizar hurtos de dinero en la familia.

Con respecto al resto de la familia (los otros dos hermanos) se unían a las críticas hacia el hermano, identificado como el paciente, como una especie de chivo expiatorio que unía a la familia en contra de un solo miembro y desviaba la atención de la cantidad de problemas no resueltos en la historia familiar. En esta ocasión, los padres acudieron a consulta solicitando ayuda para tratamiento para el joven, aprovechando el momento en que su pareja y madre de su hija le había abandonado y parecía que el joven estaba dispuesto a buscar ayuda psicológica frente al malestar que tenía. En este caso fue importante derivar a los CAD (centros de atención de drogodependencias) que realizaron el tratamiento psicofarmacológico, mientras desde la asociación se realizó el tratamiento individual y familiar.

En este caso, gracias a la terapia de familia pudimos ver interactuar a la familia y darnos cuenta de las pautas relacionales disfuncionales que presentaban. Como sucede muchas veces, hubo que ampliar el foco del paciente identificado (el joven) a toda la familia y sus interacciones. Fuimos hablando de lo difícil que había sido la historia de la familia después del atentado y validamos el papel que cada hijo había jugado en la historia de la familia. Utilizamos elementos de la psicoeducación y de neuroeducación. De cómo cada uno de los hijos había aprendido a protegerse del impacto de lo que había pasado después del atentado y de la pérdida de la hermana, de los mecanismos de defensa y roles que habían adoptado. Así, la segunda hija adoptó el rol de “buena” y de apoyo de la madre; el primero de los hijos varones (paciente identificado) se había acentuado en su papel de inquieto y de nervioso (hiperactivación), presentando muchos problemas para regular las emociones y siendo catalogado como la “oveja negra de la familia”. El tercero ocupaba el papel de tranquilo y pasivo (hipoactivación). “Demasiado tranquilo”, decían los padres, pues había abandonado los estudios y no tenía trabajo ni motivación para moverse. Esto también era un problema para la familia debido a los problemas económicos que presentaban, pues necesitaban la contribución económica de este hijo. Tanto la madre como el padre habían aportado la información de que ambos niños habían cambiado después del atentado.

Se les explicó, de modo muy sencillo, la teoría Polivagal de Porges (2011) para que comprendieran sus diferentes reacciones a los atentados y el concepto de la ventana de tolerancia de Siegel, que comenta como frente a una situación traumática nos podemos hiperactivar (si nos situamos por encima de la ventana, en cuyo caso funciona el simpático) o hipoactivar (si nuestro funcionamiento se ubica por debajo de la ventana, en cuyo caso funciona el parasimpático). Ofrecimos psicoeducación y neuroeducación a la familia, de

forma muy básica, pues el nivel cultural era más bien bajo. En esta psicoeducación fue importante hablar de cómo el atentado terrorista y sus consecuencias sobre la familia habían podido alterar el funcionamiento del sistema nervioso de sus hijos debido a su corta edad. Les explicamos que su cerebro había hecho lo mejor que había sabido para protegerles frente al trauma y había creado ese modo de funcionar donde uno era demasiado activo y el otro demasiado tranquilo. Esto fue importante porque ambos hermanos presentaban conflictos entre ellos debido a las formas diferentes de funcionar, y existía una crítica de los padres y la hermana hacia los mismos. Por otra parte, fue muy importante implicar al padre en la dinámica de la familia y que llegase a acuerdos con la madre sobre cómo comportarse con el hijo que presentaba problemas de adicción y con el resto de sus hijos.

Finalmente, en la sesión de cierre de trabajo con la familia se elaboró una narrativa con respecto al trauma generado por el atentado terrorista. Todos habían escrito su propia narrativa (a excepción de la madre que no sabía leer ni escribir pero hizo un dibujo) y se elaboró entre todos una historia común de lo que había pasado en la familia a raíz del atentado. Se reconoció que existía la posibilidad de que alguien pudiera sentir la necesidad de ayuda psicológica en algún momento del futuro y por lo tanto se les explicó diferentes formas de pedir ayuda y diferentes servicios a los que podían recurrir, incluyendo la asociación y los programas que prestábamos en ese momento. Con un poco más de conversación sobre lo que podía suceder en el futuro y lo que es un curso típico de recuperación para las familias, se terminó la sesión con agradecimientos a la familia por lo que habíamos aprendido y crecido junto a ella y se hizo la despedida.

Quiero comentar que en este caso el trabajo de terapia de familia contribuyó a mejorar las relaciones entre los diferentes miembros de la familia en aquel momento. Que en la madre hubo una disminución de la sintomatología asociada al duelo traumático, y que se produjo una mayor comprensión de cómo funcionaba cada uno de los miembros de la familia y una mayor aceptación de las diferentes modos de reaccionar y protegerse. Considero que el trabajo con el duelo de la niña muerta en atentado terrorista se facilitó bastante con este tipo de intervención, al tener un espacio donde todos pudieron expresar emociones y pensamientos asociados al duelo, trabajando con el sistema de creencias familiar. Por otra parte, apreciamos un mayor acercamiento en la pareja y una mayor colaboración como padres en la educación de los hijos. La hija mayor pudo darse el permiso para ocuparse de su

propio dolor y no actuar tanto como la protectora de la familia, sino asumir el papel de hija mayor. De hecho, pudo independizarse del hogar familiar.

Con respecto al hijo que presentaba TEPT y trastorno por dependencia de sustancias, aunque hubo ciertas mejoras, abandonó la terapia de familia pues presentaba mucha vulnerabilidad al estrés y le resultaba difícil el trabajo dentro de un formato de familia donde esta le culpaba, en parte, de los conflictos familiares. Además, había acudido a terapia pensando que podría arreglar la situación con su pareja y madre de su hija, pero como esta se negó a restaurar la relación pienso que fue el motivo principal que le llevó a abandonar la terapia. Con esta familia aprendimos que tal vez hubiésemos necesitado más tiempo trabajando primero con la familia para despojarle de su papel de chivo expiatorio antes de introducir a este hijo directamente en las sesiones. Pero por otra parte, pensamos que si no hubiese participado, nos hubiese costado más entender la dinámica familiar y que se trataba también de visibilizar los juegos relacionales en su presencia para cambiarlos. Con la perspectiva del tiempo, se podría haberlo preparado también para la idea de que era posible que la pareja no se recuperase y motivarle para el tratamiento, aunque yo creo que él no podía aceptar esa idea en aquel momento. Posiblemente debido a la muerte de la hermana en atentado, y una tolerancia a la frustración muy baja tenía una gran sensibilidad a las pérdidas que le dificultaba elaborar otro duelo en su vida. No había elaborado el duelo de la hermana. Al fin y al cabo, la terapia suponía explorar emociones vinculadas a los traumas que había estado evitando durante gran parte de su vida.

Este caso nos pone en evidencia la elevada complejidad de las intervenciones familiares con este tipo de familia, que llevan funcionamientos desadaptados durante muchos años y que pueden ser familias multiproblemáticas, debido a los múltiples efectos que se derivan del terrorismo, como los efectos económicos (pérdida de la casa en este caso, de modo indirecto), que conllevó a un traslado de Región, con el consiguiente cambio para los menores del entorno donde vivían. Por otra parte, señalamos los trastornos de salud mental de casi todos los miembros de la familia, los problemas de la salud física de la madre (probablemente asociados al estrés vivido y los trastornos mentales existentes) así como otros efectos psicosociales como los problemas de rendimiento académico que condujeron al abandono y fracaso escolar en los dos hijos varones de esta familia. Esta situación llegó a agravar los problemas económicos de la familia. Además, el hijo que presentaba problemas de dependencia de sustancias, llegó a cometer actos delictivos, hechos que también influyeron en la dinámica familiar. Todos estos factores se convirtieron en focos de estrés en

el sistema familiar y generaron patrones disfuncionales y relaciones conflictivas, sobrepasando, en muchas ocasiones, los recursos de afrontamiento de la familia.

Por eso consideramos imprescindible el seguimiento de estas familias a medio y largo plazo en diferentes momentos de su ciclo vital y de su historia en general, a pesar de que los resultados de la terapia familiar e individual puedan indicar efectos positivos en el momento en que se concluye la intervención. Es necesario investigar el mantenimiento de los efectos de la terapia a más largo plazo y qué factores se pudiesen asociar a este mantenimiento.

3.6 El apoyo empírico del tratamiento para familias afectadas por traumas

Los estudios metaanalíticos han encontrado que los tratamientos familiares son más efectivos que ningún tratamiento y al menos tan exitosos como los tratamientos individuales para una variedad de trastornos psicológicos (Diamond y Josephson 2005).

En la revisión de Saltzman et al. (2008) sobre el tratamiento de familias para el estrés postraumático se comenta como, desde mediados de la década de 1990, se han realizado varias investigaciones con base empírica que muestran la eficacia de los componentes familiares utilizados junto con enfoques cognitivo-conductuales para tratar el estrés postraumático en niños y adolescentes (Stallard, 2006). Por ejemplo, Kolko (1996) comparó los tratamientos cognitivo-conductuales (TCC), los tratamientos basados en la familia y los servicios comunitarios que trabajan con niños de entre 6 y 13 años que habían sido maltratados físicamente. La TCC individual consistió en sesiones separadas para padres e hijos, mientras que las sesiones de terapia familiar incluyeron a toda la familia. Los servicios basados en la comunidad incluyeron habilidades para la crianza de los hijos y la construcción del hogar en la familia. El estudio postula que la TCC y los tratamientos familiares superan sistemáticamente a los servicios comunitarios. El grupo de tratamiento basado en la familia mostró que los beneficios del tratamiento se mantuvieron en mayores tasas que otras intervenciones después de una encuesta de seguimiento de un año y se asociaron con una mayor reducción de la violencia entre padres e hijos. Del mismo modo, otras investigaciones han demostrado que la TF-CBT es superior a la terapia de apoyo para niños pequeños que han sufrido abuso sexual (Cohen y Mannarino 1996; Cohen y Mannarino 1998, citados en Lewey et al., 2018).

Más recientemente, Danzi y La Greca (2020) revisaron los posibles moderadores evaluados en los metaanálisis recientes (es decir, los últimos 5 años) y las revisiones sistemáticas de tratamientos psicológicos para el TEPT en la juventud. Partiendo de la base de que los tratamientos de TEPT en los jóvenes generalmente involucran a los padres/cuidadores hasta cierto punto, y para modelos como TF-CBT, la participación de los padres es esencial para la construcción de la resiliencia familiar, encontraron, en una de las tres revisiones estudiadas, tamaños de efecto más grandes para los tratamientos que les involucraban en comparación con tratamientos que implicaban solo a los jóvenes (Gutermann et al., 2016). No obstante, los autores señalan la necesidad de investigación adicional en esta dirección. Asimismo, el funcionamiento de los padres (depresión materna y creencias irracionales) se investigó en una revisión y se vinculó a una mejoría menor en los síntomas de TEPT (Dorsey et al., 2017). Los autores plantean que es posible que la depresión maternal o la capacidad de la madres para brindar apoyo a sus hijos interfiera con la participación en el tratamiento del niño, limitando componentes importantes como la generalización de las habilidades a contextos externos a la consulta (Nixon et al., 2012). Por lo tanto, parece existir cierto apoyo empírico sobre como los síntomas depresivos maternos actúan como moderadores del tratamiento.

En la actualidad, de entre todos los tratamientos infantiles familiares para pacientes traumatizados, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma dirigida a los niños y sus familias (TF-CBT) es la que tiene mayor aval empírico contando con el apoyo de 21 ensayos controlados aleatorizados que documenten su eficacia en el tratamiento del TEPT y síntomas relacionados para una amplia variedad de situaciones traumáticas como: el abuso sexual infantil, la violencia doméstica, el trauma múltiple complejo, la explotación sexual comercial y niños que viven en hogares de acogida (Cohen, Mannarino, Iyengar, 2011; Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer, 2004; O'Callaghan, McMullen, Shannon, Rafferty y Black, 2013; Weiner, Schneider y Lyons, 2009). A su vez, la TF-CBT se considera eficaz en todos los grupos raciales y minorías étnicas (Weiner et al. 2009). La investigación ha demostrado que la TF-CBT es eficaz para jóvenes traumatizados internacionalmente, existiendo modificaciones culturales disponibles para familias hispanas y nativas americanas (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2012). (Todas la referencias de este párrafo citadas en Cohen y Mannarino, 2019).

Los resultados de la TF-CBT han sido comparados con los de otros tratamientos en entornos clínicos o con grupos de control en lista de espera (en campamentos de refugiados, o situaciones de guerra). Su eficacia ha sido evaluada, también, para niños y adolescentes que habían sufrido guerra, duelo traumático, terrorismo,

desastres, en diferentes países y culturas (véase Cohen y Mannarino, 2015). En todos estos estudios, según estos autores, este enfoque de tratamiento familiar ha obtenido buenos resultados en el tratamiento de los síntomas de TEPT de los niños, así como los síntomas de depresión, ansiedad y problemas de comportamiento, y en la modificación de las distorsiones cognitivas, además de mejorar los problemas de relación en las familias.

La literatura científica documenta que la inclusión de los padres contribuye de manera favorable a los resultados en población infantil. En el trabajo de Cohen y Mannarino (2015) se citan estas investigaciones. Por ejemplo, en un estudio de niños en edad preescolar que habían sufrido abuso sexual se encontró que un mayor apoyo de los padres contribuía a la mejora significativa en los síntomas de TEPT de los niños después del tratamiento y en los problemas de comportamiento de los niños en el seguimiento a los 6 meses (Cohen y Mannarino, 1996; 1998). Un estudio posterior de estos autores, cuya muestra estuvo formada por niños de 8 a 14 años que experimentaron abuso sexual, demostró que este tratamiento condujo a una mejora significativamente mayor en el apoyo de los padres, lo cual se asoció a una mejora significativa de los síntomas depresivos y de ansiedad de los niños (Cohen y Mannarino, 2000). En la misma línea, en Noruega se comparó la Terapia Cognitivo-conductual centrada en el trauma dirigida a los niños y sus familias con la atención habitual. Los hallazgos de estas investigaciones mostraron que no sólo los niños con los que se trabajó desde este planteamiento experimentaron una mejoría significativamente mayor en TEPT, síntomas de salud mental general y deterioro funcional (Jensen et al., 2014), sino que, además, 22 padres en esta condición experimentaron una mejora significativamente mayor en sus síntomas depresivos. Este último resultado se comprobó que mediaba la mejora de los síntomas depresivos de los niños en el grupo que recibieron solamente Terapia Cognitivo-conductual centrada en el trauma dirigida a los niños y sus familias (Holt, Jensen y Wentzel-Larsen, 2014).

Otra investigación encontró que este enfoque de terapia demostró una mejora significativa en los síntomas de TEPT, depresión, problemas de conducta y sentimientos de vergüenza asociados con el abuso en comparación con la terapia centrada en el niño (Cohen et al., 2004). En la misma línea apuntan los resultados de Deblinger et al. (2011), en un estudio en el que participaron 210 niños abusados sexualmente, de 4 a 11 años de edad y sus padres, la implementación de TF-CBT mejoró eficazmente los síntomas del TEPT de los participantes y las habilidades de los padres. Mannarino et al. (2012) realizaron un seguimiento al citado estudio realizado por Deblinger et al. (2011), que incluyó 158 niños del primero, y concluyó que el progreso informado previamente se mantuvo a los 6 y 12 meses

después del tratamiento, por lo que se comprobó la sostenibilidad y durabilidad de TF-CBT con los niños sobrevivientes de abuso sexual.

En investigaciones más recientes se ha comprobado, igualmente, la eficacia o efectividad de la TF-CBT para el tratamiento del TEPT, donde participan los padres, y se ha comparado con otros enfoques de terapia. Por ejemplo, en el metaanálisis de Mavranezouli et al. (2019) se demostró que este enfoque de terapia se encuentra dentro de las más eficaces para reducir los síntomas del TEPT y lograr la remisión de estos síntomas en los niños y jóvenes al final del tratamiento. No obstante, hay que decir que en este estudio se encontró que el formato individual de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma resultó más eficaz en comparación con el EMDR y la TF-CBT grupal que, pese a ser eficaces para reducir los síntomas del TEPT en niños y jóvenes, mostraron un menor tamaño del efecto. La terapia de los padres en solitario, y la terapia familiar mostraron efectos más pequeños en la reducción de los síntomas del TEPT.

Además, se obtuvieron resultados similares en otro metaanálisis (Lewey et al., 2018) donde se comparó la efectividad del EMDR y la TF-CBT para niños, en una muestra formada por sujetos que han experimentado todo tipo de trauma. Las intervenciones de los estudios considerados en este metaanálisis eran individuales, con los padres, o en grupo. Los resultados de la investigación arrojaron el hecho de que ambas terapias han mostrado ser efectivas para el tratamiento del TEPT en jóvenes. Al analizar más a fondo la variabilidad entre los estudios, los hallazgos indicaron que la TF-CBT es más efectiva para reducir el TEPT después del tratamiento que el EMDR. Los resultados mostraron que el tipo de trauma no se relacionaba con la efectividad del tratamiento.

Como vemos, lo cierto es que se ha comprobado la eficacia de la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT), donde participan los padres y los niños. En esta dirección, se recomienda como uno de los tratamientos de primera línea para niños y adolescentes con TEPT en algunas guías de buenas prácticas clínicas (véase Tabla 11), por ejemplo, en la guía ISTSS (2018) y en la guía Phoenix (2020).

En la revisión de De Arellano et al. (2014) se señala que la TF-CBT ha demostrado resultados positivos en la reducción de los síntomas, aunque es menos claro si resulta eficaz para reducir los problemas de conducta o los síntomas de depresión. Las limitaciones de los estudios incluyen posibles sesgos de los investigadores y la exclusión de poblaciones vulnerables. En dicha revisión se concluye que TF-CBT es un tratamiento viable para reducir los síntomas relacionados con el trauma entre algunos niños que han sufrido un trauma y sus cuidadores no agresores. Los

autores enfatizan la necesidad de una mayor investigación para poder identificar las mejores prácticas para TF-CBT en función del entorno.

En la línea de determinar si este tipo de terapia resultaba eficaz para el tratamiento de la depresión en jóvenes traumatizados, y comprobar si los resultados de tratamiento se mantenían en el tiempo, Jensen, Holt y Ormhaug (2017) realizaron una investigación. Los autores enfatizaron en la necesidad de la misma en la medida en que los estudios de seguimiento de este tipo de terapia son escasos y los efectos del tratamiento para la depresión recurrente muestran resultados mixtos. Los objetivos del trabajo fueron examinar si los efectos del tratamiento con TF-CBT se mantienen a los 18 meses de seguimiento y si el grado de depresión concurrente influye en los efectos del tratamiento. También investigaron si la trayectoria de los síntomas fue diferente para TF-CBT en comparación con la terapia habitual. Los resultados de esta investigación demostraron que los jóvenes que recibieron TF-CBT mantuvieron la mejora de los síntomas a los 18 meses de seguimiento, con puntuaciones por debajo del punto de corte en todas las medidas de los síntomas. En particular, los jóvenes con un nivel mayor de síntomas depresivos, también tuvieron una disminución significativa de los síntomas que se mantuvieron durante el seguimiento. Las trayectorias de los síntomas difirieron ya que el grupo TF-CBT informó una reducción de síntomas más rápida en comparación con la condición de terapia habitual. La conclusión principal de esta investigación es que los jóvenes que recibieron TF-CBT experimentaron una mejora más eficiente en los síntomas asociados al trauma que los jóvenes que recibieron terapia habitual y estas mejoras se mantuvieron después de 18 meses. Con relación a la depresión, también los jóvenes que experimentan depresión recurrente grave se beneficiaron de TF-CBT por lo que este enfoque de terapia se muestra eficaz para el tratamiento de la depresión.

La eficacia de TCC centrada en el trauma (TF-CBT) para el duelo traumático también ha sido estudiada. Por ejemplo, en Brown, et al. (2019) se citan las investigaciones realizadas al respecto. En esta dirección, Cohen y sus colaboradores (Cohen et al. 2004, 2006; O'Donnell et al. 2014) evaluaron a niños y adolescentes, de entre 6 y 17 años, que experimentan síntomas de trastorno de estrés postraumático o duelo traumático después de la muerte de un ser querido o tras de un evento traumático, y a sus cuidadores. En los tres estudios, los investigadores encontraron disminuciones estadística y clínicamente significativas antes y después del tratamiento en TEPT y duelo traumático. O'Donnell et al. (2014) siguieron a los participantes durante un año después del tratamiento, en el cual las ganancias se mantuvieron. Cohen et al. (2004, 2006) examinaron el

impacto de cada módulo (centrado en el trauma y centrado en el duelo) y encontraron disminuciones clínicamente significativas en los síntomas de TEPT de los niños durante el módulo centrado en el trauma, pero no el módulo centrado en el duelo. Por el contrario, los síntomas de duelo de los niños mejoraron significativamente en ambos módulos. Además, Cohen et al. encontraron disminuciones significativas en los síntomas de TEPT de los cuidadores después del tratamiento.

Específicamente para comprobar la eficacia de este enfoque de terapia en víctimas del terrorismo, hacemos referencia nuevamente a un estudio muy reciente (Brown, et al., 2019) que evaluó la TF-CBT con díadas de cuidadores de niños que experimentaron la muerte de un ser querido por terrorismo, utilizando un diseño híbrido de eficacia/efectividad en el que no se requirió un nivel mínimo de sintomatología. Cuarenta niños de 4 a 17 años, cuyos padres murieron en los ataques terroristas del 11 de septiembre, y sus madres participaron en un ensayo controlado aleatorio que comparó TF-CBT y la terapia centrada en el cliente (CCT, Cohen y Mannarino, 2000). Al inicio del estudio, los síntomas de TEPT, depresión y duelo prolongado de las madres eran muy elevados, mientras que los niños mostraron síntomas más moderados. Dada la escasez de estudios sobre las respuestas de salud mental en el duelo del terrorismo, el primer objetivo fue examinar los niveles de síntomas en los niños en duelo y sus cuidadores. Luego, se asignaron al azar a las díadas de cuidadores de niños a TF-CBT, o a terapia centrada en el cliente (CCT). Se evaluaron los resultados para los niños y sus cuidadores a la mitad del tratamiento, después del tratamiento y a los 6 y 12 meses de seguimiento, bajo la hipótesis de que la TCC mostraría una mejoría mayor que CCT en la disminución de los síntomas de TEPT, ansiedad, depresión, duelo traumático y deterioro funcional. Los resultados del estudio mostraron una reducción de síntomas significativamente mayor en las madres que recibieron TCC que en las que recibieron CCT. Para los niños, ambos tratamientos produjeron mejoras significativas en los síntomas.

También en el contexto de terrorismo, Boss et al. (2003) señalan la eficacia de las intervenciones familiares comunitarias realizadas después del ataque terrorista ocurrido el 11 de Septiembre de 2001 en Nueva York, que hemos descrito con anterioridad. Los cambios en las familias participantes fueron también significativos. Cuando las familias empezaron a quedar en grupos las discusiones se volvían más vivas. El formato basado en la comunidad para el tratamiento de personas traumatizadas y familias con personas desaparecidas demostró ser un estimulante para la expresión, el apoyo mutuo y la confianza en el proceso demostrándose su eficacia para prevenir el aislamiento, reconstruir la comunidad

afectada, mitigar la impotencia, superar la pérdida ambigua a la que muchas de estas familias tenían que hacer frente, proporcionar empoderamiento, prevenir conflictos relacionales entre los miembros de la familia y con la comunidad, y prevenir los secretos familiares que pudiesen dificultar la asimilación de la experiencia traumática.

Por otra parte, la eficacia de algunos programas ha sido comprobada; por ejemplo, el programa FOCUS ha demostrado tener un efecto positivo en padres e hijos al promover buenas prácticas parentales y el entendimiento familiar. Muy importante es que se ha conseguido buenos resultados en la salud de los niños y sus habilidades de afrontamiento (sobre todo para los que reaccionan con estrés traumático). También ha sido positivo que los participantes que acuden al programa tengan un mejor entendimiento del despliegue, afronten mejor el estrés, y mejoren sus habilidades familiares como: la regulación emocional, manejo de pensamientos intrusivos y sus desencadenantes, estrategias de comunicación, establecimiento de metas familiares, apoyo dentro de la familia, satisfacción con el programa y probabilidad de recomendar el programa a otros (véase Lester, et al., 2012).

El programa FOCUS también incorpora elementos de una intervención para familias con depresión parental que ha demostrado ser eficaz tanto a corto como a largo plazo para cambiar actitudes, comportamientos e interacciones, y para reducir el riesgo a largo plazo de problemas de salud mental entre niños (Beardslee et al. 2003). El modelo FOCUS también se ha aplicado para madres afectadas por el VIH y sus hijos, demostrando mejoras en el ajuste emocional y conductual y mejoras sostenidas a largo plazo en dominios funcionales claves (Lester et al. 2003; Rotheram-Borus et al. 2004). Saltzman et al. (2017) plantean que este programa podría ser eficaz en el colectivo de las víctimas del terrorismo, aunque no se ha realizado ninguna investigación al respecto.

Con relación a las poblaciones que padecen la guerra en sus territorios, se han realizado intervenciones a nivel familiar en contadas ocasiones. Una investigación interesante fue el apoyo psicosocial de día: un ensayo de cinco meses en Bosnia, realizado por el Programa internacional de desarrollo para niños (véase Betancourt et al., 2013) que comparó los efectos de un tratamiento psicosocial grupal para díadas madre-hijo con un grupo control que recibió únicamente atención médica gratuita. La intervención incluyó componentes de tratamiento derivados de técnicas utilizadas anteriormente en la población bosnia, así como tratamientos utilizados en una serie de otros entornos. Los resultados previos y posteriores a la intervención sugirieron un efecto positivo pero modesto sobre la salud mental materna, el aumento de peso y el funcionamiento psicosocial de los niños y la

salud mental. Las limitaciones del estudio incluyeron la falta de participación de los padres, un tamaño de muestra de intervención pequeño ($n = 87$ díadas) y condiciones ambientales difíciles que plantearon desafíos para la ejecución de la intervención.

También en el contexto de países en guerra se ha realizado intervención de grupo de familias múltiples que incluye visitas domiciliarias individuales incluidas. El programa se puso a prueba con 30 familias que vivían con problemas de enfermedad mentales graves en el Kosovo de posguerra (Weine, Ukshini y Griffith, 2005, citados en Betancourt et al., 2013). Las familias participaron en siete sesiones de psicoeducación sobre enfermedades mentales crónicas, dirigido por un psiquiatra y una enfermera local, y supervisados por equipos de servicios locales y consultores de estudios estadounidenses. La terapia tenía como objetivo aumentar el cumplimiento de la medicación psiquiátrica entre las personas afectadas por la guerra que se encontraban en tratamiento y mejorar el uso de los servicios de salud mental entre las familias. Las discusiones en sesiones grupales abordaban los siguientes temas: psicoeducación, uso de medicamentos y efectos secundarios, causas psicosociales y efectos de la recaída, resolución de problemas en respuesta a los síntomas, como responder a las crisis, el acceso a servicios profesionales de salud mental y el fomento de la resiliencia.

En Kosovo, Griffith et al. (2005) explican las intervenciones realizadas que capacitaron a los profesionales locales de salud mental en enfoques clínicos centrados en las necesidades de las familias y el desarrollo de la resiliencia familiar al estrés y trauma. Se demostró el éxito de un enfoque basado en la resiliencia que ha funcionado para reforzar las fortalezas y competencias de una cultura pobre en recursos materiales y ayudar a las familias a prevenir enfermedades entre sus miembros. El éxito de este proyecto se puede aplicar en otros países donde se han empleado tácticas terroristas durante los conflictos.

Aunque los resultados de estos estudios para las poblaciones afectadas por conflictos y guerras indican efectos positivos, ninguna de estas investigaciones sobre intervenciones basadas en la familia ha realizado un seguimiento a largo plazo, para investigar el mantenimiento de los efectos por lo que esta evaluación podría incluirse en futuras líneas de investigación.

4. Conclusiones

Existe un amplio reconocimiento de que las intervenciones de salud mental deben ser comunitarias por las secuelas que provoca la violencia masiva sobre las personas, sus familias y sus comunidades. Sin embargo, los modelos de intervención comunitaria después de un desastre de este tipo han dado prioridad al diagnóstico y tratamiento de sobrevivientes de trauma a nivel individual, prestándose menor atención al bienestar de las familias o a los roles específicos que los procesos familiares pueden desempeñar en amortiguar o reparar los efectos destructivos de dicha violencia. Las familias sirven como las unidades sociales fundamentales en muchas culturas, siendo necesario reconocer e identificar el papel que los procesos familiares pueden jugar en la recuperación de las víctimas en los programas que abordan las consecuencias para la salud mental de la violencia y el terror, así como prestar atención a los problemas de relación que estas puedan tener.

En esta línea, se hace necesario seguir avanzando en el conocimiento existente sobre la eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para víctimas del terrorismo y seguir mejorando la asistencia a las víctimas, tal y como se especifica en la Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo. Esto implica dar respuesta no sólo a las consecuencias psicopatológicas individuales de los atentados terroristas, sino también atender a otros posibles problemas como los problemas de relación de pareja y/o familiares, pudiendo estar asociados con la acción terrorista. En última instancia, brindar una asistencia integral a dichas víctimas conforme la perspectiva de los Derechos Humanos en salud mental.

Los problemas de relación a nivel familiar y/o de pareja tienen una prevalencia relativamente alta tanto en estudios epidemiológicos comunitarios como en la investigación con muestras de personas que buscan ayuda en servicios de salud mental. Además, dichos problemas de relación pueden estar relacionados con las repercusiones psicopatológicas individuales presentes en las víctimas de la violencia masiva, cuya asociación ha sido reconocida en la literatura científica estableciéndose círculos dañinos que refuerzan dicha sintomatología. Por consiguiente, tienen relación con los problemas de salud física y mental que presentan las víctimas y sus descendientes, obteniendo la relevancia clínica suficiente para que se diseñen estrategias que mejoren y amplíen su tratamiento.

Asimismo, los enfoques centrados en la familia tienen la ventaja de ser más sostenibles en muchos países que han sufrido el impacto de la violencia masiva donde hay pocos profesionales de la salud mental y poca financiación de programas de este tipo para grandes poblaciones pobres (Baron et al., 2002, citado en Griffith et al., 2005), en lugar de priorizar el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades en las personas caso por caso.

En base a lo anterior, son necesarios enfoques clínicos centrados en las necesidades de las familias y el desarrollo de la resiliencia familiar al estrés y al trauma generado por el terrorismo, la violencia masiva, que refuerce las fortalezas y competencias de la familia y su papel como una fuente importante de apoyo social, siendo particularmente beneficioso en países con pocos recursos. Es imprescindible implementar estos enfoques de tratamiento no solo a corto, sino incluso a medio y muy largo plazo de sucedido los atentados terroristas.

En todos los casos, es necesario divulgar los nuevos enfoques de tratamientos psicológicos, de parejas y familias, que se están desarrollando en la actualidad para víctimas de sucesos traumáticos, que pretenden intervenir sobre los problemas mentales de estas personas y/o mejorar la calidad de sus relaciones, aprovechando la capacidad de apoyo de las familias. Incluso, en los países occidentales, cuyas culturas pueden tener un mayor énfasis social en diferenciación individual en lugar de la cohesión familiar (Griffith y Slovik, 2003), se hace necesario potenciar los recursos familiares. En los tiempos actuales de la pandemia del coronavirus, debido a la cantidad de personas y colectivos afectados a nivel de salud mental, especialmente las víctimas del terrorismo, consideramos imprescindible fortalecer la cohesión y la pertenencia familiar, como recursos claves de resiliencia.

Lo anterior resulta imprescindible cuando tratamos con niños y adolescentes, donde la intervención familiar cobra aún mayor trascendencia en el caso de eventos traumáticos. Actualmente hay un acuerdo en afirmar que el trauma de la infancia es fundamentalmente un evento a nivel familiar, tanto en lo que respecta al impacto como a las perspectivas de recuperación. La terapia familiar tiene un gran potencial para tratar los múltiples impactos de estos acontecimientos en la familia, especialmente cuando la víctima del trauma es un niño. A través de la terapia familiar, a las personas no solo se les ofrece la oportunidad de mejorar sus propias reacciones ante el trauma, sino que también aprenden a apoyar eficazmente a los miembros de su familia que sufren las consecuencias psicopatológicas de estos eventos.

La literatura científica documenta que la inclusión de los padres contribuye de manera favorable a mejorar los resultados en población infanto-juvenil (por ejemplo, Cohen y Mannarino; 2015). Partiendo de la base de que los tratamientos de TEPT en los jóvenes generalmente involucran a los padres/cuidadores hasta cierto punto, se han encontrado tamaños de efecto más grandes para los tratamientos que involucran a los padres y/o cuidadores en comparación con tratamientos que involucran solo a los jóvenes (Gutermann et al., 2016, citado en Danzi y la Greca, 2020). Aunque estos últimos autores postulan la necesidad de profundizar en esta cuestión, ya que revisiones de literatura ofrecen datos contrarios (Mavranzouli et al., 2019). En cualquier caso, la necesidad de mejora de las relaciones familiares en el contexto infanto-juvenil a raíz de un evento traumático justifica ampliamente la necesidad de utilizar enfoques de tratamiento familiar para los niños y adolescentes que han sufrido este impacto de modo directo o indirecto.

En el tratamiento familiar de esta población, la terapia de elección debe ser la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT, siglas en inglés; de Cohen y Mannarino 2008, Cohen, Mannarino y Deblinger; 2012; Cohen et al., 2017). Se trata de un modelo de psicoterapia centrado en el trauma basado en la evidencia que utiliza principios cognitivo-conductuales y técnicas de exposición para prevenir y tratar el estrés postraumático, la depresión y los problemas conductuales, al mismo tiempo que trabaja las habilidades parentales. Este enfoque es el que tiene mayor aval empírico contando con el apoyo de 21 ensayos controlados aleatorios que documenten su eficacia en el tratamiento del TEPT y síntomas relacionados para una amplia variedad de situaciones traumáticas y en diferentes países, minorías étnicas y culturas (Brown et al., 2019; Cohen y Mannarino, 2015; 2019). En varios estudios, este enfoque de tratamiento familiar ha obtenido buenos resultados en el tratamiento de los síntomas de TEPT de los niños, así como los síntomas de depresión, ansiedad, problemas de comportamiento, y en la modificación de las distorsiones cognitivas, además de mejorar los problemas de relación en las familias. En esta dirección, la TF-CBT se recomienda como uno de los tratamientos de primera línea para niños y adolescentes con TEPT en algunas guías de buenas prácticas clínicas. Por ejemplo, en la guía ISTSS (2018) y en la guía Phoenix (2020). Dada la amplitud de la investigación, TF-CBT ha demostrado eficacia, efectividad, sostenibilidad con sobrevivientes de trauma infantil y juvenil. Además, sus resultados se mantienen en el tiempo. Los hallazgos de las investigaciones indicaron que la TF-CBT es más efectiva para reducir el TEPT después del tratamiento que el EMDR (Lewey, et al., 2018; Mavranzouli et al., 2019).

En el contexto del terrorismo un estudio muy reciente (Brown, et al., 2019) comprobó la eficacia de TF-CBT en víctimas del terrorismo y la comparó con la terapia centrada en el cliente (CCT, Cohen y Mannarino, 2000) en díadas formadas por madre y niño afectados por los ataques del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York, que habían perdido un familiar. Los resultados del estudio mostraron una reducción de síntomas significativamente mayor en las madres que recibieron TCC que en las que recibieron CCT. Para los niños, ambos tratamientos produjeron mejoras significativas en los síntomas. También en el contexto de terrorismo, Boss, et al. (2003) señalan la eficacia de las intervenciones familiares comunitarias realizadas después del ataque terrorista ocurrido el 11 de Septiembre. El formato basado en la comunidad para el tratamiento de personas traumatizadas y familias con personas desaparecidas demostró su eficacia para superar la pérdida ambigua a que muchas de estas familias tenían que hacer frente, prevenir el aislamiento, reconstruir la comunidad afectada, proporcionar empoderamiento, prevenir conflictos relacionales entre los miembros de la familia y con la comunidad, y prevenir los secretos familiares que pudiesen dificultar la asimilación de la experiencia traumática.

En los tratamientos familiares para las víctimas que han sufrido el terrorismo muchos años antes de que suceda la intervención, es necesario explorar la historia familiar para poder entender lo que sucede en el momento presente. Es importante considerar los múltiples efectos que se derivan del terrorismo, como los efectos económicos (que pueden estar relacionados con pérdidas para las familias), los trastornos de salud mental, los problemas de la salud física así como otros efectos psicosociales (por ejemplo, problemas de rendimiento académico, mayor riesgo de haber sufrido otras formas de victimización como el acoso escolar y la violencia de género etc.) Todos estos factores pueden ser focos de estrés en el sistema familiar, y generar patrones disfuncionales y relaciones conflictivas, sobrepasando, en muchas ocasiones, los recursos de afrontamiento de la familia. En no pocos casos, a raíz del terrorismo se han generado dinámicas relacionales conflictivas que cuesta esfuerzo y tiempo deshacer y que, bajo la presión de otros eventos traumáticos o sucesos estresantes a los que la familia tiene que hacer frente, pueden reactivarse como está sucediendo con la pandemia actual. Por consiguiente, es necesario valorar la elevada complejidad de las intervenciones familiares con este tipo de familia, que llevan funcionamientos desadaptados durante muchos años y que pueden ser familias multiproblemáticas, siendo necesario priorizar las intervenciones y coordinarse con otros recursos y servicios comunitarios. Además, es imprescindible el seguimiento de las familias en

diferentes momentos de su historia y ciclo de vida, investigando el mantenimiento de los efectos beneficiosos de los tratamientos a medio y largo plazo.

En la misma línea, planteamos la necesidad de adaptar diferentes programas que se han mostrado eficaces en víctimas de sucesos traumáticos a las víctimas del terrorismo, como el programa FOCUS que ha demostrado tener un efecto positivo en padres e hijos, consiguiendo buenos resultados en la salud de los niños y sus habilidades de afrontamiento (sobre todo para los que reaccionan con estrés traumático) y mejorando las prácticas parentales y el entendimiento familiar (Beardslee et al. 2003; Beardslee et al., 2013; Lester, et al., 2012; Saltzman et al., 2008; Saltzman et al., 2017). Por otra parte, la psicoeducación familiar y los métodos de grupos multifamiliares son consideradas en los EE. UU. como prácticas basadas en evidencia con una sólida validación de investigación para su eficacia por lo que podrían adaptarse también a las víctimas del terrorismo.

En la crisis actual generada por el COVID-19, el factor protector por excelencia de los niños y adolescentes es la familia con la presencia figuras parentales responsables y estables que puedan ofrecer el apoyo necesario, establecer reglas, rutinas y hábitos saludables y facilitar la resiliencia. Los cuidadores deben tener como tarea generar esperanza; fomentar relaciones cercanas y protectoras, contribuyendo a la seguridad emocional en los niños. En particular, debemos centrarnos sobre la oportunidad que tienen las familias para proteger a los niños contra los riesgos de interrupción social debido a COVID-19, además de limitar su alcance cuando se produzcan amenazas a la familia. Asimismo es imprescindible el entrenamiento en la gestión de problemas y conflictos, validando los diferentes modos de reacción de la familia como un todo y de cada uno de sus miembros y estimulando los procesos de resiliencia. En esta línea, estrategias diseñadas para recuperar la sensación de control de las familias podrían ser eficaces frente a los embates de la pandemia actual, al igual que la mejora de la comunicación, del clima emocional y la resolución de problemas y/o conflictos dentro de las familias de las víctimas del terrorismo. En última instancia, se trata de facilitar que al manejar los desafíos de esta pandemia, las familias pueden fortalecer sus sentimientos de pertenencia y cohesión, mejorar su comunicación y expresividad emocional y abordar las creencias relacionadas con la seguridad y protección.

En el área de la terapia de pareja, en los últimos años han surgido enfoques de tratamiento que pretenden no solo mejorar las relaciones de pareja, sino el tratamiento de sus consecuencias psicopatológicas. En España, atendiendo al hecho de que la TCC-C para el TEPT es el enfoque de terapia de pareja que cuenta con un mayor aval empírico, se ha adaptado el protocolo de este tratamiento

(Monson y Fredman, 2012) para los problemas de relación de pareja en víctimas de terrorismo (véase Fernández Marrero, 2017).

En base a los resultados obtenidos en estas investigaciones, las líneas futuras de investigación deberán ahondar más en identificar cuáles son los componentes más eficaces de la terapia familiar y de pareja para las víctimas de sucesos traumáticos en varios entornos. Pensamos que son necesarias más investigaciones que particularicen la intervención a diferentes tipos de traumas y en especial, con el colectivo de víctimas del terrorismo y de la violencia masiva en general, teniendo en consideración los diversos orígenes culturales, raciales y étnicos. En este sentido, se hace necesario comprender la diversidad y el contexto cultural, como fundamentales para que las intervenciones sean eficaces.

Dado que en las familias la exposición al terrorismo y la violencia puede ser diferente, puede haber necesidades y mecanismos de defensa diversos que facilitarían la aparición de conflictos en la misma, por lo que es necesario particularizar la intervención a diferentes tipos de víctimas y familias. Asimismo, las intervenciones deberán considerar el tipo de síntomas que presentan los miembros de la familia y las etapas de desarrollo intelectual, social y emocional en que se encuentran.

En resumen, deberá ser objeto de la investigación futura adaptar los diferentes programas y tratamientos familiares y de pareja, que se vienen desarrollando en la actualidad, a diferentes tipos de traumas y comprobar su utilidad práctica. Es necesario seguir trabajando en el desarrollo de protocolos de tratamiento de familias y parejas, sistemáticos y replicables, que puedan evaluarse de una manera más rigurosa y controlada, en particular para las víctimas del terrorismo. Estos deberán ser adaptados a los diferentes contextos culturales y sociales. En tiempos de pandemia, son necesarios políticas y programas que apoyen la resiliencia familiar y de cada uno de los miembros del sistema. Debido a que muchas familias en el mundo se enfrentan al desafío de la violencia masiva y la pandemia actual, pudiendo quedar profundamente afectadas, trabajar en estos objetivos deberá ser una prioridad máxima en los próximos años.

Capítulo VIII

Aspectos sociales de la Intervención en Víctimas del terrorismo

1. Introducción

Las personas conviven dentro de un contexto familiar, que a su vez existe dentro de una comunidad social. De este modo, los pensamientos, percepciones, comportamientos y emociones evolucionan y se desarrollan a partir de la cultura en la que la familia y la comunidad existen y a través de las interacciones entre los individuos, sus familias, parejas y comunidad.

La violencia masiva a gran escala afecta a todas las capas de una sociedad, desde el bienestar individual y el funcionamiento familiar hasta las infraestructuras comunitarias y las normas culturales. En los países en desarrollo donde las infraestructuras no son sólidas, el problema de la violencia masiva provoca un impacto muy severo.

Para entender el impacto de la violencia en las víctimas, en la literatura científica se han elaborado varias teorías. Entre ellas, por ejemplo, la Teoría bioecológica hace explícita la existencia de múltiples capas del entorno que rodea a individuos y familias, proporcionando un marco para explicar la variación en las respuestas a episodios aparentemente similares de violencia masiva.

Otro marco teórico que apunta a explicar cómo impacta la violencia es la Teoría COR, que plantea que la tensión es el resultado de la pérdida real o la amenaza de pérdida de recursos u objetos, características personales, condiciones o energías. Según estos planteamientos, la pérdida de recursos a nivel grupal o comunitario impide afrontar la situación a nivel individual o familiar. Por otra parte, la Teoría del estrés familiar declara que los eventos estresantes que ocurren en la comunidad imponen demandas excesivas que pueden provocar crisis que alteren el funcionamiento de la familia, a veces de manera grave. Acerca de estos enfoques teóricos hemos ahondado en el capítulo III de este libro.

En esta línea, los factores contextuales parecen ser extremadamente importantes para moldear las consecuencias de la violencia masiva: la evidencia acumulada es muy consistente con la noción de que los efectos negativos de la violencia se extienden mucho más allá de las familias que se ven directamente afectadas. Las

pérdidas de recursos son a menudo sustanciales, generalizadas y duraderas, e impactan no solo a individuos aislados, sino también a familias, comunidades enteras e incluso naciones, lo que puede generar un trauma colectivo.

Tomando en consideración lo anterior, es necesario tener en cuenta que la violencia política moderna penetra en la totalidad del bienestar económico, social y mental de las sociedades. Dentro de estas formas de violencia está el terrorismo. La incertidumbre que genera un atentado terrorista puede ser devastadora y acentúa la sensación de pérdida de control de la persona sobre su vida, pudiendo generar una serie de problemas mentales, físicos y relacionales que en el presente escrito se han desarrollado con amplitud. Por ello es necesario considerar la importancia de los factores contextuales (sociales, culturales, familiares) en la recuperación de las víctimas del terrorismo.

Cuando pensamos en la atención de la salud mental de las víctimas afectadas por la violencia, especialmente las víctimas del terrorismo, se hace imprescindible considerar que, en los últimos años, se ha venido insistiendo por parte de la ONU que la comunidad mundial debe priorizar los sistemas sostenibles que permitan y adopten un enfoque basado en los Derechos Humanos para la promoción de la salud mental. El Relator Especial de la ONU Dainius Pūras, en su informe del año 2019, recalca el Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, poniendo de relieve el papel fundamental de los determinantes sociales y subyacentes de la salud para promover la realización del Derecho a la Salud Mental, enfatizando en la importancia de mejorar el bienestar para todos. En este capítulo ahondamos sobre la necesidad de adoptar la perspectiva de los Derechos humanos en la atención a la salud mental de las víctimas del terrorismo.

En este sentido, abordamos la intervención comunitaria, destacando el papel de los diferentes agentes de intervención, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, que deberán de actuar en equipos multidisciplinarios y conectados en red en caso de atentados terroristas, pero también para promover atención en salud mental a las personas que han padecido el terrorismo a medio y largo plazo. Se trata de que estos profesionales presten la mayor ayuda posible apoyando la estructura comunitaria a la que la gente recurre naturalmente cuando suceden atentados. Asimismo es necesaria la integración de las víctimas en sus contextos y la estimulación de su participación social.

En este capítulo nos centramos, además, en las necesidades psicosociales de las víctimas del terrorismo cuyo conocimiento resulta imprescindible de cara a su intervención en diferentes niveles así como en el diseño de políticas victimales.

Este conocimiento se enmarca dentro de los procesos de restitución de derechos y no solo como un medio para cubrir estas necesidades básicas. Del mismo modo, abordamos la resiliencia comunitaria que nos sirve también de guía para establecer los criterios de actuación con las víctimas y sus familias, en el sentido de apoyar sus recursos naturales y favorecer la creación de redes de apoyo. Al mismo tiempo, se ofrecen pautas básicas de actuación con las víctimas del terrorismo.

Pero, además, explicamos la Mediación penal en estas víctimas, planteando sus ventajas e inconvenientes. La necesidad de la misma se justifica en que, desde el punto de vista psicológico, la víctima necesita para sanar explicaciones de lo sucedido que le ayuden a comprender lo que ha pasado y un reconocimiento moral del daño acaecido, lo cual puede activar los procesos de resiliencia. Por último, necesita una petición de perdón sincera que le facilite en este proceso psicológico de perdonar, ayudándole así en su proceso de recuperación de las heridas.

Un último aspecto que abordamos en este apartado son los programas de prevención e intervención en niños y adolescentes a nivel escolar y comunitario. Después de actos de violencia masiva, puede ser necesario que los profesionales trabajen en grupo, ya que la experiencia muestra que la mayoría de sociedades, incluso en el mundo occidental, carecen de los recursos necesarios para proporcionar asistencia individual a un gran número de niños. Ofrecemos una visión general del concepto de resiliencia desde una perspectiva ecológica, aplicada al bienestar psicosocial de los niños, la cual puede ayudar a los profesionales identificar aspectos del entorno social que podrían reforzarse como parte de intervenciones más amplias a un nivel más universal.

Por último, revisamos la literatura relacionada con las intervenciones de salud psicosociales y mentales dirigidas a niños y adolescentes afectados por conflictos armados y terrorismo, realizadas en el contexto escolar y comunitario, utilizando una perspectiva ecológica. Abordaremos las intervenciones dirigidas a la prevención del riesgo y los factores de protección previos a la aparición de problemas. Conjuntamente, se explicarán una serie de directrices guiadas a la reducción del malestar y los síntomas o la posibilidad de recaída, respectivamente.

2. La intervención comunitaria

La intervención comunitaria se caracteriza por la actividad y protagonismo que toman los miembros de la comunidad en la acción social. Así, se trataría de un

conjunto de "procesos intencionales de cambio, mediante mecanismos participativos tendientes al desarrollo de recursos de la población, el desarrollo de organizaciones comunitarias autónomas, a la modificación de las representaciones de su rol en la sociedad y sobre el valor de sus propias acciones para ser activo en las condiciones que las marginan y excluyen" (La Palma, 2001, p. 62).

Por lo tanto, este tipo de intervención incluye el buen hacer, tanto individual como Comunitario, el cual está inscrito en el marco de actuación de la OMS (1948) a la hora de definir la salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Esta definición parte del paradigma bio-psico-social, el cual, entiende al individuo en relación con su entorno y en permanente interacción con todos los elementos que lo componen; lo que influirá en su salud. En esta dirección, el equilibrio entre los distintos subsistemas que componen una comunidad es esencial para el bienestar de sus miembros.

Debemos entender que aunque la violencia terrorista pueda haber destruido una parte de la historia y de la personalidad de sus víctimas, la salud puede recuperarse si a esas personas y a esas familias les proporcionamos una serie de cuidados. Al mismo tiempo, se trata de estimular la participación social de este colectivo, lo que facilitará no solo su integración social sino también su propia recuperación. Cuando pensamos en la integración social de las víctimas nos referimos al logro del consenso, a la conciliación y la concertación con los diferentes sectores sociales y políticos que conforman su contexto. Pensamos que, en la historia de las víctimas del terrorismo en España, el movimiento asociativo ha jugado un papel clave para estimular la participación de las víctimas en la lucha por sus derechos y la integración social.

La participación social comunitaria significa que todos los actores sociales de una comunidad toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre los problemas que les afectan, incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y para la adopción de medidas y evaluación de los resultados. La participación se puede estimular a través de las múltiples organizaciones formales de base, y son ellas las que, en principio, canalizan hacia los centros de decisión y poder del Estado la expresión de las diferentes opiniones populares (Orozco, 2007, p. 176).

Según este autor, la participación Comunitaria tiene dos connotaciones diferentes, aunque ligadas entre sí. La primera, hace referencia a la participación de las personas en el proceso de toma de decisiones en el interior de las poblaciones y, la segunda, tiene que ver con las relaciones de las organizaciones ciudadanas representativas de estas poblaciones con el Estado.

Aunque la reciente mirada en las víctimas del terrorismo ha ido alcanzando impacto, es necesaria una política victimal realmente centrada en las víctimas y su contexto. Para ello es necesario contar tanto con los recursos adecuados como una concienciación social, política y profesional que incida en los conocimientos, actitudes y capacidades de los diferentes agente sociales que interactúan con ellos (Varona, 2015).

Recordemos los planteamientos de esta autora, quién resalta el hecho de que en la mirada hacia las víctimas es necesario un enfoque integral de cuidados y Derechos humanos. En este sentido, destaca lo imprescindible que resulta la combinación de un enfoque de Derechos humanos, desde el ámbito jurídico, con un enfoque de la ética del cuidado, desde la Psicología y el Trabajo social. La ética del cuidado pone un acento especial en las relaciones humanas y la necesidad de otorgar una atención especial a las personas que son particularmente vulnerables. Como bien plantea Varona (2015) implica un acompañamiento y conlleva una sensibilidad basada en el contexto y una escucha y consideración de las personas mas afectadas. La autora, inspirada en el trabajo de Reich y Torralba y de Bermejo (2014), explica que *“requiere, además del cuidado competente, el cuidado individual, el trato afectivo, la sensibilidad... la proximidad de orden ético y esto exige, además de grandes dotes comunicativas y conocimientos psicológicos, un determinado talante moral”*. (Varona, 2015, p.11).

Aunque estamos de acuerdo con las consideraciones de esta autora, nosotros pensamos que es necesario adoptar un enfoque basado en los Derechos Humanos también para la promoción de la salud mental en la atención a las víctimas del terrorismo y de la violencia masiva. Así pues, se trata de proveer no solo atención médica equitativa (que considere alternativas al modelo biomédico predominante en Salud mental), sino también intervenciones públicas de Salud Mental que puedan proteger a la población de factores de riesgo claves para los problemas en este contexto, dentro de las cuales se encuentran las víctimas del terrorismo, las cuales van a necesitar atención especializada en diferentes ámbitos. Esta atención debe realizarse no solo a corto plazo. Es necesario un seguimiento a medio y largo plazo.

Según la Declaración de Ottawa de 1986, las condiciones y requisitos para la salud son: alimentación, renta, paz, educación, vivienda, un ecosistema estable, justicia social y equidad. Es por ello que cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos fundamentos previos.

Para cumplir con el Derecho a la Salud, los determinantes de la Salud Mental siempre deben ser accesibles, aceptables y de buena calidad. Según plantea el

Relator de la ONU, Dainius Pūras, en su informe del año 2019, estos determinantes, así como la acción para promover la salud mental, deben estar disponibles en cantidad suficiente y adecuada. Pero en la práctica, en el panorama mundial, queda mucho para que esto se haga realidad. El Relator hace particular incidencia en el problema de la desigualdad, como obstáculo clave para la salud mental a nivel mundial, pues realmente aquellos colectivos que necesitan más acciones que promuevan su salud (por ejemplo, personas con discapacidades psicológicas y sociales, cognitivas e intelectuales, inmigrantes, refugiados, víctimas de la violencia masiva y el terrorismo) sufren dificultades en su proceso de integración social, debido a la falta de voluntad política para invertir globalmente en salud mental y bienestar. Lo anterior conduce a que se alimente este ciclo de discriminación, desigualdad, exclusión social, que conlleva finalmente a la violencia en nuestras sociedades modernas. Por lo tanto, se hace necesario reducir las desigualdades para promover la salud mental y para eliminar los factores de riesgo, como la violencia, el desempoderamiento y la exclusión social. Necesitamos entornos inclusivos y de apoyo que son necesarios para la buena salud mental y el bienestar de todos.

En esta línea, continúa diciendo el relator de la ONU, cumplir con el Derecho a la Salud Mental es imprescindible desarrollar acciones fuera del sector de la salud en hogares, escuelas, lugares de trabajo y comunidades. También implica cómo crear recursos para el fortalecimiento de la comunidad y la promoción de una sociedad saludable, formulando políticas nacionales dirigidas a reducir o eliminar la toxicidad del entorno físico, psicológico y social. Esto es absolutamente necesario en sociedades que han sufrido la violencia terrorista y/o que salen de conflictos armados.

Pero como nos explica Carlos Martin Beristain en una entrevista publicada por Ha@ritu Avance (Landa, 2011), uno de los aspectos importantes a tener en cuenta en los procesos de reparación no es tanto la reconciliación entre víctima o perpetrador, se trata más bien de una reconstrucción de las relaciones sociales que posibilite rescatar unas formas de convivencia colectivas basadas en el respeto a los derechos humanos. Donde las personas puedan vivir sin miedo, en que haya un espacio de participación política para todos y en que se generen unas bases sociales para la convivencia basada en el respeto a los derechos humanos. Reconciliación en el sentido de una capacidad de discusión con los otros, con quienes mantienen diferentes políticas.

En los contextos sociales, donde se han sufrido pánicos morales y grandes temores, donde ha habido dificultad para poder hablar de lo que ocurría, es importante desarrollar la capacidad de debate sobre dichos problemas sociales y políticos sobre la base del respeto. Así como llegar a un reconocimiento plural del sufrimiento, de

las distintas violaciones de derechos humanos que se hayan dado. (...) Por ello es importante recoger diferentes hechos de las violaciones de derechos humanos, respetando el dolor y la dignidad de las víctimas. Asentando una base común de respeto a los derechos humanos, reconociendo los límites, pero contribuyendo a la restauración de la convivencia (Markez y Larrondo, 2015, pp. 109, 110)

Siguiendo la línea de la participación comunitaria, las obligaciones de la sociedad y sus Estados hacia las víctimas incluyen la posibilidad de que estas sean escuchadas en el diseño de las políticas victimales (Varona, 2015). Es por ello que, sin la participación de las víctimas y sin la acción de compartir sus propias experiencias, opiniones y puntos de vista concretos, resultará imposible la mejora de su situación, al no poder entenderse sus verdaderos intereses con base a los Derechos humanos.

Por eso, es imprescindible el conocimiento de las necesidades de víctimas del terrorismo y sus familiares. Si bien, el listado de necesidades a tener en cuenta puede variar de una persona a otra y cambiar en los días, meses y años posteriores a un atentado terrorista. Por lo tanto, el apoyo y la ayuda de las instituciones se devengan esenciales.

3. Necesidades de las víctimas del terrorismo

A continuación describimos las necesidades más importantes de las del terrorismo, porque va a ser imprescindibles tomarlas en cuenta para su intervención. Hacemos referencia a la descripción de estas necesidades que se hace en la Guía para una atención de calidad a las víctimas del terrorismo, De Vicente Colomina (2019) y, más adelante, ofrecemos las pautas básicas de actuación que aquí se recomiendan.

- 1. Necesidad de información:** Las víctimas del terrorismo precisan de información ante un atentado abarcando aspectos relacionados con lo ocurrido y lo que está pasando en este momento. Se les debe propiciar información clara y sencilla adecuada a su nivel cultural y que se le facilite tanto a víctimas directas como indirectas. Se debe evitar retrasar la información para los posibles rumores poblacionales, los cuales pueden ser factores que propicien daños en las víctimas.
- 2. Necesidad de comunicación con las autoridades y familiares:** Las víctimas necesitan una comunicación directa con las autoridades o responsables correspondientes para conocer la información directa de los aspectos importantes asociados a su caso. Desde los primeros momentos se debe

determinar el modo de comunicación que establecerán con las familias afectadas, así como crear un protocolo de asistencia que garantice una rutina de comunicación cuando sea necesaria, para lo que dispondrán de diferentes números de teléfono.

3. **Necesidades básicas y de seguridad y/o protección:** Refiriéndose a la cobertura de necesidades básicas de las víctimas como el alojamiento, abrigo, comida, transporte, etc. Esta prestación busca que las víctimas se sientan validadas como personas que requieren ayuda inmediata.
4. **Necesidad de reconocimiento:** Necesitan el reconocimiento como personas, de su condición de víctimas de una acción terrorista. Es imprescindible que la sociedad, instituciones y Estado adopten una mayor responsabilidad y compromiso en la reparación del daño.
5. **Apoyo y restablecimiento emocional:** Hemos de saber cómo se ha citado con anterioridad que, en los momentos cercanos al atentado, las víctimas de este necesitan que el personal encargado de su atención les pueda garantizar un trato respetuoso y de acogida, buscándose en todo momento el cuidado de la salud de las víctimas, tanto física como mental.
6. **Necesidad de conexión con otros y de pertenencia a un grupo:** El restablecimiento de los vínculos sociales (que puede verse afectado tras un atentado como, por ejemplo, con la pérdida de un ser querido) y el apoyo que perciben de parte de sus amigos, familia, sociedad y autoridades, constituyen un elemento esencial para la recuperación de las víctimas del terrorismo, por lo que se debe tener en consideración y promover el contacto familiar y social con la comunidad así como la interacción con otras víctimas.
7. **Dignidad, privacidad y trato adecuado de los medios:** La información ofrecida por los medios debe tener un equilibrio entre informar sobre lo sucedido y no dañar estos derechos citados esenciales de las personas. Para este punto, por ejemplo, no deberán hacerse públicas imágenes que puedan dañar a las víctimas o agravar su dolor.
8. **Ayudas prácticas y asesoramiento especializado:** Las víctimas del terrorismo necesitan ayudas y compensación material para poder garantizar su reinserción social: ayudas laborales, atención especializada (psicológica, jurídica, social, sanitaria y educativa) y, por último, ayudas de vivienda.

9. **Necesidad de justicia y verdad:** Las víctimas del terrorismo necesitan que se haga justicia, lo que implica que puedan tener confianza en el proceso judicial, ya que no debemos olvidar que los actos que se han ejercido contra ellos/as a través del terrorismo, han atentado contra sus derechos fundamentales.
10. **Participación y memoria:** Las necesidades de participación de las víctimas y familiares deben incluir las iniciativas políticas o legislativas referente a sus derechos. Esta necesidad se basa en ofrecer a las víctimas y familiares la posibilidad de tener voz, de que sus puntos de vista, necesidades e intereses sean escuchados.

En base a las necesidades descritas con anterioridad, se desprende la importancia de evaluar y dar respuesta a estas necesidades para ayudar a las víctimas y a su entorno inmediato a la recuperación de sus vidas, promoviendo su capacidad de resiliencia.

En última instancia, se trata de procesos de restitución de derechos y no solo como cubrir estas necesidades psicosociales básicas.

La atención psicosocial no se limita a la atención emocional y duelo. En un sentido amplio, todos los programas de reconstrucción tienen que tener en cuenta un enfoque a perspectiva psicosocial, para tener en cuenta su impacto en las víctimas y la necesidad de reconstrucción de sus redes sociales (Markez y Larrondo, 2015, p. 103).

4. La resiliencia comunitaria

El concepto de resiliencia nos sirve de guía para establecer los criterios de actuación con las víctimas y sus familias, en el sentido de apoyar sus recursos naturales. Como bien sabemos, la resiliencia ha sido definida como la capacidad natural que poseen todas las personas, familias y comunidades para sobreponerse al sufrimiento, la adversidad y la pérdida. Consiste en salir de estas experiencias fortalecidos o transformados pese a las circunstancias desfavorables.

La resiliencia es un fenómeno activo y no pasivo, es el resultado de una dinámica social y no sólo de unos atributos individuales, es el efecto de la interacción del individuo y su entorno. El aspecto clave de esta lo encontramos en las relaciones interpersonales. La resiliencia depende de las características fisiológicas y psicológicas del individuo, si bien depende también del contexto familiar, escolar, cultural, comunitario y social en el que se evoluciona o se ha evolucionado.

La resiliencia es, pues, una alternativa de Salud mental para un individuo herido que busca desarrollarse, tras el trauma, en su familia y en su sociedad. Es la actitud ante el sufrimiento psíquico que preconiza la OMS: inscribir todo problema psicológico en el marco de la salud mental de la sociedad.

Por lo tanto, la atención a las víctimas necesita un sistema interdisciplinario que proporcione atención médica, psicológica, jurídica y social mediante una práctica comunitaria basada en la comprensión sistémica del sufrimiento de las víctimas del terrorismo, así como intervenciones en red. Igualmente se debe considerar que la promoción de la salud contempla la participación activa de los individuos y de la comunidad como un elemento estratégico fundamental. No puede haber resiliencia sin el valor terapéutico de la afectuosidad y la solidaridad de las personas que viven en la comunidad, los llamados tutores de la resiliencia.

Dentro del enfoque de la resiliencia, adquiere particular importancia aquella comunitaria bajo la amenaza de la guerra y el terror. Por lo tanto, definimos resiliencia comunitaria como la estimación de un individuo sobre la capacidad de su comunidad de enfrentarse con éxito a la amenaza permanente (Kimhi y Shamai, 2004). Según estos autores, los escasos estudios en dicha área muestran que la resiliencia comunitaria se debilita bajo amenaza a largo plazo de la guerra y el terrorismo.

Dos enfoques caracterizan la investigación sobre la resiliencia comunitaria. El primero se centra en la capacidad de recuperación de la comunidad desde un punto de vista de la curación. Los expertos en la materia sugieren programas de intervención comunitaria para ayudar a los miembros individuales, así como a toda la comunidad, para sanar del trauma de la guerra y el terror (Patton y Johnston, 2001; Tobin, 2000). La segunda línea de pensamiento se focaliza en una perspectiva individual, donde se estima que la capacidad de recuperación de la comunidad se asocia con la capacidad de los residentes para hacer frente a las amenazas externas que afectan a toda la comunidad (Hernández, 2002; Kimweli y Stilwell, 2002).

Cuando la gente percibe sus comunidades como resistentes y cuando confían en la capacidad de recuperación personal de sus seres queridos -sobre todo de sus hijos-, es muy posible que estas personas se vean menos afectados por la guerra y el terrorismo.

Como consecuencia, se supone que los sistemas sociales se consideran recursos que influyen en la reacción de la gente al estrés. Las funciones específicas de estos factores sociales, sin embargo no están todavía definidas. Algunos estudios y modelos los presentan como sistemas predictores de estrés (Moos y Schafer,

1993), mientras que otros los presentan como moderadores que amortiguan la influencia del estrés (Hill, 1958; Riolli y Salvicki, 2003) o como mediadores de estrés (Lavee et al., 1985; Ennis, 2001). En adición, hay estudios que asignan varias funciones a los sistemas sociales, como mediadores, moderadores y predictores (Hobfoll, 1998).

Más recientemente, Padan y Reuven (2020) realizan una definición general del término resiliencia y otros subtipos de este concepto. Presentan una matriz compuesta por una imagen bidimensional, dividida en cuatro categorías de contenido (social, económico, político y militar) y tres categorías de nivel (individual, comunitario y estatal). La matriz propuesta genera doce celdas, que presentan doce subtipos diferentes de resiliencia. Con respecto al nivel de la comunidad, tema que aquí nos ocupa, distinguen entre resiliencia comunitaria en situaciones de emergencia social, económica y política.

De este modo, definen la resiliencia comunitaria en situaciones de estos tipos de emergencia como la capacidad de una comunidad para comportarse durante una crisis social, económica y/o política, después de una interrupción de carácter social, económico y/o político, de forma adaptativa, para volver, incluso, a un mejor nivel de funcionamiento de la comunidad.

Según estos autores, los factores más citados para resiliencia en situaciones de emergencia social son: el capital social, liderazgo, un sentido de pertenencia, eficacia organizacional, recursos de comunicación confiables, el espíritu organizativo dentro de la comunidad, la voluntad de luchar y la fe en la rectitud del camino de la comunidad. Con relación a las situaciones de emergencia económica, consideran los siguientes factores: el trabajo y el empleo; capital humano (educación, alimentación, salud); vivienda, hogar y capital social; relaciones informales recíprocas entre individuos y familias, así como redes sociales más amplias, por ejemplo, organizaciones comunitarias. Por último, en el caso de emergencias políticas, la confianza en los líderes locales, la solidaridad y la fuerza del patriotismo local, son los factores más invocados en esta última categoría de resiliencia. A la hora de ubicar el terrorismo dentro de estas tres definiciones, debemos considerar el mismo como una emergencia que genera consecuencias sociales, económicas y políticas en las comunidades donde ocurren sus efectos. Por consiguiente, sería difícil reducirlo a una sola de estas categorías, si bien es posible remarcar el carácter esencialmente político del mismo, valorándose como una amenaza geopolítica.

Para trabajar la resiliencia en la comunidad se recomienda, después de eventos traumáticos a gran escala como pueden ser la guerra y el terrorismo, restaurar un

sentido de seguridad entre los miembros de la comunidad, pero este objetivo es probablemente mucho más difícil de lograr cuando se aborda solo a nivel individual. Los esfuerzos a la comunidad para gestionar los flujos de información necesaria pueden ser muy influyentes y de gran ayuda en la restauración de la percepción de seguridad de las personas. Destacamos, en este sentido, el importante papel de los medios de comunicación, redes sociales, etc., que pueden contribuir bien a acentuar el miedo de las comunidades bien a tranquilizarlas. Las redes sociales deben usarse en un buen sentido, con el fin de evitar la generación de pánico e histeria entre la población. Para proteger las redes sociales de las devaluaciones, sería productivo implementar mecanismos de control gubernamentales con respecto a noticias falsas, rumores y desinformación en general.

Frente a la violencia masiva, los esfuerzos de afrontamiento exitosos deben adaptarse a las demandas ambientales, y debido a que puede haber poca capacidad para controlar las circunstancias después de este tipo de violencia, el manejo constructivo de los pensamientos y las emociones también puede ser eficaz. Es sabido que las personas experimentan más malestar cuando niegan sus problemas, buscan a alguien a quien culpar o se desvinculan por completo de afrontarlos. Debido a que uno de los aspectos más preocupantes de las experiencias traumáticas es que desafían los supuestos básicos que son necesarios para el funcionamiento diario, como que el mundo es predecible, seguro y controlable, se conoce que los adultos que pierden la confianza en estas suposiciones son más propensos a creer que no hay forma de superar los desafíos y que no tiene sentido planificar. Los gobiernos y medios de comunicación tendrán un papel clave en la restauración del optimismo y la esperanza, como recursos claves de resiliencia comunitaria, y en la planificación de medidas a corto, medio y largo plazo, para restaurar la sensación de control y de seguridad necesarias.

Como parte de la resiliencia comunitaria, se deberá fomentar el crecimiento postraumático, el cual trata el cambio psicológico positivo experimentado como resultado de la lucha contra los eventos traumáticos. Dentro de los múltiples mecanismos utilizados para explicar el crecimiento postraumático, todos asumen que los individuos están motivados hacia el crecimiento personal -que a su vez es una función conjunta de factores biológicos y psicológicos, así como de influencias socioculturales-. No obstante, los mecanismos para conseguir dicho crecimiento después de este tipo de experiencias violentas deberán seguir siendo estudiados.

La resiliencia también se da cuando las víctimas pueden participar en su tejido social, aportando sus experiencias y su crecimiento. La participación comunitaria es un proceso que no frecuenta surgir de forma espontánea, si no que

habitualmente precisa un impulso externo y profesional, siendo importante el papel de la Psicología de la Intervención Social.

La intervención comunitaria en víctimas del terrorismo plantea la necesidad de contrarrestar el aislamiento social creando nuevas formas de pertenencias basadas en la solidaridad y la esperanza. De ahí que sea necesario e imprescindible reorientar la política de atención a las víctimas por parte del Estado.

En esta dirección, hay que sensibilizar a la comunidad en relación a lo que son los traumas y sus secuelas, fomentando una verdadera red de apoyo social a las víctimas en las que reciban un trato adecuado conforme a su dignidad humana, ayudándoles a paliar su sufrimiento. Como bien plantea Markez y Larrondo (2015) generar redes de apoyo social y sanitario puede ser una manera de cuidar y acompañar a las víctimas. De este modo, se puede ofrecer atención y apoyo a las necesidades psicosociales que presentan. Estos autores recomiendan la promoción de espacios de encuentro, de trabajo, de fortalecimiento de redes para enfrentar la experiencia traumática o la reconstrucción. Estas redes de apoyo deberán ser con personas claves de su entorno, dotadas de recursos de apego y simpatía. Debemos favorecer la reconstrucción de un tejido social, restablecer los vínculos y los lazos familiares y sociales, con la finalidad de reducir el sufrimiento y encontrar las respuestas concretas a éste (Barudy, 2006).

En base a las necesidades de las víctimas del terrorismo descritas con anterioridad, se desprende la importancia de evaluar y dar respuesta a estas, en aras de ayudar tanto a las víctimas como a su entorno inmediato a la recuperación de sus vidas, promoviendo su capacidad de resiliencia. En última instancia, se trata de procesos de restitución de derechos y no solo de cómo cubrir estas necesidades psicosociales básicas.

Por otra parte, es necesaria la reforma de los sistemas judiciales, policiales y administrativos, con el fin de brindar a las víctimas un trato cercano, humano, cálido y lejano de la burocracia fría e institucionalizada que nos caracteriza. Asimismo, es fundamental perfeccionar las políticas de indemnización del gobierno, con el objetivo de eliminar la existencia de víctimas de diferentes categorías a nivel mundial. En este mismo sentido, la creación de programas y servicios útiles, accesibles, cercanos y disponibles, es absolutamente esencial para que las víctimas puedan acudir en su entorno más próximo.

Por último, resulta primordial integrar la resistencia ecológica en la planificación psicosocial:

En cuanto a las fases en la programación psicosocial desde una perspectiva de resistencia ecológica, estas son:

- **Identificación:** Evaluación de las necesidades y recursos en todos los niveles socio-ecológicos
- **Negociación:** Discusiones entre los representantes de la población de interés y personal de la agencia del entorno específico, e interventores externos para alcanzar un marco de intervención consensuado basado en la fase de identificación, que abarque elementos de estrategias de curación locales y externas. El objetivo de este ejercicio no es necesariamente llegar a las intervenciones que son más "locales", sino más bien al paquete que se considera más efectivo.
- **Formulación:** Decisiones sobre el plan de acción con la participación de representantes del grupo objetivo
- **Aplicación:** Ejecución.
- **Evaluación:** Examinar los resultados de los proyectos y documentar las enseñanzas extraídas para su futura aplicación.

En España existen diversos protocolos destinados a la implantación de órdenes de protección frente al terrorismo, coordinando Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, órganos judiciales, médicos, fiscales, servicios sociales. Y es que la misión última de los servicios es la contribución al bienestar de las personas atendidas y otras posibles personas afectadas.

5. Pautas básicas de atención en víctimas del terrorismo

Los hallazgos de esta sección provienen de la Guía para un atención de calidad a las víctimas del terrorismo, de Vicente Colomina (2019), donde se recomiendan unas pautas básicas de actuación con este colectivo.

Partiendo del hecho de que una atención adecuada a las víctimas del terrorismo requiere el reconocimiento del impacto que los atentados tienen en la vida de las personas, es necesario un enfoque de atención informada del trauma, el cual se sustenta en:

- *Promover la sensación de seguridad.*
- *Establecer relaciones basadas en la confianza y honestidad.*
- *Favorecer la conexión con otros y el apoyo social.*

- Promover el sentimiento de autoeficacia (empoderamiento), el papel activo de la persona en su recuperación (lo que implica la toma de decisiones compartidas) y su autonomía.

- Fomentar la colaboración y ayuda mutua.

- Tener en cuenta los factores de género, historia y cultura de las personas (...) (de Vicente Colomina, 2019, p.35).

Desde una perspectiva centrada en el trauma se asume que la mayor parte de las personas, aunque pueden presentar reacciones (a nivel conductual, físico, emocional...), lograrán sobreponerse gracias al apoyo adecuado del entorno inmediato y del equipo asistencial implicado en su atención.

Es por ello que, para facilitar una adecuada atención, se requiere el conocimiento de **habilidades y acciones que pueden ser entrenadas y desarrolladas** sus contenidos, las cuales se pueden poner en marcha en la asistencia a víctimas de situaciones adversas, incluidas las víctimas del terrorismo. Estas son:

- ✓ Habilidades generales de comunicación
- ✓ Atención informada del trauma a supervivientes y familiares
- ✓ Atención en los días y semanas posteriores

Asimismo, en dicha guía se recomienda prestar atención a **situaciones específicas y se ofecen pautas ante ellas**. Por ejemplo:

- ✓ El manejo de quejas y reacciones agresivas
- ✓ La comunicación de malas noticias: notificación del fallecimiento
- ✓ La comunicación cara a cara con los afectados
- ✓ La comunicación vía telefónica
- ✓ Pautas para familiares que tienen que comunicar el fallecimiento a menores
- ✓ Acompañamiento en procesos de duelo
- ✓ Cuándo derivar a un psicólogo/a para tratamiento
- ✓ Claves para el autocuidado

En base a lo anterior, para profundizar en estos contenidos de gran interés recomendamos consultar la Guía para una atención de calidad a las víctimas del

terrorismo, de Vicente Colomina (2019), donde de modo gráfico y detallado se van explicando los mismos.

6. El trabajo de los grupos

La respuesta humana ante el sufrimiento y el estrés se caracteriza de igual manera, por la búsqueda de relaciones de ayuda con otras personas que hayan pasado o se encuentren pasando por una situación similar para ofrecer y recibir cuidados. De hecho, los teóricos del apego dejaron claro que, en condiciones de estrés intenso, solemos buscar la cercanía y la proximidad de otras personas. Aunque la terapia individual parece ser la modalidad más adecuada de intervención con las víctimas de violencia (permitiendo prestar atención a las necesidades específicas de cada persona y organizar el tratamiento en función de ello), la terapia de grupo puede constituir un complemento adecuado en determinadas ocasiones (Echeburúa y Corral, 1998, citado en Echeburúa, 2009).

Tanto los grupos de autoayuda como los grupos terapéuticos ofrecen varias ventajas: percepción por parte de la víctima de que no es la única en experimentar este tipo de problemas y de que lo comparte con alguien que puede comprenderlo vivencialmente, aprendizaje de estrategias de afrontamiento a partir de la experiencia de personas que sufren las mismas dificultades; motivación para el cambio a través de los logros de los demás, lo cual le permite ver que el éxito es posible, y aumento de la confianza en los propios recursos. Por último, el hecho de ayudar a las personas del grupo hace que la víctima no esté tan pendiente de sus propias limitaciones (Echeburúa, 2009).

Para este autor, cuando una persona es víctima de un trauma complejo y resistente al cambio, la terapia de grupo se recomienda especialmente, puesto que este tipo de tratamiento puede contribuir a restaurar la confianza personal y social perdida. En caso de las víctimas del terrorismo, el grupo puede ayudar a restaurar la confianza perdida en los seres humanos. Sin embargo, la terapia de grupo puede estar contraindicada para determinados pacientes que no se van a beneficiar del mismo o que pueden retrasar o impedir el progreso de los otros miembros del grupo. Esto sucede con las víctimas gravemente deprimidas o con tendencias suicidas activas o paranoides, necesitadas de mucha atención, así como otras que muestran conductas inadecuadas (agresivas, dependencia de alcohol o a los fármacos) o aquellas que tienen pleitos pendientes.

En última instancia, los individuos aprenden, trabajan, aman y se relacionan en grupos. En ellos las personas enferman, aunque también pueden sanar. Por ello en los últimos años, la terapia de grupo centrada en el trauma viene encontrándose en auge, por el apoyo empírico obtenido y por las recomendaciones en guías de buenas prácticas clínicas. Además, se han desarrollado otros enfoques de terapia de grupo.

En la línea de revisar cuál es el apoyo empírico para la terapia de grupo para el tratamiento del TETP, revisamos las recomendaciones que ofrecen las guías de buenas prácticas clínicas. Tres de las cinco guías (ISTSS, Phoenix y VA / DoD) han evaluado los tratamientos grupales y ofrecen recomendaciones al respecto. La guía ISTSS proporcionó una gama de recomendaciones que oscila de una recomendación moderada (se sugiere) para TCC grupal, con un enfoque centrado en el trauma, a una recomendación emergente para la combinación de TCC grupal e individual. Esta misma guía consideró que tanto la terapia interpersonal grupal, el tratamiento estabilizador grupal y el asesoramiento grupal de apoyo tenían recomendaciones insuficientes. La guía de Phoenix sugiere la TCC de grupo centrada en el trauma. Esta misma guía plantea que no hay suficiente evidencia para recomendar la terapia interpersonal de grupo. Por último, la guía VA / DoD dio también una recomendación moderada, pero solo en comparación con ningún tratamiento. A pesar de que la guía NICE encontró evidencia limitada en apoyo de la terapia de grupo centrada en el trauma, no hicieron una recomendación formal al respecto (Véase la Tabla 8).

En conclusión, los tratamientos grupales realizados sin la combinación de la terapia individual recibieron poco apoyo en todas las guías para el tratamiento del TEPT (excepto en la guía ISTSS y la de Phoenix que le dieron al tratamiento grupal con un enfoque centrado en el trauma una recomendación moderada).

Sin embargo, como venimos planteado, el único objetivo de los grupos no solo es la eliminación o reducción de las consecuencias psicopatológicas del terrorismo.

Su uso ofrece varias ventajas como ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor (Gottlieb, 1988). Desde el punto de vista comunitario, situados en el nivel macro, el soporte social permite al individuo sentir que está integrado en un sistema social; en un nivel más reducido, de redes sociales, el nivel meso, tendremos la red de los vínculos personales, donde se dan afectos o apegos hacia los demás; en el nivel micro, se dan vinculaciones íntimas y de confianza, se logra el soporte social no formal, que favorece los compromisos hacia el bienestar de los otros. El soporte emocional se refiere al sentimiento de ser querido y de poder tener confianza en alguien, saber que hay personas con las que poder

comunicarse y compartir emociones y vivencias, y saber que se valora lo propio (Markez y Larrondo, 2015, p. 129).

Siguiendo a estos autores, para que el trabajo con grupos sea útil, deben concurrir una serie de condiciones: tiempo disponible, personas que se identifiquen entre sí, la existencia de cosas o experiencias en común y un grupo no muy numeroso. Sin embargo, se hace necesario considerar que, a pesar de que las víctimas de hechos traumáticos tienen muchas posibilidades de ayudarse mutuamente, también es frecuente que las personas que han vivido un hecho traumático tengan dificultades de apoyarse porque los mecanismos de defensa, las estrategias de afrontamiento o los ritmos de duelo de las personas sean diferentes. Esa situación puede dar lugar a conflictos dentro del grupo que deberán ser resueltos para conseguir la función de apoyo social de sus diferentes integrantes.

Componentes de Apoyo social y Estrategias en los grupos	
Componentes del apoyo social	Estrategias
Dotar de sentido a la realidad	Objetivar los acontecimientos y darles sentido mediante el simbolismo, la ideología o la religión y el análisis de la realidad.
Espacio de encuentro y ocio	Realización de actividades sociales gratificantes y/o de índole cultural
Soporte mutuo	Sostenerse/Prestarse fuerzas mutuamente y funcionar.
Regular la impulsividad	El grupo puede ayudar a regular las catarsis excesivas de algunos miembros, permitiendo una expresión controlada y comprensiva con los demás.
Reconocimiento emocional	Compartir y dar sentido a sentimientos considerados negativos que han sido ocultos o negados por el prejuicio social o por la incapacidad de integrarlos en la propia moral.
Generalización de las experiencias	Ayuda a la persona a abrirse a la experiencia, reduciendo la alienación que pueda experimentar. Asimismo, reestructura y flexibiliza las normas implícitas.
Resolución de problemas	Las soluciones propuestas y debatidas en el grupo se integran e implementan más fácilmente por los integrantes.
Empoderamiento colectivo	La suma de potencialidades individuales y del propio desarrollo grupal facilita que este adopte un rol activo frente a los problemas. Especialmente significativo en las últimas fases del proceso grupal.

Expresión colectiva	Compartir interpretaciones culturalmente aceptables de las experiencias de cada integrante, facilita la expresión e identificación colectiva así como promueve la reconstrucción. No obstante, debe tenerse cuidado cuando se abordan grupalmente detalles de sucesos o se expresa el impacto de la violencia.
----------------------------	--

Tabla 21: Componentes de apoyo social y estrategias en los grupos (adaptado de Markez y Larrondo, 2015, pp. 128-129).

Para Markez y Larrondo (2015), en las víctimas de violencia:

El trabajo con grupos abre un espacio para reconstruir la memoria colectiva (objetivar los hechos, contrastar informaciones, tener una visión más global, transmitir de forma oral la historia real, mantener el sentimiento de identidad, sacar enseñanzas para las nuevas generaciones, etc.) y para desarrollar el apoyo mutuo (reconocer sentimientos, darse fuerza, tomar decisiones, dar sentido colectivo a las experiencias, afirmarse como grupo, etc.) (Markez y Larrondo, 2015, p. 128).

En el contexto específico de los niños, en caso de desastre y terrorismo (tema que abordamos en este capítulo más adelante) algunos autores han abogado por la necesidad de enfoques que se centren en el trabajo del grupo de padres. Estos pueden mejorar la capacidad de los padres para contener sus propios miedos y los de su hijo. Además, para aprender habilidades de manejo de los comportamientos de evitación propios de los traumas y los recordatorios de traumas. Hasta la fecha actual, según, Wolmer et al. (2017), no hay estudios empíricos relacionados con el tratamiento de grupos de padres adaptados a la exposición a desastres o terrorismo en niños preescolares.

7. La mediación penal en víctimas del terrorismo

Desde el punto de vista psicológico, la víctima necesita darle un sentido a la violencia insensata: se trata de procesar, comprender lo sucedido y otorgar un sentido a sus experiencias. Para facilitar estos procesos de comprensión y elaboración de la experiencia terrorista, estarían implicadas varias disciplinas.

En el ámbito jurídico, queremos destacar aquí el papel de la mediación penal como expresión o manifestación de la justicia restaurativa. Así pues, la mediación se puede definir como el medio de resolución de conflictos en el que interviene un mediador imparcial que orienta y ayuda a las partes a acercar posiciones, buscando un acuerdo satisfactorio para ambas. Es un método voluntario, alternativo a la jurisdicción y autocompositivo, lo que significa que no se resuelve

por el mediador sino por las propias partes implicadas. Llevándolo al terreno de la mediación penal, el conflicto sería el delito, las partes victimario y víctima y el acuerdo logrado debería estar encaminado a favorecer la reparación del daño causado.

Tanto el Derecho Comunitario como el Derecho Internacional han intentado desarrollar e impulsar la mediación penal. Así pues, en el marco de Naciones Unidas se han impulsado diversas propuestas relacionadas con la mediación como medio de resolución de conflictos y, en particular, relativas a la mediación en asuntos penales.

Con las iniciativas y proyectos que Naciones Unidas ha llevado a cabo en los últimos tiempos, en relación a la mediación penal, se puede decir que existe una clara decisión y determinación de apostar por la mediación como un método eficaz y válido para la resolución de los diferentes conflictos que a menudo se plantean en materia penal (Guardiola, 2016). El problema surge a la hora de su correcta aplicación y efectividad, pues como organismo internacional que es Naciones Unidas, solo posee potestad para dictaminar buenas prácticas y recomendaciones. Lo que supone que siempre serán los Estados destinatarios quienes tienen la facultad última de decidir sobre la ejecución de las propuestas realizadas.

Sin embargo, para el Derecho interno español era, y continua siendo, todo un desafío la introducción de la institución de la mediación penal; fundamentalmente, por la estructura que padece nuestro Derecho Penal y nuestro Derecho Procesal Penal.

Desde el punto de vista psicológico, se hace necesario comprender que la víctima necesita, para sanar, explicaciones de lo sucedido que le ayuden a comprender lo que ha pasado, el por qué se ha atentado contra ella y su familia. Necesita un reconocimiento moral del daño acaecido, lo cual puede activar los procesos de resiliencia. Por último, necesita una petición de perdón sincera que facilite los procesos psicológicos de perdón que le puedan ayudar en su proceso de recuperación de las heridas. Aún así, habría que considerar que los procesos de este tipo son muy personales y que la mediación penal parece corresponder a una opción personal a la que opte la víctima y que no puede ser obligada socialmente. Máxime cuando, si la víctima se encuentra traumatizada aún, se sabe que el TEPT, como trastorno psicológico, bloquea la capacidad de perdonar.

Desde el punto de vista jurídico, el perdón de la víctima al infractor se trata de una situación en la que nos encontramos con supuestos diferentes. Por un lado, el perdón extingue la responsabilidad criminal en el caso de delitos leves perseguibles a instancias del agraviado o que la ley así lo prevea. Y por otro lado, el

perdón aparece expresamente contemplado en los delitos de descubrimiento y revelación de secretos, de daños y de injurias y calumnias donde el perdón extingue la acción penal.

En última instancia, la víctima necesita perdonar y este proceso puede ser facilitado socialmente a través de la mediación penal. El perdón no es fácil de alcanzar, pero sí que es posible. La culpa y el odio pertenecen al pasado. En cambio, el perdón presenta vocación de futuro.

El perdón en un encuentro de Justicia restaurativa puede acaecer de formas diferentes:

- **el perdón otorgado por la víctima directa.** Aunque suele ser bastante difícil porque, en la mayoría de ocasiones, está muerta; en este sentido, sería el perdón de sus allegados.
- **el perdón otorgado por un familiar del victimario,** bien sus padres o hijos, bien su esposa o marido. Es importante porque, en gran parte de casos, la familia desconocía la participación del victimario en ETA, por ejemplo, y toman conciencia cuando son detenidos.
- **el perdón otorgado por una persona que no ha tenido un daño directo con su acción,** pero que sí ha sido víctima de otro similar, llevado a cabo por otro integrante de la organización.

Para Pascual, Segovia, Etxebarria y Lozano (2016) si el trabajo de reconocimiento y responsabilización es sincero, el resultado restaurativo no depende de si la víctima es directa o vicaria.

La víctima está enfrentada a su propio dolor, considerándolo una parte suya que tiene que integrar para poder seguir viviendo. Y solo desde la pacificación, obtenida perdonando, es posible seguir viviendo. Muchas veces, la víctima siente miedo de dejar de odiar a su victimario, porque piensa que “le es infiel a su familiar asesinado”. La clave está en no odiar y seguir siendo fiel. La fidelidad no es olvidar lo ocurrido, sino integrarlo en nuestras vidas. Y se integra erróneamente cuando se dice que el odio es condición de fidelidad.

Es curioso como el perdón apenas se trata en el encuentro. Pues para las víctimas no es determinante y decisivo que su victimario emita un perdón expreso. Sino que les es más efectiva la percepción de la asunción de responsabilidad y la conciencia plena del daño causado. Aunque, claramente, si esto lleva acompañado la expresión de perdón, es mucho más valioso.

La capacidad de perdonar y de sentirse perdonado es el resultado de un proceso de integración, reconstrucción y reubicación personal.

El encuentro suele acabar con empatía, como muestra de una conexión entre ambos. De este modo, puede llegar a aparecer la compasión cuando sea capaz de reconocer que ambos comparten la misma esencia humana, aunque es más complejo. Por ello, en algunas víctimas parece un deseo que, quien sufre del otro lado, quede libre del dolor o quede atemperado. No todas las víctimas son iguales, por lo que no todas sienten esta compasión. Algunas, incluso no quieren incrementar el sufrimiento del agresor que ya padece, como cumplimiento natural de la pena impuesta por la intervención del Estado.

Si bien es cierto que, el cierre ideal de un encuentro de Justicia restaurativa, sería la conciliación.

Supondría recuperar para la comunidad a quien fue agresor, junto con su convivencia pacífica y duradera. Los encuentros suelen concluir con ambas partes dándose la mano o incluso abrazándose o besándose, como muestra de que el perdón aparece sin hablar explícitamente de él.

No obstante, como bien argumentan Fernández y López (2021) es una realidad indiscutible la existencia de una manifiesta desconfianza en el sometimiento a mediación penal, de ahí la gran cantidad de obstáculos que sufren los delitos que son aptos para derivarse. Nos encontramos con una relación directa de proporcionalidad en la derivación de las causas penales, pues cuanto más grave es el delito más impedimentos se le ponen.

En este sentido, siguen planteando estas autoras, parece surrealista que un delito de semejante magnitud como es el Terrorismo, sea capaz de provocar un encuentro de mediación entre víctima y victimario. Si bien es cierto que el delito de terrorismo tiene obstáculos añadidos. Pues los atentados terroristas tienen un gran número de víctimas y causan grandes daños físicos y psíquicos, tanto a los "sobrevivientes" de los atentados como al núcleo familiar de estos, como se ha explicado aquí.

En cuanto a las víctimas del terrorismo, siguen diciendo Fernández y López (2021) suelen sentir desconfianza de este tipo de encuentros. Este sentimiento es justificable si nos ponemos en su piel y observamos la victimización secundaria que han sufrido, por parte de las instituciones, a lo largo de todo el proceso penal; viéndose privadas de voz y voto.

Asimismo, continúan estas autoras, también se puede explicar este recelo si nos colocamos momentáneamente en su situación, y nos vemos abandonadas en el

proceso penal, sin tener ningún de tipo de información, ni siquiera qué pasará con tu victimario. Está situación de plena desinformación y desconocimiento abarca los programas de Justicia restaurativa, en general, y más concretamente, de la mediación penal. Y por último, porque la víctima, en esa ignorancia sobre la mediación penal, solo se acuerda de aquellas críticas, de aquella mala fama que precede a la mediación, que le suenan de los lejos. Y cree que, encontrarse con su victimario en un programa de mediación, va a favorecerle a él, que va a lograr en su condena una rebaja de la pena. Sin embargo, informes psicológicos declaran que, a veces, les beneficia este tipo de encuentros, que es ventajosa una comunicación entre víctima e infractor y paliar la necesidad de información que la víctima puede tener para alcanzar cierto sentido de cierre. Con el término “a veces” intento no generalizar y meter a todas las víctimas en un mismo grupo, pues cada víctima, igual que cada persona, es un mundo, y cada una es libre para adoptar el camino que necesite.

En cuanto al delito de terrorismo, a la hora de realizar su análisis, nos percatamos que tiene un bien jurídico colectivo, pues protege el orden público. Por lo que lo hubiésemos incluido en lista de delitos no susceptibles de mediación penal. No obstante, en la gran mayoría de casos, los delitos de terrorismo traen consigo delitos de homicidio (en su tipo cualificado de asesinato), delitos de lesiones o incluso delitos de daños; el bien jurídico que protegen todos estos es individual. De tal manera que, en este sentido, sí podría ser susceptible de mediación penal (Fernández y López, 2021).

Para finalizar los planteamientos sobre la mediación penal, brindamos las conclusiones generales a las que las autoras arriban en su trabajo. En primer lugar, plantea los beneficios.

Son numerosas las ventajas que presenta la mediación penal, si logra ser exitosa, tanto para las víctimas como para los victimarios. Así pues, para las primeras, las sufridoras del delito, la mediación penal es un paliativo de la victimización secundaria. Se logra, mediante ella, un paso importante en el camino de ponerle fin al sufrimiento y lograr una reparación del daño moral sufrido. Se hace a la víctima participe del proceso penal, lo que contribuye a que tenga información de lo que ocurrirá con su victimario, hecho que repercutirá en la elaboración del suceso traumático vivido. Y por último, hace que se tengan en cuenta los intereses y las necesidades de las víctimas, como manifestación de la Justicia restaurativa y expresión máxima de la mediación penal, tal y como muestra del perdón del ofendido. (Fernández y López, 2021, p. 102).

La mediación penal, continua diciendo estas autoras, también tiene ventajas para el victimario. A través de ella puede retractarse del delito cometido, ser consciente del daño que ha causado y a asumir su responsabilidad individual. Por último,

facilita alcanzar la paz interior. La mediación penal puede ser un paso importante en el camino de su reinserción social.

En segundo lugar, para Fernández y López (2021) la mediación penal presenta varios inconvenientes. Así, son abundantes las críticas por la supuesta privatización del Derecho Penal. Sin embargo, aclaran estas autoras, al ser la mediación penal complementaria a la vía jurisdiccional, no es posible dicha privatización. Pues lo que se pretende con la mediación es incluir a la víctima a la estructura del proceso penal, actuando siempre en un marco jurisdiccional perteneciente al Estado. Es más, al plantearla como una mediación intraprocesal, adquiere inmediatamente el carácter de público. Por lo que, carecen de sentido las críticas sobre la privatización del derecho que la mediación ha recibido.

Otro inconveniente manejado en la literatura tiene que ver con el riesgo de la mediación por una utilización fraudulenta de ventajas penitenciarias. Por ello, con el fin de enervar o mitigar este riesgo, Fernández y López (2021) proponen una mediación penal sin beneficios penitenciarios. Expresa en sus propuestas que esta modalidad de Justicia restaurativa sea utilizada de modo verdadero para lograr un resarcimiento del daño causado y no una herramienta cuyo único fin sea rebajar la pena del culpable.

Además, en el análisis de los inconvenientes que realizan estas autoras a la mediación penal, plantean la creencia errónea de que la mediación penal procura dejar impune al culpable, reemplazando a la Justicia punitiva. Argumentan que nuestro sistema procesal penal actual presenta una serie de carencias que pueden ser remediadas con la Justicia restaurativa. Una fusión cuyo único propósito es satisfacer a la víctima y rehabilitar al victimario; en suma, beneficiando la restauración de la paz social quebrada por el delito.

Por último, concluyen las autoras, uno de los obstáculos con los que se ha encontrado durante la realización de este trabajo, es la escasez legislativa en materia de mediación penal. Es por ello que realiza una propuesta legislativa sobre el contenido que debería contener la futura legislación de la mediación penal:

- Los criterios a seguir para la derivación de los casos a mediación; bien si son susceptibles de derivarse todos los delitos, bien recoger en una lista numerus clausus todos ellos.
- Los requisitos para poder ser una parte interviniente del proceso de mediación. Así como las condiciones y capacitaciones que deben poseer los mediadores.
- El desarrollo de manera expresa de las actuaciones a seguir para la derivación de los casos a mediación y a quién corresponde la decisión de derivación.

- La elaboración del proceso de mediación, con cada una de sus fases, así como las consecuencias jurídicas y efectos que podría producir el acuerdo de mediación.

Así pues, las autoras abogan por una reforma procesal que regule todo lo mencionado con anterioridad.

La realidad es que, desde el punto de vista psicológico, la mediación penal significa un gran desafío para ambos participantes. Porque tanto víctima como victimario pueden experimentar un sufrimiento elevado en el proceso, con la siguiente activación de mecanismos de defensa que los seres humanos presentan en estas situaciones. Para la víctima, exponer su vulnerabilidad más profunda delante de otro ser humano, especialmente el victimario, requiere un acopio de valentía que no todas las personas pueden hacer. Para el victimario, ser capaz de poder sostener y soportar el profundo daño que ha causado, y reconocerlo, igualmente es difícil. Tiene que tener el valor y la fuerza de sostener esa verdad.

A pesar de estas últimas consideraciones, la mediación significa un paso más en el proceso de obtención de la paz social.

8. Programas de intervención en niños y adolescentes a nivel escolar y comunitario

Como se ha dejado claro a lo largo de este libro, millones de niños en edad preescolar y escolar están expuestos al terrorismo y la violencia masiva en el mundo, y la gravedad del impacto psicológico sobre ellos, sobre todo a medio y a largo plazo, aún no se conoce del todo. Las experiencias de los niños en el contexto de violencia masiva varían ampliamente. Los niños son particularmente susceptibles a la interrupción de la infraestructura o las relaciones sociales primarias.

Sabemos que las reacciones de los niños ante los desastres varían. La mayoría de niños no desarrollan condiciones psiquiátricas como resultado de su exposición al terrorismo, pero muchos experimentan malestar que tiende a disminuir naturalmente con el tiempo. Por lo tanto, quienes desarrollan, estudian y se plantean la realización de intervenciones en casos de desastre debe considerar las diversas características y necesidades de la población de interés. Por ejemplo, las intervenciones clínicas pueden ser necesarias para aquellos con exposición directa o interpersonal y aquellos que desarrollan o están en riesgo de desarrollar condiciones psiquiátricas (Pfefferbaum y North 2014).

Pero la realidad es que la posibilidad de llegar y ayudar a tantos niños expuestos de diferentes edades solo con terapia individual es casi imposible. Una posible solución que se ha comentado en la literatura de investigación es mejorar la preparación de estos niños y sus familias aumentando su resiliencia antes del evento traumático. También se ha estudiado la realización de programas en el contexto escolar y comunitario una vez sucedido los eventos. Después de actos de violencia masiva, puede ser necesario que los profesionales trabajen en un formato de grupo porque la experiencia muestra que la mayoría de sociedades, incluso en el mundo occidental, carecen de los recursos necesarios para proporcionar asistencia individual a un gran número de niños. Esta intervención incluye el uso de profesores para establecer confianza con los niños y los padres y como medio de implementación de la intervención a nivel grupal. Las intervenciones realizadas por los docentes muestran resultados prometedores en cuanto a la prevención eficaz y la reducción del sufrimiento psicológico en población infanto-juvenil que se enfrenta a graves desastres naturales y guerras (Wolmer et al., 2011; Slone, Shoshani y Lobel, 2013). En el área del terrorismo, también se han implementado intervenciones de este tipo (Wolmer et al., 2013).

En Hobfoll et al (2008) se ofrece una visión general del concepto de resiliencia desde una perspectiva ecológica, aplicada al bienestar psicosocial de los niños que viven en zonas de conflicto armado. Se parte del hecho de que la resiliencia son los buenos resultados a pesar de las graves amenazas para el desarrollo de la adaptación y un proceso dinámico que abarque la adaptación positiva en el contexto frente a una adversidad significativa.

Se han utilizados enfoques ecológicos para investigar la posible exposición y el impacto a maltrato infantil, abuso, violencia interpersonal y la perpetuación de la violencia juvenil. En Hobfoll et al (2008) se hace mención al trabajo de Bronfenbrenner que define el crecimiento como el proceso a través del cual la persona que evoluciona dentro del entorno adquiere una concepción más extendida, diferenciada y válida del medio ambiente ecológico, y se motiva y es capaz de participar en actividades que revelan las características propias de ese medio ambiente, lo sostienen o lo reestructuran a niveles de complejidad similar en forma y contenido.

La resiliencia ecológica es un activo y un proceso en todos los niveles ecológicos sociales que se ha demostrado que está asociado con buenos resultados de desarrollo después de la exposición a situaciones de conflicto armado. Más bien, vemos la resistencia ecológica como una reserva de factores en diferentes niveles sociales y ecológicos que pueden mejorar el bienestar psicosocial. Los niños bajo presión pueden buscar y utilizar los recursos de esta reserva para mejorar sus

posibilidades de retener u obtener el bienestar psicosocial. Esta perspectiva facilitaría a los profesionales la respuesta a la petición de intervenciones psicosociales más sensibles desde el punto de vista cultural, en lugar de introducir simplemente modelos de entornos de altos ingresos. Esta perspectiva también puede ayudarnos a afrontar el llamado trauma colectivo que serían los cambios sociales producidos por una guerra o el terrorismo.

En este apartado revisamos la literatura revisada sobre intervenciones de salud psicosociales y mentales dirigidas a niños y adolescentes afectados por conflictos armados y terrorismo, realizadas en el contexto escolar y comunitario, utilizando una perspectiva ecológica. Organizamos intervenciones según su orientación hacia la prevención (es decir, la intervención anterior para abordar el riesgo y los factores de protección previos a la aparición de problemas), o un enfoque basado en el tratamiento o mantenimiento (es decir, intervenciones para reducir malestar y síntomas o la posibilidad de recaída, respectivamente).

8.1 Intervenciones orientadas hacia la prevención/resiliencia

Dentro de los programas de prevención, en Wolmer et al. (2017) se citan los programas como Head Start, que fueron diseñados para reducir disparidades en la preparación escolar al enriquecer las oportunidades de aprendizaje temprano para niños económicamente desfavorecidos y proporcionar apoyo a sus padres (Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2001). Su aplicación tuvo efectos positivos en las habilidades cognitivas y significativamente menos problemas de conducta y comportamiento en la escuela y en el hogar, en comparación con los niños del grupo de control.

A pesar de esta evidencia sobre los factores que constituyen la resiliencia infantil y la existencia de programas para niños en edad preescolar de riesgo, no se han publicados programas de prevención de desastres y el terrorismo para los niños en edad preescolar y los padres. Sin embargo, los programas de prevención que tienen como objetivo fortalecer la resiliencia de los niños en edad escolar se han evaluado, según se hace mención en Wolmer et al. (2017), donde se cita el estudio de Wolmer, Hamiel y Laor (2011), que desarrollaron e investigaron una intervención preventiva impartida por maestros en la construcción de resiliencia entre los niños israelíes expuestos a ataques con cohetes. La intervención, que se llevó a cabo tres meses antes de la exposición traumática, fomentó las habilidades de afrontamiento que ayudan a los estudiantes a afrontar los estresores diarios, a procesarlos y ayudó a volver a la rutina normal. La intervención incluyó técnicas de equilibrio cognitivo, manejo fisiológico y contención y regulación emocional. Se

demostró una disminución del 57% en los síntomas postraumáticos. La novedad de estas intervenciones radica en la combinación de dos factores: una intervención masiva rentable a través de mediadores naturales y un enfoque en el aumento de la resistencia (Hamiel, Wolmer, Spirman y Laor, 2013).

En la revisión de Pfefferbaum y Newman (2014) se describen los programas de preparación que se impartieron antes del evento y se centraron en la concienciación sobre los desastres, la prevención y el fomento de la capacidad de recuperación. La realización de intervenciones de preparación para los niños en la escuela antes del evento tiene el potencial de influir en familias y hogares enteros (mejor ajuste del miedo en casa, mejor conocimiento del peligro, etc.). La integración de estos programas en los colegios sería efectiva para preparar a las comunidades; sin embargo, los programas de preparación deben ofrecerse repetidamente en múltiples lugares para ser efectivos. Algunas de estas intervenciones incluyen entrenamiento de habilidades, potenciación de la resiliencia, terapia de arte y técnicas de narración.

Hamiel et al. (2017) describieron la necesidad de facilitar intervenciones clínicamente informadas a grupos de niños a través de un cambio creativo en los roles profesionales de los educadores, utilizando los recursos humanos disponibles. Wolmer et al., (2017) proponen implementar un enfoque similar para abordar las necesidades de los niños en edad preescolar a través de los padres y cuidadores en guarderías y escuelas infantiles. Al preparar a la población para posibles desastres, podemos aumentar la probabilidad de que los cuidadores tomen las decisiones correctas bajo estrés y reducir los sentimientos de impotencia. También es importante orientar a los cuidadores durante e inmediatamente después de un incidente para atender las necesidades básicas (por ejemplo, agua, alimentos, refugio, sueño, medicinas). Se les debe proporcionar información capaz y oportuna, al tiempo que enfatiza el efecto negativo de la exposición a los medios.

Como bien plantea Wolmer et al. (2017) es necesaria mayor evidencia de las intervenciones realizadas por el maestro que han mostrado resultados prometedores en la prevención y reducción de los síntomas psicológicos para niños en edad preescolar en entornos de escuelas infantiles y guarderías. En cualquier caso, las intervenciones que se realicen en estos contextos necesitan evaluar las necesidades de los niños mediante discutir cómo fortalecer su resistencia, evaluar sus problemas e intervenir para ayudarlos a evitar o superar los problemas consecuencias de desastres y terrorismo.

Es importante el trabajo coordinado de diferentes profesionales y servicios para aumentar el capital social y la resiliencia que pueda servir a los niños pequeños en riesgo y a sus familias en tiempos de guerra y terrorismo. Por ejemplo, un programa ecológico sistémico se concibió teóricamente y se implementó socialmente para incluir a todos los servicios para niños pequeños en áreas tales como medicina, salud pública, salud mental, educación, servicios sociales y socorristas en el ámbito local, urbano y nacional. Estos proveedores de servicios deben compartir conocimientos sobre las consecuencias del trauma e implementar intervenciones sistémicas, intervenciones y políticas innovadoras para tratar con masas de niños traumatizados para proporcionar la mejor comprensión posible de ayuda a los preescolares (Harris, Lieberman y Marans; 2007; Laor, Wiener, Spirman y Wolmer, 2005, citado en Wolmer et al., 2017).

Siguiendo la teoría de la conservación de recursos, en respuesta a los ataques en la ciudad de Nueva York del 11 de septiembre de 2001, miles de niños se vieron afectados. Al asignar los recursos tan necesarios para ayudar a esos niños en las semanas y meses posteriores a los ataques, se ha observado que las escuelas que pudieron invertir los recursos entonces necesarios en maestros adicionales, trabajadores de la salud y similares, produjeron mejores resultados para los niños. En el caso de los niños, es fundamental subrayar que necesitan modelos de conducta de adultos que apoyen sus esfuerzos de resistencia, ya que sus rasgos personales y su estilo están todavía en fase de formación. Además, las características de los padres y las familias, como un mayor nivel económico, conocimientos, bienestar físico, autoestima, flexibilidad y autoeficacia, funcionan como recursos que los padres pueden utilizar para amortiguar tanto su propio estrés como el de sus hijos. Por ejemplo, algunos estudios de los que hemos hablado aquí han demostrado que una historia temprana de apego seguro fomentada por una atención constante y de apoyo ejerce una influencia poderosa y duradera en la adaptación de los niños y aumenta la probabilidad de que utilicen fuentes formales e informales de apoyo en etapas posteriores.

En este marco, el desarrollo interactúa con las evaluaciones de los niños sobre los acontecimientos traumáticos, así como con sus evaluaciones continuas de las respuestas de la comunidad y la familia y, en última instancia, con el funcionamiento psicológico postraumático de estos niños. Esto pone de relieve la importancia del escudo protector desde el punto de vista del desarrollo, de modo que los niños puedan recuperar recursos como la seguridad y la protección, que pueden ser más importantes en los diferentes niveles de desarrollo (Hobfoll et al., 2008).

Fomentar la resiliencia a nivel escolar, frente a la violencia masiva, puede ofrecer unas actividades rutinarias que pueden aportar sentido de previsibilidad en un entorno de caos. Lograr una adaptación positiva en la escuela, con respecto tanto para la educación como para las relaciones con los compañeros, es un factor determinante de éxito y de salud mental futura. El colegio en sí es una fuente de posibles relaciones entre iguales que pueden servir como factores protectores. Las relaciones de apoyo con los profesores han sido mencionadas como importantes predictores del bienestar psicológico de los niños traumatizados. Además, los profesores pueden ejercer una figura de ejemplo sobre cómo lidiar con situaciones estresantes. El colegio proporciona al niño unas habilidades, conocimientos y actividades que pueden hacer que crezca su autoconfianza. Por último, se ha reconocido que las escuelas son uno de los mejores entornos de salud pública para realizar intervenciones psicosociales en favor de los niños en situaciones de conflicto armado. Una atención especial en este contexto merecen los niños refugiados, que pueden experimentar problemas específicos para adaptarse a la escuela debido a las diferencias culturales y de idioma, así como a la intimidación y discriminación.

Dentro de estas iniciativas comunitarias que se viene desarrollando en la actualidad, aprovechando el uso de la tecnología, mencionamos la redacción de guías que ofrecen información específica a los profesores frente a un evento traumático. Por ejemplo, el Child Mind Institute (2016) ofrece una Guía de recuperación para padres, maestros y líderes comunitarios con orientaciones a los profesores que señalamos a continuación.

Consejos para Profesores para ayudar a Niños a enfrentar un Evento traumático	
Pautas para la interacción con los niños	
Reanudar la rutina tanto como sea posible:	Los niños tienden a funcionar mejor cuando saben qué esperar. Regresar a una rutina escolar ayudará a los estudiantes a sentir que los eventos problemáticos no han tomado el control de todos los aspectos de su vida diaria.
Mantener las expectativas de los estudiantes:	Las cosas no necesitan ser perfectas, pero es muy útil hacer algunas tareas y tareas simples en el aula.
Ayude a los niños a entender más sobre lo que pasó:	Puede mencionar los diversos tipos de ayuda que llegan y brindar ideas de afrontamiento positivas.

Tenga en cuenta las señales de niños que demanden ayuda adicional:	Los estudiantes que no pueden funcionar debido a sentimientos de tristeza intensa, miedo o enojo deben ser referidos a un profesional de salud mental. Los niños pueden tener angustia que se manifiesta como dolencias físicas, como dolores de cabeza, dolores de estómago o fatiga extrema.
Considera un memorial:	Los memoriales suelen ser útiles para conmemorar a las personas y las cosas que se perdieron. Los memoriales escolares deben ser breves y apropiados para las necesidades y el rango de edad de la comunidad. Un cuidador, amigo o familiar conocido debe ser el acompañante del niño durante el funeral
Promueva la confianza de los niños en los funcionarios escolares:	Los temores de los niños disminuyen cuando saben que los adultos de confianza están haciendo lo que pueden para cuidarlos.
Pautas para el comportamiento del profesor/a	
Mantente en contacto con los padres:	Cuénteles sobre los programas y actividades de la escuela para que puedan estar preparados para las discusiones que pueden continuar en casa.
Cuídate:	Puedes estar tan ocupado ayudando a tus estudiantes que te descuidas. Encuentre formas para que usted y sus colegas se apoyen mutuamente.

Tabla 22: Consejos para Profesores para ayudar a Niños a enfrentar un Evento traumático (Childmindinstitute, 2016)

En el marco de las intervenciones de prevención para niños afectados por la guerra, se han realizado actividades estructuradas en locales de organizaciones no gubernamentales incluyendo la danza tradicional, el arte, los deportes, el teatro y los títeres. Por ejemplo, en un ensayo no aleatorio con una muestra de los territorios palestinos, los investigadores evaluaron los efectos que estas actividades en los locales que las organizaciones no gubernamentales tenían para la prestación de la salud mental infantil (Loughry et al., 2006). Se formuló la hipótesis de que esta combinación de actividades ayudaría a la adaptación emocional en entornos hostiles al proporcionar un compromiso rutinario y constructivo y oportunidades para el apego y la expresión. Por otra parte, afectaría positivamente las relaciones entre padres e hijos al proporcionar actividades al aire libre seguras y compartidas, y también aumentaría la orientación futura de los niños. Se hizo especial hincapié en asegurar un enfoque comunitario culturalmente apropiado: traducción de todos los materiales al idioma local, el empleo de voluntarios locales, la realización de actividades culturales y la

utilización del centro comunitario como centro de coordinación de todas las actividades. Los resultados del ensayo demostraron como los niños participantes consiguieron mejores resultados en la disminución de los síntomas de internalización/externalización en comparación con un pequeño grupo de control. Por otra parte, no se observaron mejoras en la esperanza. Con relación al apoyo de los padres, se informó de mejoras en uno de los lugares involucrados.

En general, dentro del entorno escolar, las intervenciones pueden estar dirigidas a prevenir problemas de salud mental en todos los niños de la escuela (es decir, un enfoque universal) o dirigido a grupos específicos en riesgo (es decir, selectivos que a menudo tienen objetivos que se superponen con las intervenciones de tratamiento).

Así, en el contexto escolar se han realizado varios programas escolares universales para personas afectadas por la guerra y el terrorismo, aunque los efectos de la intervención se han evaluado, en gran medida, a través de estudios de seguimiento transversales. En Betancourt et al. (2013) se describen varias intervenciones. En primer lugar, en Uganda, se investigó los efectos de una intervención escolar que se realiza a través de 15 sesiones estructuradas, incorporando terapia de juego, drama, arte y movimiento para aumentar los sentimientos de estabilidad y mejorar los resultados emocionales. Se trataba de aumentar la resiliencia de los niños a través de actividades psicosociales estructuradas que se integran con las oportunidades de servicio comunitario y la participación de los padres a fin de atender a múltiples niveles de necesidades ecológicas. El programa contó con 8 escuelas en las que se aplicó el programa y otras 8 que sirvieron de controles. Los maestros recomendaron que se siguiera a ciertos estudiantes, basándose en si pensaban que el niño estaba luchando contra el aislamiento o la baja autoestima, o si tenía antecedentes familiares violentos. Se entrevistó a estudiantes, maestros y padres de cada una de las escuelas de intervención sobre las características de los niños que demostraron bienestar, características que conformaron los indicadores del estudio. Los niños fueron evaluados 12 meses después del inicio del programa. Los resultados indicaron que todos los niños tenían una calificación más alta en bienestar al final que al comienzo del programa, independientemente del grupo de tratamiento, pero el bienestar de los niños que habían recibido el programa aumentó en mayor medida, según los informes de padres e hijos. Los investigadores observaron que las mejoras en el bienestar de los niños eran significativas entre los asignados al grupo de intervención en comparación con el grupo de control comunitario. Los informes de padres y maestros sugirieron que las niñas pueden beneficiarse más

de la intervención que los niños y que la asignación de grupos y la edad se consideraban importantes factores de predicción del bienestar de los niños.

En segundo lugar, se describe una intervención escolar similar para niños cuyas escuelas habían sufrido repetidos ataques terroristas en Israel. El objetivo fue reducir el TEPT, el deterioro funcional, las quejas somáticas y la ansiedad. La intervención involucra componentes cognitivo-conductuales, técnicas de arteterapia, orientación corporal, estrategias y enfoques narrativos para documentar las experiencias de los niños. El diseño fue implementado por maestros capacitados durante ocho sesiones de 90 minutos. Los padres y las familias participaron mediante asignaciones de tareas y durante dos sesiones de psicoeducación. Se encontraron efectos positivos del tratamiento en todos los resultados de interés en el grupo de control en comparación con el de lista de de espera.

En tercer lugar, en Betancourt et al. (2013) se describen dos intervenciones preventivas basadas en la escuela (ambas pilotadas en Israel) que utilizaron el enfoque de la resiliencia como mecanismo para abordar la salud mental. El primero utiliza psicoeducación y entrenamiento de habilidades de meditación y prácticas narrativas para volver a procesar experiencias traumáticas y aumentar la autoestima y el acceso a apoyos sociales. La segunda es una intervención de prevención primaria que se centra en amplificar tres factores: apoyo social, autoeficacia y atribución de significado para disminuir el malestar psicológico moderado. En ambos estudios se encontraron efectos positivos del tratamiento en la disminución del malestar psicológico en comparación con los grupos de control. En los ensayos de investigación, ambas intervenciones se implementaron como programas universales basados en el aula.

En cuarto lugar, en Betancourt et al. (2013) se hace referencia a una intervención psicosocial basada en la escuela implementada con niños en Gaza durante un período de conflicto centrado en aspectos positivos del bienestar, como una buena familia y relaciones con la comunidad, confianza, resolución de problemas y esperanza. Los resultados de este estudio indicaron efectos positivos significativos de la intervención, con una duración de al menos cuatro años. Igualmente en Bosnia, un estudio de seguimiento transversal encontró que la gravedad de los síntomas, especialmente en la reexperimentación y la evitación, se redujo significativamente entre estudiantes que participaron en un proyecto de reducción de trauma en toda la escuela, en comparación con el grupo de control. Por el contrario, en un estudio de seguimiento transversal que comparó a los participantes de la intervención con controles comunitarios en el Líbano, no se observaron efectos positivos entre los niños que recibieron una intervención en la

escuela que combina estrategias de tratamiento cognitivo-conductual con actividades como dibujar, juegos creativos y discusiones en grupo. Por consiguiente, queda mucho por avanzar a la hora de mejorar estas intervenciones y descubrir los componentes que garantizan su efectividad.

8.2 Intervenciones para reducir malestar y síntomas

También en el contexto escolar se han realizado tratamientos psicológicos dirigidos a grupos específicos de riesgo, aprovechando las dinámicas escolares y el potencial terapéutico de las relaciones entre iguales (véase Betancourt et al., 2013). Dentro de estas intervenciones tenemos:

1) Psicoterapia interpersonal grupal y juego creativo:

Se realizó un ensayo controlado aleatorio para reducir los síntomas de depresión en jóvenes afectados por la guerra del norte de Uganda. Los investigadores compararon los resultados entre los adolescentes inscritos en (1) psicoterapia interpersonal grupal adaptada, (2) intervención de juego creativo, y (3) un grupo de control en lista de espera (Bolton, Bass, Betancourt, et al. 2007). Todos los participantes fueron evaluados al inicio para puntajes altos de depresión y algunos de deterioro utilizando evaluaciones de salud mental validadas y derivadas localmente. Los resultados de este diseño aleatorio indicaron que el grupo que participó en una psicoterapia interpersonal grupal adaptada consiguió disminución en los trastornos del estado de ánimo clínicamente significativos, particularmente entre las mujeres jóvenes. Por otra parte, el juego creativo no se asoció con mejoras en la salud mental o funcionamiento, aunque los autores indicaron que el momento de las evaluaciones puede haber limitado la capacidad de ver mejoras a largo plazo en el funcionamiento. Aunque no fuese parte del estudio, los autores señalan como una evaluación de resultados psicosociales más amplios (como habilidades interpersonales, autoestima o la resolución de problemas) puede haber estado mejor alineada con los objetivos de la creatividad.

2) Programas escolares Cognitivo-conductuales basado en la escuela para niños que presentan malestar:

La terapia (TCC) para niños que presentan síntomas de salud mental se ha utilizado con grupos de refugiados y solicitantes de asilo afectados por la guerra en el Reino Unido. (Ehnholt, Smith y Yule, 2005). En comparación con los controles, los niños inscritos en este enfoque de terapia mostraron mejoras significativas en TEPT, problemas de conducta y síntomas emocionales, aunque las ganancias no se mantuvieron dos meses después de la intervención. Del mismo modo, se han

observado efectos positivos de una intervención en el aula en varios ensayos aleatorizados con niños de 8 a 12 años afectados por la guerra (Tol et al., 2008). A través de profesionales comunitarios capacitados, esta intervención se entrega en 15 sesiones en la escuela durante cinco semanas. Las sesiones incluyeron actividades de procesamiento de trauma, juego cooperativo y elementos expresivos creativos. En Indonesia, un nivel prometedor de la eficacia se demostró entre los participantes examinados en la reducción de síntomas de estrés postraumático y la ansiedad. Las participantes femeninas mostraron una mejoría de los síntomas del TEPT y una reducción del deterioro funcional. Tanto los hombres como las mujeres mantuvieron sus niveles de esperanza.

3) Entrenamiento en Habilidades + intervención psicoeducativa:

Una psicoeducación estructurada de 17 sesiones y el programa de habilidades se puso a prueba con efectos prometedores entre los adolescentes bosnios traumatizados por la guerra en la escuela (véase Cox et al., 2007 y Layne et al., 2008). Esta intervención grupal psicoterapéutica fue implementada por los consejeros escolares locales. Los resultados del estudio reflejaron reducciones significativas en los síntomas de TEPT y depresión, así como mejoras en el duelo complicado entre los participantes de la intervención en comparación con un grupo de control. Estos resultados sugieren que los programas en el aula que combinan psicoeducación, desarrollo de habilidades y contacto con un terapeuta de apoyo pueden ser adecuados para reducir el malestar en los jóvenes expuestos a la guerra que viven en entornos de bajos recursos.

4) Formación profesional + Intervención de apoyo psicosocial:

En el norte de Uganda se suministró intervención educativa para proporcionar formación profesional y apoyo psicosocial según fuese necesario (Bannink-Mbazzi y Lorschiedter, 2009). En este programa, se proporcionó apoyo psicosocial a los jóvenes que puntuaban por encima del punto de corte en una evaluación de malestar psicosocial. El programa consistió en asesoramiento en estrategias de afrontamiento y en métodos cognitivo-conductuales, así como facilitar referencias para jóvenes que requieren seguimiento adicional. La intervención tuvo como objetivo proporcionar un enfoque integrado para todos los jóvenes afectados por la guerra que solicitasen oportunidades de ganarse la vida, incluidos los jóvenes con mayor necesidad de apoyo en salud mental. Los resultados de la intervención mostraron que la mayor parte del malestar de los jóvenes (incluyendo problemas para dormir, síntomas psicósomáticos y preocupaciones sobre la familia, el futuro, e ingresos) se puede mejorar proporcionando apoyo psicosocial a los estudiantes y profesores, en este caso por consejeros con una amplia gama de formación. Los

autores recomiendan como el apoyo a la salud mental, el asesoramiento a jóvenes vulnerables y la formación de profesores para apoyo psicosocial a los estudiantes, debe incorporarse en los servicios generales de salud y en los programas.

5) Psicoterapia de duelo / trauma dirigida por maestros:

Un plan de estudios escolar para reducir trauma psicosocial y promover la curación social en los niños de Croacia afectados por la guerra también demostraron resultados positivos. En este estudio, los maestros recibieron capacitación en forma de psicoterapia centrada en el trauma / el duelo desarrollada en colaboración con trabajadores sociales locales y psicólogos. Se llevaron a cabo sesiones grupales semanales con el grupo de intervención durante un período de cuatro meses. Las evaluaciones previas y posteriores, incluido un seguimiento de un año, examinaron los niveles de TETP, autoestima, resolución de conflictos, habilidades sociales, bienestar psicosocial, prejuicios étnicos, y logro académico. Los resultados revelaron una reducción pequeña, pero significativa, en el sesgo étnico y una reducción de los síntomas de estrés en el grupo de intervención en comparación con dos grupos de control, con efectos más positivos en la autoestima observados entre las niñas. Los investigadores propusieron que los estudios futuros den cuenta de las medidas de las actitudes de los padres. También sugirieron que la reconciliación puede comenzar en la escuela, pero es probable que se vea atenuada por el grado de aceptación de la comunidad.

6) Educación no formal + Curación de traumas:

Es una intervención de cuatro semanas dirigida tanto a las necesidades educativas como a la curación del trauma. Participaron un total de 315 niños desplazados. La intervención incluye actividades educativas no formales como módulos de alfabetización y aritmética y un módulo de curación de trauma que incluye compartir en grupo experiencias de guerra pasadas, psicoeducación con respecto a las respuestas al trauma, discusión de los recuerdos positivos antes de la guerra, y actividades recreativas (Gupta y Zimmer, 2008). Se realizó un estudio piloto no controlado en Sierra Leona durante cuatro semanas con sesiones quincenales de una hora. En el postest, los participantes mostraron una disminución de los síntomas intrusivos y de hiperactivación, pero un aumento de los síntomas de evitación. Los investigadores del estudio plantearon la hipótesis de que este aumento podría atribuirse a un mecanismo de defensa para hacer frente a los factores estresantes diarios en una situación aguda de posconflicto.

7) Intervención de crisis grupal a corto plazo:

En un ensayo que utilizó un diseño sólido entre niños afectados por el conflicto en la Franja de Gaza, los participantes de 9 a 15 años que presentan los síntomas de TEPT se asignaron al azar a uno de los tres grupos del estudio:

- (1) una intervención grupal que incluyó dibujo, juego libre, narración de cuentos y expresión de sentimientos
- (2) una intervención educativa de cuatro sesiones
- (3) un grupo de control (Thabet, Vostanis y Karim, 2005).

A los tres meses de seguimiento, ninguna intervención tuvo efectos significativos en los síntomas de TEPT o depresión. Las limitaciones del estudio incluyeron un tamaño de muestra pequeño, la falta de aleatorización, la ausencia de participación de los padres en las intervenciones, y no tener en cuenta los eventos de guerra experimentados durante el período de intervención.

8.3 Intervenciones a nivel comunitario

Para los niños también es importante la resiliencia a nivel comunitario. En la investigación sobre los niños en la adversidad, una mirada ecológica ha hecho que los investigadores hayan tratado de identificar los factores de riesgo y protección a nivel de comunidad. Se sabe que, a nivel social, participar e involucrarse en grupos puede tener consecuencias positivas para el individuo y la comunidad. Las pruebas preliminares sugieren asociaciones entre el capital social y los resultados psicosociales para los niños de los países de altos ingresos en general y en la adversidad, así como para los niños de las comunidades afectadas por el VIH-SIDA y el genocidio en Ruanda.

Algunos investigadores consideran la utilización de prácticas culturales para ayudar a restaurar el tejido social. Ejemplos de esas prácticas culturales son la potenciación del liderazgo tradicional y el uso de curanderos tradicionales y rituales locales de limpieza para reintegrar a los antiguos niños soldados a la vida en la comunidad.

Una atención especial nos merecen los niños refugiados los cuales, según los estudios, ni el acceso a las prácticas culturales ni el regreso a casa parecieron mejorar la salud mental de los refugiados (véase Mac Dermid Wadsworth, 2010). La educación superior y el nivel socioeconómico antes del desplazamiento tampoco ofrecieron ningún beneficio, quizás porque esas familias estaban mal preparadas para su nuevo estado de pobreza. Las familias informaron que sus

roles habían sido alterados. Los miembros de la familia habían tenido que asumir roles que no esperaban y para los que no estaban preparados. En algunos casos, el patriarcalismo tradicional había sido desafiado por nuevos arreglos. En otros, los niños habían asumido el papel de traductores culturales. También se consideraba que los niños brindaban a la familia esperanza para el futuro. Los abuelos a veces asumían responsabilidades por los niños cuyos padres trabajaban. Las familias luchaban por mantener relaciones con miembros de la familia que estaban muy dispersos o necesitaban ayuda. Se sabe que los padres que pueden seguir siendo solidarios, coherentes y unidos pueden minimizar los efectos de la violencia masiva en sus hijos.

Varios estudios sugieren que el grado en que aumenta el apoyo de la comunidad a lo largo del tiempo desempeña un importante papel de mejora para los niños afectados por los conflictos y la guerra. Dada la importancia del apoyo de la comunidad, describimos aquí varios procesos que activan y fortalecen las redes sociales, potencian los apoyos tradicionales y crean espacios adaptados a los niños, ya que tales intervenciones pueden ayudar a promover el bienestar individual y puede prevenir, o incluso proporcionar algunos elementos de tratamiento eficaz para trastornos en los niños. Nos basamos nuevamente en la revisión de Betancourt et al. (2013).

A) Campañas de sensibilización y programación:

En algunos programas psicosociales para niños se han incorporado campañas de sensibilización sobre las dificultades de salud mental relacionadas con la guerra y actividades de extensión comunitaria para promover buenas prácticas preventivas. Estas intervenciones tienen el potencial de aumentar la conciencia de la salud mental a nivel comunitario y reducir el estigma en torno a los problemas de salud mental en los jóvenes. Campañas de este tipo se han hecho en Angola con resultados positivos. La intervención incluyó diálogos de sensibilización con grupos comunitarios en torno a los problemas de los niños, seminarios de capacitación para líderes comunitarios quienes posteriormente abogaron por las necesidades de los niños, actividades para fomentar expresión en un contexto grupal de apoyo y reconstrucción física de los edificios de la aldea. Los adultos participantes sintieron que el proyecto ayudó a fortalecer los procesos protectores locales de la comunidad.

B) Medios masivos:

Se han utilizado para mandar mensajes de curación y reconciliación. Por ejemplo, en Angola y Mozambique, se han utilizado programas de radio para ofrecer psicoeducación al público narrando las historias y experiencias de los afectados

por la guerra. En otros países, los programas de medios han sido desarrollados y difundidos por gente joven. Están destinados a modelar un liderazgo positivo en la juventud. A medida que las redes sociales se expanden en países de bajos y medianos ingresos, muchas oportunidades se desarrollarán para examinar el impacto psicosocial de la programación en línea.

C) Esfuerzos a nivel comunitario para abordar la curación:

Esta investigación enfatiza la importancia de las intervenciones que ya se utilizan en las comunidades afectadas. En muchos entornos, las prácticas de curación tradicional hacen contribuciones críticas a la curación social en el contexto de la guerra. Por ejemplo, en Zimbabwe, se sabe que los curanderos involucran a la familia y la comunidad, sacan a relucir las preocupaciones sobre los problemas de los niños, facilitan la reconciliación en las familias y el entorno comunitario y crean un clima de restauración.

Por otra parte, se está prestando cada vez más atención a los esfuerzos de reconciliación que pueden abordar las relaciones sociales dañadas y las violaciones de los derechos humanos mediante procesos judiciales y, de ese modo, promover la curación psicológica a nivel macro. Las comisiones de la verdad y la reconciliación han sido parte de esfuerzos de reconciliación en una serie de entornos, pero son necesarias investigaciones adicionales que intenten abordar los posibles efectos preventivos de los mecanismos de justicia transicional en las relaciones sociales y la salud mental de la población.

D) Rehabilitación basada en la comunidad:

Esta amplia intervención tiene por objeto promover el trabajo en equipo entre las familias, las organizaciones y las comunidades para asegurar que las personas con discapacidad puedan maximizar sus capacidades físicas y mentales y contribuir a la vida comunitaria. La rehabilitación basada en la comunidad tiene especial relevancia para la construcción de la paz en conflictos caracterizados por divisiones arraigadas basadas en diferencias raciales, étnicas y religiosas. Estas intervenciones destinadas a crear conciencia, generar empatía y combatir el estigma sobre las discapacidades mentales y cognitivas tienen un potencial significativo para beneficiar a los niños afectados por la guerra, las familias y comunidades.

Dentro de estas iniciativas comunitarias que se viene desarrollando en la actualidad, el Child Mind Institute (2016) dentro de la Guía de recuperación para padres, maestros y líderes comunitarios que hemos mencionado anteriormente,

ofrece orientaciones a los padres acerca de cómo ayudar a los niños a enfrentar un evento traumático.

Consejos para Padres para ayudar a Niños a enfrentar un Evento traumático	
Pautas para la comunicación	
Comparta información sobre el suceso:	Siempre es mejor aprender los detalles de un evento traumático de un adulto seguro y confiable. Sea breve y honesto, y permita que los niños hagan preguntas.
Prevenga o limite la exposición a noticias relacionadas con el suceso:	Ver eventos traumáticos relatados en la televisión o en el periódico o escucharlos en la radio puede hacer que parezcan más frecuentes de lo que ocurren en la realidad.
Escuche bien al niño:	Es importante comprender cómo ve el niño la situación y qué le resulta confuso o preocupante. No lo sermonee, solo sea comprensivo. Hágales saber a los niños que está bien decir cómo se sienten en cualquier momento.
Reconozca lo que el niño está sintiendo:	Si un niño admite una inquietud, no responda: "Oh, no te preocupes", porque puede sentirse avergonzado o criticado. Simplemente confirme lo que está escuchando: "Sí, entiendo que estás preocupado".
Sepa que está bien responder "no lo sé":	No se preocupe por no saber exactamente lo que debe decir, después de todo, no hay una respuesta que haga que todo esté bien.
Sepa que las preguntas pueden persistir:	Debido a que las consecuencias de un desastre pueden incluir situaciones en constante cambio, los niños pueden tener preguntas en más de una ocasión. Hágale saber que está listo para hablar en cualquier momento.
Fomente la discusión familiar sobre temas como la muerte:	Cuando las familias hablan y se sienten tristes juntos, es más probable que los niños compartan sus sentimientos.
Pautas para la interacción	
Haga que su hijo se sienta seguro:	Actos como abrazos o simplemente una palmadita tranquilizadora en la espalda pueden proporcionar sensación de seguridad, que es tan importante después de un evento alarmante o perturbador.

Mantenga las rutinas siempre que pueda:	En medio del caos, las rutinas y horarios claros aseguran a los niños y les demuestran que la vida volverá a estar bien.
Ayude a los niños a divertirse:	Anime a los niños a hacer actividades y jugar con otros niños. La distracción es buena para ellos y les da un sentido de normalidad.
No le de demasiada responsabilidad al niño:	Esto podría ser muy estresante para los niños. Aun así es bueno que los niños realicen algunas tareas
Ayude a los niños a relajarse:	La respiración se vuelve superficial cuando la ansiedad se establece. La respiración abdominal puede ayudar a los niños a calmarse.
Preste atención a los signos del trauma que pueda presentar el niño:	Dentro del primer mes después de un desastre, es común que los niños parezcan estar bien o que, en general, se sientan malhumorados o demasiado cercanos. Después de que el impacto desaparezca, los niños pueden experimentar más síntomas.
Pautas para el comportamiento parental	
Actúe con calma:	Los niños buscan a los adultos para sentirse tranquilos después de que hayan ocurrido eventos traumáticos. No discuta sus ansiedades con sus hijos o cuando estos estén cerca.
Cuídese:	Puedes ayudar mejor a tu hijo si también te ayudas a ti mismo. Hable sobre sus preocupaciones con amigos y familiares. Podría ser útil formar un grupo de apoyo.
Otros	
Ofrezca ayuda especial a los niños que presenten necesidades especiales:	Estos niños pueden requerir más tiempo, apoyo y orientación que otros niños. Es posible que necesite simplificar el lenguaje que usa y repetir las cosas muy a menudo. Es posible que también deba adaptar la información a la fortaleza de su hijo
Sepa cuándo buscar ayuda:	Aunque la ansiedad y otros problemas pueden durar meses, busque ayuda inmediata de su médico de cabecera o de un profesional de la salud mental si no disminuyen o si su hijo comienza a escuchar voces, ve cosas que no están presentes, se preocupa excesivamente y tiene rabietas o se lastima a sí mismo o a los demás.

Tabla 23: Consejos para Padres para ayudar a Niños a enfrentar un Evento traumático (Child mind institute, 2016)

8.4 Intervenciones multinivel

En las comunidades también se han realizado intervenciones multinivel que tienen como objetivo abordar simultáneamente cuestiones de funcionamiento psicológico, adaptación social y cultural, salud física y dificultades psicosociales continuas. Aunque la evidencia que respalda su uso es limitada, es importante que tales programas ofrezcan una variedad de intervenciones porque los niños y adolescentes expuestos a la guerra, el terrorismo, los desplazamientos, y los niños refugiados pueden estar expuestos a diversos factores estresantes y desafíos que conducen a una compleja gama de reacciones psicológicas. El ajuste psicológico de un niño o adolescente que ha padecido la violencia organizada está influenciado por una serie de factores diferentes que pueden estar interrelacionados o ser independientes.

A nivel social, estas intervenciones tienen como objetivo influir en un entorno más amplio a través de la promoción de más servicios y vivienda estable, promover el dominio del idioma, mejorar solicitudes de inmigración y oportunidades de empleo. Como se ha mencionado, desde una perspectiva en Derechos humanos en salud mental, la restauración de un entorno de apoyo para estas poblaciones son claves para estabilizar su salud psicológica (Betancourt y Williams, 2008). No es suficiente un enfoque en sanar los efectos de un trauma producido por estos eventos traumáticos sin considerar que ese niño puede estar siendo golpeado o sexualmente abusado en el hogar o en la comunidad, o cuyas necesidades básicas de supervivencia son una lucha cotidiana (Mels et al., 2010; Miller y Rasmussen, 2010, citados en Fazel, Reed y Stein, 2015) Las intervenciones multiniveles también han tratado de abordar las necesidades comunitarias y escolares.

En esta línea, Tyrer y Fazel (2014) realizaron una revisión sistemática de las intervenciones comunitarias y escolares para niños y adolescentes desplazados. Los autores encontraron 20 estudios en total, de los cuales siete se realizaron en entornos de campamentos de refugiados y el resto fueron principalmente intervenciones escolares en países de ingresos altos. Las intervenciones fueron una combinación de intervenciones individuales, familiares y grupales o en el aula que utilizaron una variedad de técnicas de arte creativo, a menudo en combinación con intervenciones centradas en el trauma.

Fazel et al., (2015) hacen referencia a los objetivos de estas intervenciones multiniveles y las investigaciones que las respaldan en niños desplazados. En primer lugar, ayudar a fortalecer a las familias. Esto se debe a que un hallazgo consistente en todos los estudios es la importancia del apoyo de los padres para la

salud mental de los niños como ya ha sido abordado en este libro (Tol et al., 2013). En segundo lugar, restaurar las redes sociales de apoyo para los niños y sus familias (Jordans et al., 2010). En tercer lugar, la importancia de aprovechar los recursos culturales y las redes de parentesco (Tingvold et al., 2012). Los autores concluyen que las necesidades psicológicas individuales de los niños desplazados requieren un abordaje utilizando las intervenciones disponibles más efectivas. Además, las necesidades generales de esta población necesitan ser consideradas (por ejemplo, vivienda o educación). Son necesarios servicios clínicos que trabajen para ayudar todas estas áreas y que garanticen la flexibilidad en la respuesta a las diferentes problemáticas que plantean estos niños. Además, es importante la relación e implicación de los terapeutas en estas áreas, por ejemplo en conseguir asilo. Cubrir todas estas necesidades de salud, educación, vivienda etc., es todo un desafío para los países del tercer mundo que no cuentan con los recursos adecuados. Es importante comentar que los programas de detección de refugiados deben administrarse a su llegada a los países receptores para evitar retrasar el tratamiento sensible a la cultura (Myers y Neglected, 2014, citado en Wolmer et al., 2017).

A continuación vamos a mencionar otros ejemplos de intervenciones multiniveles que se han desarrollado en el mundo. Un primer ejemplo lo encontramos en un paquete de atención escalonada de varios niveles en cuatro países afectados por la guerra (Burundi, Indonesia, Sri Lanka y Sudán, utilizando un marco integral de seguimiento y evaluación (Jordans, Komproe y Tol, 2011). El paquete comunitario incluía intervenciones que iban desde psicoeducación a nivel de población a referencias especializadas para niños que necesitan atención psiquiátrica especializada. Las actividades de prevención primaria incluyeron la creación de apoyo social a través de grupos ocupacionales mientras una intervención preventiva secundaria en el aula estaba dirigida a niños con malestar emocional. Se ofreció tratamiento psicosocial individual a las personas con problemas más graves y se contactó con los servicios psiquiátricos disponibles para facilitar las derivaciones. A través de estos entornos, casi 30.000 niños beneficiarios expresaron altos niveles de satisfacción. Los autores recomendaron que reducir los costos y las cargas sobre los terapeutas puede ayudar a aumentar la sustentabilidad de los tratamientos.

Un segundo ejemplo lo encontramos en un estudio piloto con niños y adolescentes refugiados kosovares en Alemania (Mohlen, Parzer, Resch y Brunner, 2005) donde se ofreció un tratamiento que combinaba sesiones individuales, sesiones grupales, sesiones familiares y sesiones exclusivas para padres. También se incorporaron técnicas creativas y psicoeducación. Tanto las experiencias traumáticas pasadas

como las actuales se abordaron en la intervención. Los resultados posteriores al tratamiento mostraron una disminución significativa en los niveles de síntomas de TEPT, la depresión y la ansiedad entre los participantes. Además se obtuvieron mejoras en el funcionamiento psicosocial. Aunque no se utilizó ningún grupo de control en este pequeño ensayo, los resultados preliminares son prometedores y debería provocar un análisis más profundo de las ventajas de las intervenciones multinivel.

Un tercer ejemplo de intervenciones de este tipo ha realizado Lee, Nguyen, Russell, Aules y Bolton (2018) con niños en campamentos de desplazados. Los autores llevaron a cabo una breve evaluación de las necesidades cualitativas para explorar los problemas prioritarios entre esta población que incluyeron: problemas de conducta, uso de sustancias, efectos de la guerra y sentirse triste / deprimido / sin esperanza. Los resultados de esta exploración sugieren que la mayoría de los problemas estaban relacionados con eventos específicos que evidencian que los síntomas en sí mismos son respuestas a situaciones inusuales como ver o experimentar eventos traumáticos de la guerra. No obstante, los problemas también estaban relacionados con factores de estrés psicosocial actuales como la pobreza, la mala nutrición y la discriminación. Los efectos de la guerra se describieron principalmente como una constelación de problemas sociales y económicos más que como una lista de síntomas de salud mental, aunque las descripciones de estos problemas incluían síntomas de estrés postraumático. Estos hallazgos encajan bien dentro de los modelos explicativos del malestar que incluyen tanto la exposición directa al trauma como la exacerbación de los factores estresantes diarios. La intervención se centró en la adaptación y prueba de enfoques de tratamiento transdiagnóstico que pueden abordar no solo los síntomas del trauma sino también la depresión, la ansiedad, uso de sustancias y la resolución de problemas.

La intervención proporcionó participación, psicoeducación, estrategias de manejo de la ansiedad, activación conductual, afrontamiento cognitivo, exposición gradual en imaginación, así como componentes para la planificación de la seguridad (por ejemplo, evaluación del suicidio y planificación de riesgos) y reducción del consumo de sustancias. También incluyó un componente de crianza dada la importancia de los padres en el apoyo a los niños. Además, los líderes religiosos, los líderes comunitarios y los maestros fueron mencionados como personas importantes que apoyaban a los niños en este contexto y, por lo tanto, se les informó de los servicios y se les pidió que alentasen a los jóvenes y los cuidadores a buscar servicios en caso de que los necesitasen. Los hallazgos demostraron que esta intervención de asesoramiento, desarrollada y probada previamente con

adultos, fue una intervención apropiada para satisfacer las necesidades de esta población.

Por último, algunas iniciativas comunitarias han pretendido fortalecer la resiliencia a nivel del grupo de iguales. Se han estudiado las relaciones positivas con los compañeros como factores de protección para los niños en la adversidad. El apoyo del grupo de iguales parece estar asociado a resultados favorables para los niños expuestos a la violencia en la comunidad, por ejemplo, por los efectos moderadores sobre la ansiedad. Los efectos beneficiosos observados en actividades de participación de los niños en la asistencia humanitaria en situaciones de conflicto han sido observados. Se ha ofrecido la posibilidad de que participasen en el desarrollo de la comunidad y en la consolidación de la paz, en el aumento de la competencia y la confianza sociales, en el aumento de la eficacia como grupo y los cambios positivos en el bienestar psicosocial, incluida la reconstrucción de los lazos sociales destruidos por el conflicto.

9. Conclusiones

Diversos autores han pedido un cambio de paradigma en el estudio de las repercusiones psicosociales de la guerra y el terrorismo en los niños, adolescentes y adultos, pasando de la descripción de las conclusiones en términos de sistemas de clasificación psiquiátrica al examen de los efectos de las situaciones de estrés crónico, los factores de protección y mediación, y las funciones del contexto cultural, el género y el tipo de situación de conflicto. En este sentido, las construcciones sociales de las personas dentro de cada cultura tienen que ser consideradas para entender los procesos de resiliencia o los factores de riesgo relativos a un evento traumático. Un marco ecológico es útil para considerar cómo las intervenciones multinivel pueden mejorar la salud mental y bienestar psicosocial a largo plazo. Cada vez más, aumenta el reconocimiento de que las intervenciones de salud mental deben ser comunitarias basadas en las secuelas del trauma de la guerra, la violencia política organizada y el terrorismo.

No puede olvidarse que la resiliencia, la capacidad de superar la adversidad, es una alternativa de salud mental para un individuo herido que busca desarrollarse, tras el trauma, en su familia y en su sociedad. Es la actitud ante el sufrimiento psíquico que preconiza la OMS: inscribir todo problema psicológico en el marco de la salud mental de la sociedad. Por lo tanto, la atención a las víctimas del terrorismo, de la violencia masiva, plantea el resto de hacer frente a los problemas que pueden presentar en las sociedades, comunidades y culturas donde viven.

De acuerdo con esta línea de pensamiento, las recomendaciones recientes para los programas de intervención en crisis han tenido en cuenta el hecho de que el entorno postraumático tiene una influencia importante en la recuperación de las víctimas de violencia. Resulta esencial facilitar el apoyo social, incluidos los intentos de aumentar la cohesión de la comunidad cuando las comunidades se ven afectadas. Así, tanto a nivel individual como a nivel comunitario, los programas de prevención e intervención deben tener como objetivo facilitar el apoyo para limitar los efectos negativos de la exposición a la violencia masiva. Los gestores de políticas de salud mental y los profesionales de esta área deben considerar la posibilidad de desarrollar programas de apoyo social, así como mejorar la percepción del apoyo social.

Como bien establece el Relator Especial de la ONU, es necesario adoptar una perspectiva en salud mental desde los Derechos humanos que supone considerar que, para la mayoría de los problemas de salud mental, las intervenciones psicológicas y sociales deben considerarse como la principal opción para el tratamiento. Dado que las víctimas del terrorismo se consideran víctimas de violaciones de estos derechos, resulta imprescindible adoptar esta perspectiva en la atención a este tipo de víctimas, tanto en el ámbito jurídico como en el psicológico y en el trabajo social.

La atención a las víctimas de la violencia en general y del terrorismo en particular, necesita un sistema interdisciplinario que proporcione atención médica, psicológica, jurídica, social mediante una práctica comunitaria. Basada en la comprensión sistémica del sufrimiento de las víctimas del terrorismo, así como intervenciones en red. El mantenimiento de las víctimas en un contexto de vida similar a aquel en que vivieron las agresiones facilita la cronificación de las lesiones y secuelas del trauma. Necesitamos políticas integradoras, desde varias disciplinas.

Debemos diseñar y fortalecer una sólida política pública de atención a las víctimas del terrorismo, desde una perspectiva interdisciplinaria. Es importante atender el papel de los psicólogos, los médicos, los comunicadores, los economistas, los juristas y abogados, los trabajadores sociales, todos los profesionales. En la atención a las víctimas del terror falta una verdadera política pública, integradora.

Como el aislamiento y la desconexión social de las víctimas es un hecho constatado, se trata de contrarrestarlos creando nuevas formas de pertenencias basadas en la solidaridad y la esperanza. De ahí que se hace necesario e imprescindible reorientar la política de atención a las víctimas por parte de los Estados, la cual planteará varias tareas dentro de las cuales se encuentra sensibilizar a la comunidad en relación a los que son los traumas y sus secuelas,

fomentando una verdadera red de apoyo social a las víctimas en las que reciban un trato adecuado conforme a su dignidad humana y contribuya al reconocimiento del daño moral ocasionado por el terrorismo. Esta labor la consideramos imprescindible en el momento actual de la historia de España, donde las víctimas van cayendo en el olvido.

En este sentido, es necesario reformar los sistemas judiciales, policiales, administrativos para que puedan brindarles a las víctimas del terrorismo un trato cercano, humano, cálido, lejano de la burocracia fría e institucionalizada que nos caracteriza. También es necesario perfeccionar las políticas de indemnización del gobierno para que no existan víctimas de diferentes categorías en diferentes partes del mundo, luchando contra la desigualdad social.

En lo que respecta a la atención de las víctimas, se hace necesario crear programas y servicios útiles, accesibles, cercanos, disponibles, para que ellas puedan acudir en su contexto más próximo. Programas de tipo psicológico, jurídico, de asistencia social e inserción laboral. Fomentando el movimiento asociativo y colaborando, de este modo, que las víctimas pueden sentirse útiles a través de la implicación en proyectos que contribuyen a dar sentido a sus vidas. Algunas iniciativas importantes podrán tener que ver con su participación en charlas en colegios e institutos, para contribuir a la memoria histórica.

También es muy importante la creación de redes de apoyo con personas claves de su entorno, dotadas de recursos de apego y simpatía. Estas personas constituyen nuevas fuerzas de apoyo para reconstruir y reestructurar nuevas redes sociales dignas de confianza. Hay que favorecer la reconstrucción de un tejido social, restablecer los vínculos y los lazos familiares y sociales, con la finalidad de reducir el sufrimiento y encontrar las respuestas concretas a éste. Un lugar destacado aquí puede ocupar la Psicología de la Intervención social, con su papel dinamizador, pues ya sabemos que la participación comunitaria es un proceso que no se suele dar de forma espontánea y que habitualmente precisa un impulso externo y profesional.

Como demuestran las investigaciones revisadas, en los últimos años se ha generado interés en las reacciones de los niños y adolescentes frente a los traumas masivos, que han estimulado la creación de intervenciones diseñadas para abordar esas reacciones. Las aplicaciones actuales de enfoques ecológicos con niños que han sufrido la violencia masiva se han centrado en las relaciones que tienen lugar entre los factores de riesgo y de protección en diferentes niveles socioecológicos, es decir, la familia, los compañeros, la escuela y los niveles de la comunidad en general. Cuando los recursos en cualquier nivel están comprometidos, aumenta el

riesgo de problemas de salud mental. De este modo, entre los niños y jóvenes expuestos a conflicto armado, guerra o terrorismo, los resultados adversos de salud mental desencadenados por la exposición a eventos horribles son agravados por el daño relacionado con el suceso a los sistemas de apoyo extendidos (familiar, social, económicos, políticos) que generalmente fomentan el desarrollo infantil saludable. Cuando los recursos a través de la ecología social son más fuertes, los niños pueden lograr resultados más positivos, incluso frente a situaciones extremas.

De ello se desprende que las intervenciones destinadas a reconstruir o fortalecer dichos recursos, tienen el potencial de mejorar la capacidad de resiliencia y atenuar los efectos de las experiencias de guerra y terrorismo. Sin embargo, este modelo de intervención ecológico a menudo se cuestiona. Por ejemplo, dentro del entorno escolar, las intervenciones pueden estar dirigidas a prevenir problemas de salud mental en todos los niños de la escuela o dirigidas a grupos específicos en riesgo. En este sentido, el debate continúa con respecto a la priorización de intervenciones, es decir, tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos para personas que padecen trastornos mentales identificados o programas psicosociales e intervenciones preventivas para fortalecer los factores de protección que refuerzan el bienestar social. Aunque las investigaciones argumentan que la integración de estos paradigmas puede ser lo óptimo para garantizar la salud mental, una falsa dicotomía entre los dos persiste (Betancourt y Williams, 2008). En verdad, las estrategias de intervención combinadas que atienden tanto a promoción de la salud mental y enfoques clínicos basados en la evidencia (dirigidos a personas con enfermedades mentales) cuentan con apoyo consensuado (Inter-Agency Standing Committee, IASC, 2006).

La investigación relacionada con terrorismo y conflictos armados en los niños y la comprobación de la eficacia y efectividad de las intervenciones implementadas a nivel individual, familiar, escolar y comunitario presenta varios desafíos. De hecho, la realización de intervenciones en estos casos es intrínsecamente compleja por varias razones. En primer lugar, los atentados terroristas adoptan muchas formas; son impredecibles creando caos y, a menudo, dañan importantes infraestructuras en las comunidades. En segundo lugar, plantean el reto de categorizar diferentes tipos de exposición traumática y la gravedad de los mismos. En tercer lugar, la dificultad para comenzar la investigación inmediatamente después de la exposición debido al caos del entorno posterior al evento terrorista, las preocupaciones éticas y lo relacionado con la financiación de las intervenciones. En cuarto lugar, se presenta el desafío de utilizar herramientas de evaluación que

controlen la participación de los cuidadores (maestros, profesores, padres, etc.) debido a su propio malestar, puede llevar a la evaluación sesgada.

En cualquier caso, las intervenciones que se realicen en estos contextos necesitan evaluar las necesidades de los niños, los adolescentes y sus familias y encontrar cómo favorecer su resiliencia, evaluando sus problemas e interviniendo para ayudarlos a evitar o superar los problemas consecuencias de la violencia masiva. En base a la literatura revisada en este capítulo queda claro que son necesarios programas de intervención y prevención dedicados a los preescolares que sufren este tipo de violencia. Es crucial seguir investigando en el desarrollo de programas de tratamiento basados en la evidencia y en los resultados de las investigaciones que hasta el momento se han llevado a cabo y una evaluación de la efectividad de los programas de tratamiento comunitario que se proporcionan a los menores tras los atentados terroristas. En particular, llamamos también la atención sobre el desarrollo de programas para los millones de refugiados en todo el mundo, cuyo sufrimiento no desaparecerá sin apoyo profesional, pero también sin la mejora de sus condiciones de vida.

Cuando nos centramos en la realidad en que encuentran los niños desplazados en el mundo, que han sufrido un desplazamiento forzoso debido a los conflictos armados, el terrorismo etc. (al intentar satisfacer las necesidades de salud mental de estos niños) las intervenciones para abordar el trauma y las relaciones familiares deben realizarse junto con los intentos de abordar los sistemas sociales, económicos y educativos que han sufrido el impacto de la guerra o la violencia masiva. Esto puede parecer una tarea imposible para los países del tercer mundo en los que la mayoría de los niños desplazados viven, dada su falta general de servicios de salud mental, especialmente para los jóvenes. Lo mismo sucede con garantizar el acceso a la educación y el empleo, factores claves para su salud mental a largo plazo (Viner et al., 2012). Por lo tanto, el acceso a estos recursos es un desafío adicional en estos contextos. Por consiguiente, las intervenciones desarrolladas en entornos de altos ingresos es improbable que sean generalizables a estos entornos. De hecho, aunque muchas escuelas en entornos de altos recursos han implementado programas con el objetivo principal de la prevención de los efectos de la violencia, pocas de estas intervenciones se han implementado y evaluado en entornos de ingresos bajos y medios afectados por los conflictos armados y el terrorismo.

En general, puede decirse que el campo relativo a las intervenciones con niños y adolescentes y adultos que han sufrido la violencia masiva ha madurado lo suficiente para ofrecer direcciones sobre la disponibilidad y beneficio potencial de estas intervenciones, sobre todo a nivel individual y de familia, y para proporcionar

una evaluación con base en la evidencia. No obstante, a pesar del progreso prometedor en la evaluación rigurosa de programas, existen grandes lagunas en nuestro conocimiento con respecto a la eficacia de las intervenciones psicosociales de salud mental para niños, adolescentes y jóvenes afectados por la guerra y el terrorismo. Por ejemplo, faltan investigaciones sobre prevención y mantenimiento de los resultados, siguiendo un enfoque ecológico desde el individuo hasta la familia, a nivel de los iguales y de la comunidad (véase Betancourt et al., 2013).

De hecho, estos autores en su revisión dejan claro que no hay evidencia suficiente disponible para guiar a los profesionales en diseñar intervenciones preventivas y de mantenimiento. Llamamos la atención sobre la importancia de este tipo de intervenciones que tienen un alto potencial para aumentar la productividad de los países que salen de un conflicto y han recibido mayor atención para su uso en grupos de alto riesgo (niños con depresión, cuidadores o personas que viven en la pobreza extrema). En entornos afectados por la guerra y el terrorismo, debido a que los enfoques individuales de prevención pueden ser limitados debido a su uso intensivo de recursos, cobran mucha importancia las intervenciones que aprovechan los factores protectores existentes relacionados con el apoyo social, el apoyar una crianza saludable en el seno de las familias y la mejora del apoyo dentro del contexto escolar y comunitario. En esta dirección, se está prestando cada vez más atención a los programas de desarrollo de la primera infancia para jóvenes y niños en la adversidad (Betancourt et al., 2013). Como bien plantean estos autores, tales inversiones han demostrado la capacidad, a largo plazo, de mejorar la productividad y reducir los problemas sociales entre los grupos de riesgo.

Lo cierto es que la evidencia para las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial para niños y adolescentes en zonas de conflicto armado y que sufren los eventos terroristas está aumentando y los efectos prometedores de la intervención han sido identificados a través de una investigación rigurosa. Finalmente, una perspectiva ecológica permitiría a los profesionales identificar aspectos del entorno social que podrían reforzarse como parte de intervenciones más amplias a un nivel más universal.

En base a lo anteriormente expuesto, existen necesidades de primerísimo orden en que organismos e instituciones, políticos y profesionales deberán centrar su atención en los próximos años, promoviendo la salud mental y el ajuste psicosocial de las víctimas del terrorismo y facilitando la resiliencia individual y comunitaria.

Capítulo IX

Reflexiones finales

Las consecuencias psicológicas, familiares, socioeconómicas y políticas del terrorismo sugieren que es necesario ampliar el marco de evaluación de los problemas relacionados con el mismo y extender el alcance de las intervenciones para abordarlos. Las evaluaciones clínicas y comunitarias del impacto del terrorismo en la salud mental deben tener en cuenta varios factores.

En primer lugar, el terrorismo es un trauma provocado por el hombre cuyo grado de brutalidad e inhumanidad puede romper la confianza básica en las personas, atacando los mismísimos cimientos con los que hemos contruido la civilización humana. Los ataques terroristas rompen la sensación de seguridad de los niños, jóvenes y adultos, provocando o reactivando el miedo, la ansiedad y la ira, generando trastornos mentales y transformando su visión de sí mismos, del mundo, de las demás personas y del futuro.

En segundo lugar, hay indicios de que los niños y las familias vulnerables se ven más afectados por el terrorismo. Esta vulnerabilidad puede provenir de factores constitucionales (antecedentes de problemas mentales, genética, trastornos de salud, traumas previos), factores familiares (conflicto, dificultades en la comunicación, estilos parentales disfuncionales, psicopatología familiar) o factores sociales y culturales (precariedad socioeconómica, pertenencia a minorías, etc.).

En tercer lugar, a nivel de investigación, se debe prestar atención al impacto específico del contexto del terrorismo en niños y jóvenes y, en particular, el papel que juega en dicho impacto el desarrollo psicológico, el género y las variables familiares, culturales y sociales. Serían también muy necesarias las investigaciones acerca del curso y pronóstico de las consecuencias psicopatológicas del terrorismo sobre los niños y adolescentes y profundizar en las variables que forjan su resiliencia. Es crucial comprender y, a su vez, conocer mejor las necesidades clínicas de la mayoría de los niños y jóvenes afectados por el terrorismo en todo el mundo, lo cual es imprescindible para la intervención psicológica y para la creación de políticas victímales basadas en estas necesidades. Esto sería necesario en una atención de calidad a las víctimas del terrorismo, pero también para garantizar a estos niños una vida adulta libre de traumas y de problemas emocionales o de conducta.

En cuarto lugar, es necesario profundizar en el efecto interactivo complejo del terrorismo en la familia de los niños y los entornos sociales locales, considerando

que puede generar cambios profundos y duraderos en la estructura, funcionamiento familiar y en las comunidades donde ocurre, siendo necesario asumir la diversidad de las comunidades.

En quinto lugar, a nivel metodológico, se debe tener cuidado con la contaminación de los resultados por la dimensión política e ideológica del tema, que puede resultar en exagerar o minimizar el impacto de los eventos terroristas y del contexto. En ambos supuestos, el daño psicológico de las víctimas se puede agravar como ha sucedido con los procesos de victimización secundaria en España.

Con respecto a la intervención, el paradigma de salud mental en la atención a las víctimas de la violencia masiva tiene que ser cambiado. No podemos quedarnos con el predominio del modelo biomédico, que ha resultado en un uso excesivo de medicalización e institucionalización. En España, en la atención a las víctimas del terrorismo, hemos visto el fracaso de este modelo cuando se ha usado de modo predominante durante años, descuidando y/o no tomando en consideración las necesidades de las víctimas y los factores personales, familiares y sociales implicados en su recuperación. Las investigaciones han demostrado la alta prevalencia de los trastornos mentales en las víctimas del terrorismo, en comparación con la población general, muchos años después de sucedido los atentados (García Vera et al., 2016). Muchas de estas personas, en muchos casos, habían sido tratadas con psicofármacos o estaban consumiendo los mismos. Para las víctimas del terrorismo que sufren TEPT, TDM o trastornos de ansiedad, no parece que exista hasta la fecha ningún estudio publicado que haya analizado la eficacia o utilidad clínica de los psicofármacos en solitario (García Vera et al., 2015). En nuestro país, en los últimos años, gracias a la introducción de los tratamientos psicoterapéuticos basados en la evidencia, la capacitación de los profesionales que los realizan y la creación de una red nacional de atención a las víctimas, entre otros logros, se han podido conseguir avances en la mejora de la salud mental de este colectivo.

Con relación al empleo de psicofármacos en niños y adolescentes, las revisiones clínicas no apoyan la eficacia del uso de ISRS en el tratamiento del TEPT entre niños y adolescentes (Hengartner, 2020; Strawn, et al., 2010) y las guías de buenas prácticas clínicas desaconsejan su uso en los mismos (por ejemplo, NICE, 2018). Los resultados de la revisión de Hengartner (2020) arrojan que los antidepresivos en niños y adolescentes están asociados a un aumento del riesgo de suicidio y supone muy poco beneficio terapéutico. A pesar de estas recomendaciones, resulta muy preocupante el enfoque cada vez más medicalizado de la salud mental en esta población y el incremento, en particular, del uso de antidepresivos

(Bachmann et al., 2016; Wolmer et al., 2017), situación que se viene produciendo en la pandemia actual (Pedreira, 2021).

En la intervención a las víctimas de la violencia masiva en el mundo es necesario incrementar la atención psicológica, ofreciendo tratamientos centrados en la evidencia, aquellos recomendados en las guías de buenas prácticas clínicas. En la línea de determinar el tratamiento más adecuado para los trastornos psicológicos presentes en los adultos víctimas del terrorismo, García-Vera y Sanz (2016) recomiendan la Terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT). Esta terapia se ha mostrado eficaz y útil en la práctica clínica para el tratamiento del TEPT y de los trastornos depresivos y de ansiedad que pueden presentar las víctimas de atentados terroristas, incluso con víctimas que sufren dichos trastornos a muy largo plazo (15-25 años después de los atentados).

Con respecto a las intervenciones en niños y adolescentes, según señala el informe de UNICEF (2021) resulta muy alarmante, a nivel mundial, la gran brecha existente entre los problemas de salud mental en la infancia y la inversión de los países en programas de prevención y tratamiento, situación agudizada con la pandemia actual. Tal y como se señala, los jóvenes y niños presentan una elevada carga de problemas de salud mental, incrementados con la crisis del coronavirus, siendo la inversión en prevención y tratamiento mínima incluso antes del inicio de la pandemia. Sólo el 2% de los presupuestos sanitarios se destinan a la salud mental a nivel mundial. Esta falta de financiación, unido al estigma, “están impidiendo que demasiados niños experimenten una salud mental positiva o puedan acceder al apoyo que necesitan”. Como plantea este informe, los problemas de salud mental que afectan a la población infanto-juvenil son un asunto muy serio que requiere una atención urgente y de calidad.

En particular, en la atención a la salud mental en la población infanto-juvenil víctimas de la violencia masiva es necesaria una urgente y mayor inversión pública en recursos y servicios sanitarios, acompañada de unas medidas transversales a través de las que se impulse la prevención, la promoción y la atención de la salud mental en todos los niveles y sectores implicados: familia, sector educativo, social, etc. En esta línea, es necesaria la implementación de intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito sanitario, siendo la Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) para niños y adolescentes con TEPT la que se recomienda como tratamiento de primera línea en varias guías de buenas prácticas clínicas internacionales. Por consiguiente, debería ser el tratamiento de elección en la población infanto-juvenil que ha sufrido el terrorismo.

No obstante, dados los pocos estudios realizados específicamente en las víctimas del terrorismo, es necesaria más investigación en la aplicación específica de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en niños de diferentes edades, adolescentes y jóvenes. Asimismo, se requiere también investigar los componentes responsables de la eficacia de esta modalidad de tratamiento en esta población (Lewey et al., 2018) y comprender el papel de la comorbilidad del TEPT en los resultados de tratamiento (Goldbeck et al., 2016; Lewey et al., 2018).

En esta línea, los tratamientos centrados en trastornos únicos pueden tener limitaciones. Por ejemplo, las intervenciones para el TEPT pueden no abordar de manera suficiente la comorbilidad. La realidad de la polivictimización y la consiguiente comorbilidad de los problemas de salud mental entre las personas afectadas por la violencia masiva deben reconocerse. La razón es que este tipo de violencia trae consigo una serie de factores estresantes y la presentación de consecuencias emocionales, conductuales y sociales puede ser compleja. Es necesario un modelo de atención escalonada que implique un tratamiento multicomponente para múltiples tipos de problemas psicológicos, incluyendo problemas psiquiátricos agudos.

También es necesario examinar los moderadores del tratamiento para niños y adolescentes con TEPT (Danzi y La Greca, 2020) y otros trastornos mentales. Otro problema a examinar es cómo se ha dado prioridad al estudio del TEPT (en niños y adolescentes) y descuidado los trastornos depresivos y ansiosos, los problemas de conductas, los trastornos por abusos de sustancias y las pérdidas traumáticas. Por ejemplo, el tratamiento de la depresión ha sido descuidado, a pesar de la gravedad de la depresión que se ha encontrado en adolescentes impactados por el terrorismo (véase Kar, 2019, para una revisión).

En general, es necesario un seguimiento de las intervenciones realizadas con las personas y las parejas y/o familias, para comprobar su eficacia a lo largo del tiempo, revisándose a medida que los niños crecen, pues se desconoce el nivel de recaídas que se producen en entornos de escasos recursos afectados por la guerra y el terrorismo. Estas realidades implican el desarrollo de medios y una planificación a largo plazo para brindar atención fuera de las intervenciones humanitarias a corto plazo, fortaleciendo el sistema de salud mental. Del mismo modo, en entornos de mayores recursos, los investigadores han observado efectos positivos de los enfoques por fases para los niños afectados por la violencia masiva; destacándose la importancia del uso de modelos de atención escalonada que comienzan con intervenciones estabilizadoras de base amplia para todos los niños afectados por estas situaciones, pero que avanzan hacia tratamientos cada vez más especializados para esos niños que no responden a los enfoques de

tratamiento general. La investigación deberá profundizar en los procesos y factores que promuevan resultados positivos después de una adversidad extrema. A pesar de la violencia, muchos niños, adolescentes y adultos son resilientes.

Asimismo, se requieren intervenciones que aborden el impacto del terrorismo continuo o conflicto armado en el mundo infantil (Hamiel et al., 2017). Parece que es necesaria la integración psicoterapéutica y programas socioeducativos destinados a hacer frente a esta situación, los cuales serían de gran importancia para prevenir el ciclo potencial de la violencia en las futuras generaciones.

Además de considerar los enfoques de tratamientos basados en la evidencia para víctimas del terrorismo, se hace imprescindible considerar las conclusiones del Grupo de trabajo de la APA sobre relaciones basadas en evidencia y capacidad de respuesta (Véase Norcross y Lambert, 2019) donde se plantea que la relación de psicoterapia hace contribuciones sustanciales y consistentes al resultado del paciente, independientemente del tipo específico de tratamiento psicológico y explica la mejora del cliente (o falta de mejora) tanto como, y probablemente más que, el método de tratamiento particular. Las pautas de práctica y tratamiento deben abordar explícitamente comportamientos y cualidades del terapeuta que faciliten la relación de terapia y es necesario adaptar la relación terapéutica a determinadas características del paciente (además del diagnóstico), lo cual mejora la eficacia del tratamiento psicológico.

Pero, además, en la atención psicológica a las víctimas de la violencia masiva y el terrorismo en particular se debe tener en cuenta la situación particular de cada víctima o grupo de víctimas, estableciendo diversos objetivos para facilitar que los procesos de recuperación transcurran con normalidad, entre los cuales se encuentran, además de aliviar o reducir los síntomas psicológicos, promover la resiliencia y capacidad de adaptación, y mejorar el funcionamiento general de estas personas (García-Vera et al., 2016). Resulta esencial que las intervenciones no socaven los procesos de recuperación natural en las personas, familias o comunidades (Tol et al., 2012).

Considero que en la atención psicológica a este colectivo adquiere una dimensión ética abordar el sufrimiento humano como una dimensión subjetiva que no puede reducirse solo a categorías diagnósticas, lo cual hemos observado en el trabajo con víctimas de este tipo y sus familias, a muy largo plazo de sucedido los atentados terroristas. Coincidimos con los planteamientos de diversos autores que han abogado por la necesidad el abordaje del sufrimiento humano que resulta de la ruptura traumática de los esquemas y condiciones de vida de estas personas, el cual debe necesariamente basarse en comprender la experiencia de su malestar.

En última instancia, se trataría de restituir su dignidad sin negar el sufrimiento y sin poner etiquetas patologizantes (Knobloch, 2014).

En esta línea, si bien se debe prestar atención a los trastornos mentales consecuencias del terrorismo, también se debería dar más importancia a los problemas sociales que pueden interferir en la recuperación de las víctimas. Tal cual plantea el Relator Especial de la ONU, es necesario un enfoque de atención basado en el respeto a los Derechos humanos, que promueva la atención psicosocial de los trastornos de salud mental de modo integral. No puede haber verdadera salud mental en contextos donde los derechos humanos son violados, en sociedades marcadas por problemas como la violencia, la guerra, el terrorismo, el hambre, la desigualdad, la discriminación, el estigma y otras condiciones socioeconómicas que violan el derecho a una vida digna, dificultan las conexiones sociales y la integración de las personas en sus comunidades. Es por esta causa que cuando pensamos en intervenir con las víctimas de la violencia masiva, no solo tenemos que pensar en intervenciones clínicas, son necesarios cambios socioeconómicos, estrategias para reducir la pobreza y los conflictos sociales / políticos y para mejorar las oportunidades de empleo y el acceso a la educación. Las consecuencias de la guerra y el terrorismo necesitan extender la atención continua más allá de los entornos clínicos o escolares para garantizar más recursos comunitarios.

Por lo tanto, son necesarias más intervenciones que aborden la amplia gama de consecuencias del terrorismo: sus efectos psicológicos, familiares, sociales, económicos, relacionales, comunitarios que, en última instancia, pueden estar obstaculizando la recuperación de las víctimas. Se trata tener una visión más amplia que considere mejorar la calidad de vida y ofrecer el derecho a una vida digna, donde sus necesidades son tenidas en cuenta en el diseño de políticas victimales donde participen las propias víctimas. En definitiva, facilitar que las personas puedan desarrollar su potencial y reintegrarse a las comunidades donde viven apostando por un modelo ecológico de intervención.

Una verdadera atención integral a las víctimas del terrorismo, desde la salud mental, necesita perspectivas que integren lo biológico, lo psicológico, lo familiar, lo cultural y lo social, dada la multicausalidad y complejidad de los procesos que influyen en la recuperación de estas personas.

En la actualidad, pocos tratamientos integran componentes individuales, familiares, con el grupo de iguales/sociales y comunitarios. Cada vez hay más pruebas prometedoras de la eficacia de la intervención con respecto a estos tratamientos, especialmente en intervenciones basadas en la escuela con grupos

de niños y adolescentes (Betancourt et al., 2013), aunque este tipo de programas puede no ser sostenible sin cambios adicionales en la familia, los compañeros de clase y la comunidad. Por consiguiente, es necesaria una mayor integración de estas intervenciones dentro de la familia y la comunidad, aprovechando la cultura, los recursos comunitarios y familiares. En esta línea, se requiere investigación desde modelos ecológicos para conocer cómo las fortalezas individuales, familiares y comunitarias funcionan en conjunto con las intervenciones psicológicas para apoyar a los niños, con el propósito de identificar los componentes que pueden ayudar a fortalecer el tamaño de los efectos del tratamiento y, al mismo tiempo, proporcionar a los profesionales el conocimiento de aquellos procesos que ocurren naturalmente, con el objetivo de que pueden ser dirigidos y optimizados de manera flexible para abordar las necesidades específicas del contexto.

En la actualidad, el enfoque principal de la investigación radica en el desarrollo de intervenciones apropiadas y sostenibles (Tol et al., 2009). El ahorro de costes puede ser aplicado en múltiples niveles de intervención para niños, jóvenes y familias afectados por la guerra y el terrorismo. Es evidente que las intervenciones para la atención de los niños y adolescentes que necesitan los servicios de salud mental debido a exposiciones relacionadas con la guerra y el terrorismo en el mundo son actualmente limitados. El fortalecimiento y la sostenibilidad de los sistemas de salud mental son fundamentales. Es necesaria voluntad política para impulsar las reformas reales que construirían y fortalecerían los sistemas a nivel local. Coincidimos con los planteamientos de Betancourt et al., (2013) que apuntan a la necesidad de integración de una perspectiva a más largo plazo en el trabajo de las organizaciones humanitarias que apoyan programas de salud psicosocial y mental en situaciones de conflicto y de guerra, debiendo producirse un cambio de paradigma con implicación de la política a nivel local y desde el despliegue de soluciones a corto plazo a inversiones duraderas, dotación de personal y apoyo.

También se ha planteado los beneficios de integrar servicios de salud mental con otros servicios de salud y bienestar para jóvenes y brindar intervenciones multinivel (Jordans et al., 2010; Patel et al., 2007, citados en Fazel et al., 2015). Se trata de actualizar y ampliar la cartera de servicios dentro de los sistemas de salud pública, bajo una perspectiva multidisciplinar, con el objetivo de dar cobertura a las necesidades y problemas de la población. En última instancia, coordinando y organizando los recursos disponibles entre niveles asistenciales. Se hace necesario incorporar en el marco de un plan o protocolo asistencial, los procedimientos o técnicas que avancen en esta dirección.

Los modelos de intervención, si se elaboran cuidadosamente con capacitación y supervisión de alta calidad, puede ser de gran ayuda superar algunos de los problemas de recursos humanos que caracterizan a las personas de bajos ingresos y entornos afectados por conflictos y terrorismo (Betancourt et al., 2013). En los estudios revisados por este autor, las intervenciones grupales demostraron mejor rentabilidad y potencial de sostenibilidad en la escuela y la comunidad. También los grupos de familias múltiples demostraron ser factibles, lo que nos ofrece pistas para futuras intervenciones rentables que pueden realizarse en ecología social.

En la misma dirección, es necesaria investigación para examinar cómo se puede capacitar a las familias y comunidades para abordar los problemas mentales. Como bien recomienda UNICEF (2021) se recomienda la apertura de un diálogo social sobre el impacto de la salud mental, que elimine el silencio que rodea a esta problemática, aborde el estigma y promueva una mejor comprensión de la salud mental. Los profesionales de este ámbito, cuando estén disponibles, pueden desempeñar un papel importante en desarrollar un cuidado continuo proporcionando capacitación y supervisión. Estos profesionales deben abordar las barreras para acceder a la atención médica, mejorando la sensibilidad cultural y la aceptabilidad de los servicios, desafiando el estigma y los prejuicios que siguen rodeando a los servicios de este tipo. Es importante potenciar la figura de del psicólogo en el ámbito del sistema sanitario público. Si bien es cierto que en muchos países afectados por la violencia masiva, este profesional por sí solo es insuficiente para abordar las necesidades de salud mental, porque existe un número muy limitado de los mismos. Varios de los estudios revisados aquí destacan cómo los facilitadores no profesionales pueden ser exitosos para brindar intervenciones de salud mental y psicosociales. Es necesario comprender cómo adaptar las intervenciones realizadas por especialistas en salud clínica para que puedan ser realizados por trabajadores con entrenamiento limitado (Tol et al., 2012). Esto ha sido logrado en algunos estudios para poblaciones adultas de refugiados y para niños en situaciones de conflicto (Robjant y Fazel, 2010). Queda pendiente a la investigación identificar las habilidades básicas que son necesarias y cómo se debe realizar la capacitación.

Además de los tratamientos centrados en el trauma, después de los ataques terroristas, un énfasis en la construcción de resiliencia individual, familiar y comunitaria parece ser prometedor. Las intervenciones que se utilicen deben representar la diversidad social y fomentar una cultura de solidaridad y paz, que va más allá de lo políticamente correcto y que fomenta la complejidad moral y conciencia del otro (Rousseau y Machouf, 2005). En última instancia, reconstruir las relaciones sociales facilita rescatar formas de convivencia colectivas basadas en

el respeto a los Derechos humanos, en las que existan espacios de participación política para todos, donde se generen debates. Respetando las diferentes políticas y siendo capaces de llegar a puntos de acuerdo por el bien común.

Desde una visión integral en salud mental, es necesario mejorar las relaciones de pareja, familiares, sociales que hemos abordado ampliamente en este libro como pueden verse afectadas por el terrorismo. No puede haber calidad de vida en relaciones difíciles, conflictivas, complicadas, infelices, inexistentes. Porque recordemos que las víctimas de traumas se pueden aislar y excluir en su tejido social y pueden ser excluidas del mismo. Si mantenemos las relaciones con problemas corremos el riesgo, también, de reforzar y mantener las consecuencias psicopatológicas del terrorismo. Pero no solo eso. Tampoco puede haber calidad de vida en estructuras familiares sobrecargadas por los conflictos y la tensión excesivas, en familias que presentan menos vulnerabilidad al estrés, incluyendo la difícil y terrible situación de los refugiados en el mundo.

En la historia del terrorismo en España hemos aprendido que no podemos dejar solas a las familias en sus procesos de reorganización y de reconstrucción, porque la experiencia nos dice que activarán sus mecanismos de supervivencia familiar e individual y que permanecerán unidos para salir adelante, pero sabemos que esos mismos mecanismos, que en un primer momento pueden ser adaptativos y funcionales, pueden llegar a formar parte del problema que impide la recuperación del trauma generado por el terrorismo. El hecho de que haya familias resilientes no nos puede llevar a pensar que todas lo son. Por eso el concepto de resiliencia no puede ser utilizado por los políticos, los gestores de políticas y los profesionales para no hacer seguimiento a las personas y familias afectadas; ya que la resiliencia no es una condición fija y estática. Estas son algunas de las lecciones aprendidas en la historia del terrorismo en España, en materia de atención a las familias de las víctimas.

Debido al impacto social y cultural del terrorismo, se deben de realizar intervenciones con el objetivo de fortalecer la resiliencia familiar y de las parejas afectadas. Sabemos que, si el evento ha afectado a varios miembros de la familia, es posible que todos estén afectados. Se debe estimular la capacidad de apoyo de las mismas, la cohesión, la comunicación acerca del suceso traumático en su justa medida, la reestructuración funcional frente a las crisis que genera o ha generado el terrorismo. Cuando las personas sienten que pertenecen a familias y se sienten apoyadas por las mismas, contribuimos al desarrollo de su salud. Para esto, la investigación deberá avanzar, siendo responsabilidad de los gobiernos y de las instituciones invertir en el desarrollo de tratamientos y programas para parejas y familias que mejoren sus relaciones y su grado de pertenencia, programas eficaces

y efectivos. Esto es particularmente efectivo en entornos con bajos recursos y en culturas donde las familias siguen siendo las unidades fundamentales de convivencia.

Con relación a la resiliencia comunitaria frente al terrorismo, cuando pensamos en la recuperación de sus víctimas, la resiliencia es posible gracias a la valentía de las personas afectadas por la violencia. Pero, conjuntamente, es importante el compromiso de educadores, profesores, maestros, psicólogos, terapeutas, policías, juristas, abogados, fuerzas del orden, políticos, miembros de la sociedad civil que son capaces de ofrecer un acompañamiento, un cuidado, que pueden ofrecer seguridad y hacer que haya un restablecimiento de la confianza que se ha dañado en lo humano. Con su respeto, su implicación personal, su compromiso, su confianza en la resiliencia y en las capacidades y las potencialidades de las personas afectadas. Se trata de una mirada que confíe y que permita restaurar la confianza, la seguridad, la fe en la humanidad. Esto permite valorar que hay personas que ofenden, dañan y que son violentos, pero hay otras profundamente humanas capaces de tender una mano, de devolver la esperanza, de ofrecer el corazón.

Recordemos que el trauma roba la capacidad de pensar en el mañana, la vida queda relegada al pasado. Gracias a la solidaridad y a la colaboración humana, a la capacidad de cuidado de los otros, es posible recuperar la confianza y la seguridad, desarrollar las potencialidades que tenemos. De ahí el elevado impacto terapéutico que tienen los profesionales desde diferentes disciplinas. Por eso resultan imprescindibles las intervenciones en red que coordinen objetivos.

Esto nos lleva a la idea de que, desde la comunidad, desde los Estados y las instituciones, hay que fomentar las iniciativas que favorezcan el apoyo social, las redes de apoyo entre las personas, la participación comunitaria. Necesitamos crear entornos propicios, que valoren tanto la conexión social como el respeto a través de relaciones sanas y no violentas, a nivel individual y social a lo largo de la vida. Tenemos que crear estructuras sociales que potencien lo mejor de lo humano, que ayuden a las víctimas a reparar las heridas, a tener relaciones sólidas y seguras donde puedan sacar lo mejor de sí mismas. Sin olvidar que las víctimas, sus experiencias y su resiliencia también pueden aportar mucho en el tejido social donde conviven.

Existe un gran potencial sanador en el contacto con otras personas con las que podemos compartir nuestros miedos e inquietudes, pero también nuestras esperanzas, nuestras alternativas, crear posibilidades de futuro. Es importante volver a encontrar, si es necesario, un nuevo camino en la vida después de las

pérdidas generadas por el terrorismo. Eso nos hace resilientes frente a la violencia terrorista. Pero todo esto deberá de ser facilitado socialmente. Tenemos que favorecer la integración social de las víctimas, el movimiento asociativo, la implicación en proyectos útiles. Se trata de desarrollar servicios desde la comunidad de integración social y laboral, donde las víctimas puedan encontrar proyectos que den sentido a sus vidas.

En última instancia, necesitamos una perspectiva nueva, integradora, que tenga en cuenta la complejidad de la experiencia humana y que valore los propios recursos de sanación que hay en lo humano, en el apoyo entre las personas en las familias, en las comunidades, en la sociedad. Solo si atendemos las múltiples necesidades de lo humano garantizamos la salud mental. Pero para esto, en la atención a las víctimas del terrorismo, necesitamos un enfoque en Derechos humanos incorporado a la salud mental combinado con una ética del cuidado. La perspectiva de los Derechos humanos resulta imprescindible tanto el ámbito jurídico como en el de la Psicología y el Trabajo social, en la atención de la salud mental de las víctimas del terrorismo y de las diferentes formas que adopta la violencia masiva en el mundo. Con más razón, si se valora que las víctimas de terrorismo son víctimas de violaciones de dichos derechos y que se considera responsabilidad del Estado hacer un esfuerzo por promover, respetar y garantizar los mismos, no solo a nivel legislativo, sino en la práctica.

En base a lo anterior, se deberá seguir trabajando en integrar los conocimientos existentes sobre las personas víctimas de la violencia masiva. Esperamos que este libro pueda servir para centrar la atención en aquellas personas que han sufrido el terrorismo en el mundo, especialmente los niños y adolescentes porque son el futuro de la humanidad, posicionando la salud mental y los problemas psicosociales de esta población en un lugar prioritario de los gobiernos, organismos, instituciones y políticas, desde la perspectiva de los Derechos Humanos.

Referencias Bibliográficas

- Ahmadzadeh, G. y Malekian, A. (2004). Aggression, anxiety, and social development in adolescent children of war veterans with PTSD versus those of non-veterans. *Journal of Research in Medical Sciences*, 5, 231-234.
- Allen, E. S., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., y Markman, H. J. (2010). Hitting home: Relationships between recent deployment, posttraumatic stress symptoms, and marital functioning for army couples. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 280-288.
- Allison, K., y Rossouw, P. (2013). The therapeutic alliance: Exploring the concept of “safety” from a neuropsychotherapeutic perspective. *International Journal of Neuropsychotherapy (IJNPT)*, 1(1), 21-29.
- Alkon, A., Boyce, W. T., Davis, N. V., & Eskenazi, B. (2011). Developmental changes in autonomic nervous system resting and reactivity measures in Latino children from 6 to 60 months of age. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32(9), 668-677.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. Washington, DC: Author.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 227-246.
- Arnaiz, R., Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2020). Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes víctimas de terrorismo: una revisión sistemática de los últimos seis años. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 20, 174-194.
- Arora, T., Grey, I., Östlundh, L., Lam, K. B. H., Omar, O. M., & Arnone, D. (2020). The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of health psychology*, 1359105320966639.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2005). Documento final de la Cumbre Mundial 2005. Resolución 60/1 aprobada por la Asamblea General el 16 de septiembre de 2005. Naciones Unidas. Recuperado el 4 de febrero de 2017 de http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/hrcouncil/docs/gaA.RES.60.1_Sp.pdf
- Asún, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. A., López-Gómez, A., Saiz, J., & Ugidos, C. Estudio del impacto psicológico derivado del covid-19 en la población española (psi-covid-19). *Rev Infocop*. 2020 [acceso 13/04/2020].
- Baca, E., y Cabanas, M. L. (Eds.). (2003). *Las víctimas de la violencia: estudios psicopatológicos*. Triacastela.
- Baca Baldomero, E., Cabanas Arrate, M. L., Pérez-Rodríguez, M. M., y Baca-García, E. (2004). Trastornos mentales en las víctimas de atentados terroristas y sus familiares. *Medicina Clínica*, 122(18), 681-685.

- Baca, E., Cabanas, M. L., y Baca-García, E. (2002). Impacto de los atentados terroristas en la morbilidad psiquiátrica a corto y largo plazo. *Actas españolas de psiquiatría*, 30(2), 85-90.
- Bachmann, C. J., Aagaard, L., Burcu, M., Glaeske, G., Kalverdijk, L. J., Petersen, I.,... Hoffmann, F. (2016). Trends and patterns of antidepressant use in children and adolescents from five western countries, 2005–2012. *European Neuropsychopharmacology*, 26, 411–419.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Editorial Gedisa.
- Beach, S. R., y Whisman, M. A. (2012). Affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 201-219.
- Beardslee, W. R., Klosinski, L. E., Saltzman, W., Mogil, C., Pangelinan, S., McKnight, C. P., y Lester, P. (2013). Dissemination of family-centered prevention for military and veteran families: Adaptations and adoption within community and military systems of care. *Clinical child and family psychology review*, 16(4), 394-409.
- Becker, G. S. (2011). CEP Discussion Paper No 1079 September 2011 Fear and the Response to Terrorism: An Economic Analysis Gary S. Becker and Yona Rubinstein.
- Beevers, C. G., Lee, H., Wells, T. T., Ellis, A. J., y Telch, M. J. (2011). Association of predeployment gaze bias for emotion stimuli with later symptoms of PTSD and depression in soldiers deployed in Iraq. *The American Journal of Psychiatry*, 168(7), 735-741.
- Bentall, R. et al. (2021). The myth of a tsunami of mental ill-health: the psychological costs and surprising benefits of the Covid-19 pandemic [Conferencia]. V Congreso Nacional de Psicología e International Symposium on Public Health Psychology. Virtual.
- Berdullas Saunders, S., Gesteira Santos, C., Morán Rodríguez, N., Fernández Hermida, J. R., Santolaya, F., Sanz Fernández, J., y García-Vera, M. P. (2020). El teléfono de asistencia psicológica por la covid-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: características y demanda. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202010138
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Drouin-Maziade, C., Martel, É., & Maziade, M. (2020). Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 99(7), 848-855.
- Besser, A., Neria, Y., & Haynes, M. (2009). Adult attachment, perceived stress, and PTSD among civilians continuously exposed to terrorism in southern Israel. *Personality and Individual Differences*, 47, 851–857
- Besser, A., & Neria, Y. (2010). The effects of insecure attachment orientations and perceived social support on posttraumatic stress and depressive symptoms among civilians exposed to the 2009 Israel–Gaza war: A follow-up cross-lagged panel design study. *Journal of Research in Personality*, 44, 335–341.

- Besser, A., & Priel, B. (2010). Personality vulnerability, low social support, and maladaptive cognitive emotion regulation under ongoing exposure to terrorist attacks. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*, 166–201
- Besser, A., & Priel, B. (2011). Dependency, self-criticism, and negative affective responses following imaginary rejection and failure threats: Meaning-making processes as moderators or mediators. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 74*, 33–42.
- Besser, A., Weinberg, M., Zeigler-Hill, V., Ataria, Y., & Neria, Y. (2015). Humor and trauma-related psychopathology among survivors of terror attacks and their spouses. *Psychiatry, 78*(4), 341-353.
- Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, M. S. E., Charrow, M. A. P., & Tol, W. A. (2013). Interventions for children affected by war: an ecological perspective on psychosocial support and mental health care. *Harvard review of psychiatry, 21*(2), 70.
- Betancourt TS, Williams T. (2008) Building an evidence base on mental health interventions for children affected by armed conflict. *Intervention (Amstelveen); 6*:39–56. [PubMed: 19997531]
- Bodenmann, G., y Randall, A. (2013). Marital therapy for dealing with depression. En M. Power (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of mood disorders* (Second edition, pp. 215-227). West Sussex, Reino Unido: John Wiley & Sons.
- Bolton, P. et al. (2007) Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda. *JAMA 298*, 519–527.
- Bourekba (2020). Covid-19 y terrorismo: cuando la excepción confina la regla. <https://www.lavanguardia.com/internacional/20200505/48988075126/covid-19-terrprismo-excepcion-regla.html>
- Bramsen, I., Van der Ploeg, H. M., y Twisk, J. W. (2002). Secondary traumatization in Dutch couples of World War II survivors. *Journal of consulting and clinical psychology, 70* (1), 241.
- Brand, S. R., Engel, S. M., Canfield, R. L., y Yehuda, R. (2006). The effect of maternal PTSD following in utero trauma exposure on behavior and temperament in the 9-month-old infant. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*(1), 454-458.
- Brewin, C. R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P., y Ehlers, A. (2008). Promoting mental health following the London bombings: A screen and treat approach. *Journal of traumatic stress, 21*(1), 3-8.
- Bronfenbrenner, U. 2002. Ekologisten järjestelmien teoria. [Ecological systems theory] In R. Vasta (ed.) *Kuusi teoriaa lapsen kehityksestä*. 2nd edition. Finland: Oy UNIPress Ab, 221-288. Finnish translation: Anne Toppi. [Six Theories of Child Development: Revised Formulations and Current Issues. London: Jessica Kingsley Publishers, London]
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet, 395*, 912-920.
- Brown, S. M, Doom, J. R., Lechuga-Peña, S., Watamura, S. E., & Koppels, T. (2020). Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child abuse & neglect, 110*, 104699.

- Brown, E. J., Goodman, R. F., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Chaplin, W. F. (2020). An Exploratory Trial of Cognitive-Behavioral vs Client-Centered Therapies for Child-Mother Dyads Bereaved from Terrorism. *Journal of Child&Adolescent Trauma, 13*(1), 113-125.
- Buhmann C.B. (2014). Traumatized refugees: morbidity, treatment and predictors of outcome. *Dan Med J.; 61*(8).
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., ... & Labelle, P. (2020). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research, 113599*.
- Centre for Mental Health (2020). Covid-19 and the nation's mental health: forecasting needs and risks in the UK. Centre for Mental Health.
- Centro Europeo de Asesoramiento para las Víctimas del Terrorismo. (2021). Manual de la Unión Europea sobre víctimas del terrorismo. Recuperado de https://ec.europa.eu/info/index_es
- Child Mind Institute. (2016). Helping Children Cope After a Traumatic Event. New York: Child Mind Institute.
- Clemente-Suárez, V. J., Navarro-Jiménez, E., Jimenez, M., Hormeño-Holgado, A., Martinez-Gonzalez, M. B., Benitez-Agudelo, J. C., ... & Tornero-Aguilera, J. F. (2021). Impact of COVID-19 pandemic in public mental health: an extensive narrative review. *Sustainability, 13*(6), 3221.
- Coates, S. W., Schechter, D. S., y First, E. (2003). Brief interventions with traumatized children and families after September 11.
- Cobham, V. E., McDermott, B., Haslam, D., & Sanders, M. R. (2016). The role of parents, parenting and the family environment in children's post-disaster mental health. *Current Psychiatry Reports, 18*(6), 53.
- Cohan, C. L., Cole, S. W., y Schoen, R. (2009). Divorce following the September 11 terrorist attacks. *Journal of Social and Personal Relationships, 26*(4), 512-530.
- Cohen-Louck, K., & Levy, I. (2020). Viruism: The need for a new term describing COVID-19 impact in context of viral victimization. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health, 13*(4), 158-162.
- Cohen, J. A., y Mannarino, A. P. (2015). Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 24*(3), 557-570.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child abuse & neglect, 36*(6), 528-541.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2019). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for childhood traumatic separation. *Child Abuse & Neglect, 92*, 179-195.
- Comer, J. S., Bry, L. J., Poznanski, B., & Golik, A. M. (2016). Children's mental health in the context of terrorist attacks, ongoing threats, and possibilities of future terrorism. *Current psychiatry reports, 18*(9), 1-8.

- Comer, J. S. y Kendall, P. C. (2007). Terrorism: The psychological impact on youth. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 179-212.
- Cozza, S. J., Holmes, A. K., y Van Ost, S. L. (2013). Family-centered care for military and veteran families affected by combat injury. *Clinical child and family psychology review*, 16(3), 311-321.
- Cooke, J. E., Eirich, R., Racine, N., & Madigan, S. (2020). Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 292, 113347.
- Counter-Terrorism Committee Executive Directorate (CTED) (2021) Organización de Naciones Unidas. Update on the impact of the COVID-19 pandemic on terrorism, counterterrorism and countering violent extremism (CVE). Recuperado el 1 de agosto de https://www.un.org/securitycouncil/ctc/sites/www.un.org.securitycouncil.ctc/files/files/documents/2021/Jun/cted_covid_paper_15june2021_1.pdf
- Creech, S.K., y Misca, G. (2017). Parenting with PTSD: A Review of Research of the Influence of PTSD on Parent-Child Functioning in Military and Veteran Families. *Frontiers in Psychology*, 8.
- Danet, A. D. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Medicina Clínica (English Edition)*.
- Dantagnan, M., & Barudy, J. (2011). La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil: manual y técnicas terapéuticas para apoyar y promover la resiliencia de los niños, niñas y adolescentes. *La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil*, 1-126.
- Danzi, B. A., & La Greca, A. M. (2020). Treating children and adolescents with posttraumatic stress disorder: moderators of treatment response. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-7.
- Davidson, A., y Mellor, D. (2001). The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: Is there evidence for the transgenerational transmission of the effects of war-related trauma? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 345-351.
- De Arellano, M. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., ... & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591-602.
- Dekel, R., y Monson, C. M. (2010). Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 15(4), 303-309.
- Del Re, A. C., Fluckiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., y Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 7, 642–649.
- Department of Veterans Affairs and Department of Defense (VA/DoD). (2017). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*. Washington, DC: Author.
- De Moraes Costa, G., Zanatta, F. B., Ziegelmann, P. K., Barros, A. J. S., & Mello, C. F. (2020). Pharmacological treatments for adults with post-traumatic stress disorder: A network meta-analysis of comparative efficacy and acceptability. *Journal of Psychiatric Research*.

- De Vicente (2019). Guía atención de calidad víctimas del terrorismo. Recuperado el 19 de diciembre del 2019 de http://www.cop.es/pdf/Guia_atencion_victimas_terrorismo.pdf
- Dirkzwager, A. J., Bramsen, I., Adèr, H., y van der Ploeg, H. M. (2005). Secondary traumatization in partners and parents of Dutch peacekeeping soldiers. *Journal of Family Psychology, 19*(2), 217-226.
- DSN. Departamento de Seguridad Nacional (2021, Mayo 24). Coronavirus COVID-19. Recuperado de <https://www.dsn.gob.es/es/actualidad/sala-prensa/coronavirus-covid-19-24-mayo-2021>
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., ... & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 14*(5), 779-788.
- Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué. *Psicología conductual, 15* (3), 373-387.
- Echeburúa, E., (2009). Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos traumáticos. España, Madrid: Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Amor, P. J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicología Clínica, Legal y Forense, 4*, 227-244.
- Eder, S. J., Nicholson, A., Stefańczyk, M., Pieniak, M., Molina, J. M., Pešout, O., ... & Steyrl, D. (2020). Securing your relationship: Quality of intimate relationships during the COVID-19 pandemic can be predicted by attachment security.
- Ein-Dor, T., Doron, G. K., Solomon, Z., Mikulincer, M., y Shaver, P. R. (2010). Together in pain: Attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling Psychology, 57*, 317-327.
- Eisma, M. C., Schut, H. A., Stroebe, M. S., Boelen, P. A., van den Bout, J., & Stroebe, W. (2015). Adaptive and maladaptive rumination after loss: A three-wave longitudinal study. *British Journal of Clinical Psychology, 54*(2), 163-180.
- Ellis, B. H., Fogler, J., Hansen, S., Forbes, P., Navalta, C. P., & Saxe, G. (2012). Trauma systems therapy: 15-month outcomes and the importance of effecting environmental change. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(6), 624.
- El-Zoghby, S. M., Soltan, E. M., & Salama, H. M. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Social Support among Adult Egyptians. *Journal of Community Health, 1*.
- Engert, V., Efanov, S. I., Dedovic, K., Duchesne, A., Dagher, A., & Pruessner, J. C. (2010). Perceived early-life maternal care and the cortisol response to repeated psychosocial stress. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN, 35*(6), 370.
- Eurofound (2021) Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year
- Europol (2015). European Union terrorism situation and trend report 2015 (TE-SAT, 2015). Recuperado el 29 de enero de 2017 de <https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/european-union-terrorism-situation-and-trend-report-2015>
- Fausor, R. et al. (2021). Las actitudes disfuncionales depresivas y el curso del trastorno depresivo en víctimas de terrorismo. R. Fausor (Moderador). *Avances en la*

- evaluación, tratamiento y efectos de los factores cognitivos en las consecuencias psicopatológicas de los acontecimientos traumáticos: el caso de las víctimas del terrorismo*. V Congreso Nacional de Psicología e International Symposium on Public Health Psychology. Virtual.
- Fazel, M., Reed, R., & Stein, A. (2015). Refugee, asylum-seeking and internally displaced children and adolescents. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. United Kingdom: Wiley, 573-85.
- Fernández, M. A. y López, F. M. (2021). Las víctimas del terrorismo ante el trauma y la agresión y alternativas de mediación penal. En *Paradigmas de la victimología en un mundo de inseguridad global*. Editorial Fundación de Victimología. Colección Iberoesfera de las Ciencias del Saber.
- Fernández Marrero, A. (2017). Estudio de la efectividad de un programa de terapia de pareja para víctimas del terrorismo (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández Marrero, A. y Riquelme Marín, A (2018). Impacto familiar de los sucesos traumáticos: la necesidad de una atención psicológica integral en las víctimas y sus familiares, In *Victimología y esperanza victimal en Iberoamérica, para una humanidad basada en el valor de la vida y la dignidad humana*. Diego Marín Librero Editor. Murcia. 241-271.
- Fernández–Marrero (2021). Dimensiones de riesgo de vulnerabilidad psicosocial al COVID-19 en víctimas del terrorismo. En: "*COVID 19 y víctimas de especial vulnerabilidad: Análisis de las principales circunstancias de riesgo*". Editorial Marcial Pons. Madrid.
- Figley, C. R., y Kleber, R. J. (1995). Beyond the 'victim': secondary traumatic stress. En C. R. Figley y P. R. Berthold (Eds.), *Beyond trauma: cultural and societal dynamics* (pp. 75-98). Nueva York: Plenum Press.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology: the comprehensive study of childhood victimization. En R. C. Davis, A. J. Lurigio y S. Herman (Eds.), *Victims of Crime* (3ª ed., pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., y Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26. doi:10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Fishbane, M. D. (2014). "News from neuroscience": applications to couple therapy. En Th. Nelson y H. Winawer (Eds.), *Critical topics in family therapy* (pp. 83-92). Nueva York: Springer International Publishing.
- Foa, E. B., y Riggs, D. S. (1993). Posttraumatic stress disorder and rape. En J. Oldham, M. B. Riba y A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (vol. 12, pp. 273-303), Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Nueva York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., y Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences. Therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Foran, H. M., Whisman M. A., y Beach S. R. H. (2015). Intimate partner relationship distress in the DSM-5. *Family Process*, 54(1), 48-63.

- Francisco, R., Pedro, M., Delvecchio, E., Espada, J. P., Morales, A., Mazzeschi, C., & Orgilés, M. (2020). Psychological symptoms and behavioral changes in children and adolescents during the early phase of COVID-19 quarantine in three European countries. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 1329.
- Fredman, S. J., Vorstenbosch, V., Wagner, A. C., Macdonald, A., y Monson, C. M. (2014). Partner accommodation in posttraumatic stress disorder: initial testing of the Significant Others' Responses to Trauma Scale (SORTS). *Journal of Anxiety Disorders, 28*(4), 372-381.
- Fundación de víctimas del terrorismo (2020). La Fundación de Víctimas del Terrorismo. Estadísticas. Recuperado el 18 de diciembre de 2020, de <https://fundacionvt.org/>
- Galovski, T., y Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 477-501. doi:10.1016/S1359-1789(03)00045-4
- García de Marina, A. et al. (2021). Prevalencia del duelo complicado en víctimas de atentados terroristas y factores asociados. J. Sanz (Moderador). *Duelo complicado, prolongado, complejo y traumático. ¿Galimatías o realidades?* V Congreso Nacional de Psicología e International Symposium on Public Health Psychology. Virtual.
- García, F. E., Cova, F., Rincón, P., & Vázquez, C. (2015). Trauma or growth after a natural disaster? The mediating role of rumination processes. *European Journal of Psychotraumatology, 6*(1), 26557
- García-Vera, M. P., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A., y Marotta-Walters, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 23*(2), 215-244.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas: una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 10*, 129-148.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2011). Psychology applied to terrorism: psychological treatment for victims of terrorist attacks. En P. R. Martin, F. Cheung, M. Kyrios, L. Littlefield, M. Knowles, B. Overmier y J. M. Prieto (Eds.), *The IAAP Handbook of Applied Psychology* (pp. 663-683). Oxford: Blackwell Publishing.
- 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), 198-204.
- García-Vera, M. P., Sanz, J., y Gutiérrez, S. (2016). A systematic review of literature of posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. *Psychological Reports, 119*(1), 328-359.
- García-Vera, M. P., Sanz, J., Navarro, R., Reguera, B., y Altunгы, P. (2017). La atención psicológica a las víctimas de atentados terroristas. En F. Vacas Fernández (Dir.), *Cuadernos Cultura de Paz, nº 4. Desarrollo, derechos humanos y víctimas: triángulo virtuoso para la paz* (pp. 41-50). Madrid: Instituto de Estudios Internacionales y Europeos Francisco de Vitoria.

- García-Vera, (2020). Diez cosas que todo psicólogo debe saber sobre el tratamiento con víctimas del terrorismo. [Conferencia]. VII Jornadas de excelencia e innovación en Psicología. Consejo General de la Psicología
- García-Vera, M. P., Sanz, J., and Sanz-García, A. (2021). Ten things every psychologist should know about treating psychological disorders in victims of terrorism. *Psicothema* 33, 177–187. doi: 10.7334/psicothema2021.33
- García-Vesga, M. C., & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 11(1), 63-77.
- Gesteira Santos, C. (2016). Eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para trastornos por estrés traumático, depresivos y de ansiedad a largo plazo en víctimas de atentados terroristas (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Gesteira, García-Vera y Sanz (2018). Porque el Tiempo no lo Cura Todo: Eficacia de la Terapia Cognitivo-conductual Centrada en el Trauma para el Estrés postraumático a muy Largo Plazo en Víctimas de Terrorismo. *Clínica y Salud*, 29 (1), 9-13.
- Gilbar, O., Weinberg, M., y Gil, S. (2012). The effects of doping strategies on PTSD in victims of a terror attack and their spouses: testing dyadic dynamics using an actor-partner interdependence model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(2), 246-261.
- Giner, J., Ruiz, J. S., Bobes, J., Zamorano, E., López, F., Hernando, T., ... & Romacho, M. (2014). Consenso español de salud física del paciente con depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(4), 195-207.
- Glynn, S. M. (2013). Family-centered care to promote successful community reintegration after war: It takes a nation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(4), 410-414.
- Goff, B. S. N., y Smith, D. B. (2005). Systemic traumatic stress: The couple adaptation to traumatic stress model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2), 145-157.
- Goveas, J. S., & Shear, M. K. (2020). Grief and the COVID-19 pandemic in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1119-1125.
- Greenberg N., Docherty M., Gnanapragasam S., Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020;368:m1211.
- Greenberg, L. S., y Johnson, S. M. (1988). Emotionally focused therapy for couples. Nueva York: Guilford Press.
- Griffith, J. L., Agani, F., Weine, S., Ukshini, S., Pulleyblank-Coffey, E., Ulaj, J., ... & Kallaba, M. (2005). A family-based mental health program of recovery from state terror in Kosova. *Behavioral Sciences & the Law*, 23(4), 547-558.
- Guardiola García, J. (Ed.). (2016). Primera parte. Fundamentos de la mediación penal. El compromiso internacional con la mediación penal y su vigencia en España. En Cuestiones prácticas para la aplicación de la mediación penal (p. 2). Valencia, España: Tirant lo Blanch.
- Haga, J. M., Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., Thoresen, S., y Dyb, G. (2015). Early postdisaster health outreach to modern families: a cross-sectional study. *BMJ open*, 5(12), e009402.

- Haga, J. M., Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., Thoresen, S., & Dyb, G. (2015). Early postdisaster health outreach to modern families: a cross-sectional study. *BMJ open*, 5(12).
- Hayes, A., Qu, L., Weston, R., y Gray, M. (2010). *Families then and now: 1980-2010*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Henry, S. B., Smith, D. B., Archuleta, K. L., Sanders-Hahs, E., Goff, B. S. N., Reisbig, A. M., y Nye, B. (2011). Trauma and couples: mechanisms in dyadic functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 319-332.
- Hengartner, diputado (2020). Editorial: Prescripción de antidepresivos en niños y adolescentes. Frente. Psiquiatría, 30 de octubre de 2020 | <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.600283>
- Herzog, J. R., Everson, R. B., y Whitworth, J. D. (2011). Do secondary trauma symptoms in spouses of combat-exposed national guard soldiers mediate impacts of soldiers' trauma exposure on their children?. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28(6), 459-473.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50, 337-370.
- Hobfoll, S. E., Horsey, K. J., & Lamoureux, B. E. (2008). Resiliency and resource loss in times of terrorism and disaster: Lessons learned for children and families and those left untaught. In D. Brom, R. Pat-Horenczyk, & J. D. Ford (Eds.), *Treating traumatized children: Risk, resilience and recovery* (p. 150-163). Routledge/Taylor & Francis Group.
- IASC (2021) Inter-Agency Standing Committee (2021). Nota informativa provisional: Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de COVID-19. IASC: Ginebra.
- Brom, R. Pat-Horenczyk, & J. D. Ford (Eds.), *Treating traumatized children: Risk, resilience and recovery* (p. 150-163). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Holt, T., Jensen, T. K., y Wentzel-Larsen, T. (2014). The change and the mediating role of parental emotional reactions and depression in the treatment of traumatized youth: results from a randomized controlled study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8(1), 11.
- Hoyt, L. T., Chase-Lansdale, P. L., McDade, T. W., y Adam, E. K. (2012). Positive youth, healthy adults: Does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *Journal of Adolescent Health*, 50(1), 66-73.
- Imran, N., Zeshan, M., & Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(COVID19-S4), S67.
- Inter-Agency Standing Committee. (2006). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva, Switzerland: IASC 2006.
- Inter-Agency Standing Committee (2020). Nota informativa provisional: Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de COVID-19. IASC: Ginebra
- International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). (2018). *ISTSS PTSD prevention and treatment guidelines: Methodology and recommendations*. Recuperado el 10 de marzo de 2020 de <http://www.istss.org/getattachment/TreatingTrauma/New-ISTSS->

- Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL.pdf.aspx
- Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2017). A follow-up study from a multisite, randomized controlled trial for traumatized children receiving TF-CBT. *Journal of abnormal child psychology*, 45(8), 1587-1597.
- Jiménez A. (2021). Factores cognitivos transdiagnósticos en el duelo complicado. J. Sanz (Moderador). *Duelo complicado, prolongado, complejo y traumático. ¿Galimatías o realidades?* V Congreso Nacional de Psicología e International Symposium on Public Health Psychology. Virtual.
- Johnson, S. M. (2002). Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds. Nueva York: Guilford Press.
- Jones, E. A., Mitra, A. K., & Bhuiyan, A. R. (2021). Impact of COVID-19 on mental health in adolescents: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2470.
- Jones, R. T., Ribbe, D. P., Cunningham, P. B., Weddle, J. y Langley, A. K. (2002). Psychological impact of fire disaster on children and their parents. *Behavior Modification*, 26 (2), 163-186.
- Jordans, M. J. D., Komproe, I. H., Tol, W. A., Susanty, D., Vallipuram, A., Ntamatumba, P., ... & De Jong, J. T. V. M. (2011). Practice-driven evaluation of a multi-layered psychosocial care package for children in areas of armed conflict. *Community mental health journal*, 47(3), 267-277.
- Kar, N. (2019). Depression in youth exposed to disasters, terrorism and political violence. *Current psychiatry reports*, 21(8), 1-11.
- Kaitz, M., Levy, M., Ebstein, R., Faraone, S. V., y Mankuta, D. (2009). The intergenerational effects of trauma from terror: A real possibility. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 30(2), 158-179.
- Karvonen, A., Kykyri, V. L., Kaartinen, J., Penttonen, M., y Seikkula, J. (2016). Sympathetic nervous system synchrony in couple therapy. *Journal of marital and family therapy*.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- King, L. A., King, D. W., Vogt, D. S., Knight, J., y Samper, R. E. (2006). Deployment Risk and Resilience Inventory: A collection of measures for studying deployment-related experiences of military personnel and veterans. *Military Psychology*, 18(2), 89-120.
- Kingstone, T., Taylor, A. K., O'Donnell, C. A., Atherton, H., Blane, D. N., & Chew-Graham, C. A. (2020). Finding the 'right' GP: a qualitative study of the experiences of people with long-COVID. *BJGP open*, 4(5).
- Kira, I. A., Shuwiekh, H. A., Alhuwailah, A., Ashby, J. S., Sous Fahmy Sous, M., Baali, S. B. A., ... & Jamil, H. J. (2020). The effects of COVID-19 and collective identity trauma (intersectional discrimination) on social status and well-being. *Traumatology*.
- Kizilhan, J. I., & Noll-Hussong, M. (2020). Psychological impact of COVID-19 in a refugee camp in Iraq.

- Knobloch-Fedders, L. M., Knobloch, L. K., Durbin, C. E., Rosen, A., y Critchfield, K. L. (2013). Comparing the interpersonal behavior of distressed couples with and without depresión. *Journal of Clinical Psychology, 69*(12), 1250-1268.
- Koob, G. F., Powell, P., & White, A. (2020). Addiction as a coping response: hyperkatifeia, deaths of despair, and COVID-19. *American Journal of Psychiatry, 177*(11), 1031-1037.
- Krueger A. B., y Malecková, J. (2003). Education, poverty and terrorism: is there a casual connection? *Journal of Economic Perspectives, 17*, 119-144.
- Kruglanski, A. W., Gunaratna, R., Ellenberg, M., & Speckhard, A. (2020). Terrorism in time of the pandemic: exploiting mayhem. *Global Security: Health, Science and Policy, 5*(1), 121-132.
- Kuras, Y. I., Assaf, N., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X., ... & Rohleder, N. (2017). Blunted diurnal cortisol activity in healthy adults with childhood adversity. *Frontiers in human neuroscience, 11*, 574.
- Kuras, Y. I., McInnis, C. M., Thoma, M. V., Chen, X., Hanlin, L., Gianferante, D., & Rohleder, N. (2017). Increased alpha-amylase response to an acute psychosocial stress challenge in healthy adults with childhood adversity. *Developmental psychobiology, 59*(1), 91-98.
- Kuwabara, S. A., Van Voorhees, B. W., Gollan, J. K., y Alexander, G. C. (2007). A qualitative exploration of depression in emerging adulthood: Disorder, development, and social context. *General Hospital Psychiatry, 29*, 317-324. doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.04.001
- Lacasta M.A., Aguirre A.M. (coord.). Sociedad Española de Cuidados Paliativos; Madrid: 2020. Guía para familiares en duelo. [consultado 13 Abr 2020]. Disponible en: http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu_s/doc_guia_para_familiares_en_duelo.pdf. [Google Scholar]
- Lambert, J. E., Engh, R., Hasbun, A., y Holzer, J. (2012). Impact of posttraumatic stress disorder on the relationship quality and psychological distress of intimate partners: a meta-analytic review. *Journal of Family Psychology, 26*, 729-737.
- Lambert, J. E., Hasbun, A., Engh, R., y Holzer, J. (2015). Veteran PTSS and spouse relationship quality: the importance of dyadic coping. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 7*(5), 493-499.
- LaMotte, A. D., Taft, C. T., Reardon, A. F., y Miller, M. W. (2015). Veterans' PTSD symptoms and their partners' desired changes in key relationship domains. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 7*(5), 479-484.
- Lapalma, A. (2001). El escenario de la intervención comunitaria. *Revista de Psicología Universidad de Chile, 10*(2), 61-70. [Links]
- Lasa, N. B., Benito, D. J., Montesinos, D. M., Manterola, D. A., Sánchez, D. J., García, D. J., & Germán, D. M. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento*. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
- Lee, C., Nguyen, A. J., Russell, T., Aules, Y., & Bolton, P. (2018). Mental health and psychosocial problems among conflict-affected children in Kachin State, Myanmar: a qualitative study. *Conflict and health, 12*(1), 1-11.
- Leen-Feldner, E. W., Feldner, M. T., Bunaciu, L., y Blumenthal, H. (2011). Associations between parental posttraumatic stress disorder and both offspring internalizing

- problems and parental aggression within the National Comorbidity Survey-Replication. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(2), 169-175.
- Lester, P., Aralis, H., Sinclair, M., Kiff, C., Lee, K. H., Mustillo, S., y Wadsworth, S. M. (2016). The impact of deployment on parental, family and child adjustment in military families. *Child Psychiatry y Human Development*, 47 (6), 938-949.
- Lester, P., Saltzman, W. R., Woodward, K., Glover, D., Leskin, G. A., Bursch, B., y Beardslee, W. (2012). Evaluation of a family-centered prevention intervention for military children and families facing wartime deployments. *American Journal of Public Health*, 102(S1), S48-S54.
- Lester, P., Peterson, K., Reeves, J., Knauss, L., Glover, D., Mogil, C., y Beardslee, W. (2010). The long war and parental combat deployment: effects on military children and at-home spouses. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 49 (4), 310-320.
- Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O'Toole, S. K. (2018). Comparing the effectiveness of EMDR and TF-CBT for children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Child&Adolescent Trauma*, 11(4), 457-472.
- Ley 29/2011, de 22 de septiembre de 2011, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo. Boletín Oficial del Estado (BOE). Madrid, 23 de septiembre de 2011, nº 229, pp. 100566-100592.
- Liébana, S. et al. (2021). La influencia de las creencias disfuncionales en víctimas del terrorismo en la sintomatología depresiva, ansiosa y postraumática. R. Fausor (Moderador). *Avances en la evaluación, tratamiento y efectos de los factores cognitivos en las consecuencias psicopatológicas de los acontecimientos traumáticos: el caso de las víctimas del terrorismo*. V Congreso Nacional de Psicología e International Symposium on Public Health Psychology. Virtual.
- Liu, H., Chen, S., Liu, M., Nie, H., & Lu, H. (2020). Comorbid chronic diseases are strongly correlated with disease severity among COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Aging and disease*, 11(3), 668.
- Li W., Yang Y., Liu Z.H., Zhao Y.J., Zhang Q., Zhang L. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *Int J Biol Sci*. 2020 Mar 15;16:1732–1738.
- López, M. C., & Fernández-Marrero, A. (2019). Violencia de pareja en adolescentes y adultos maltratados en la infancia: Papel mediador del TEPT. *Revista de PSICOLOGÍA DE LA SALUD*, 7(1), 500-532.
- López, R. 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-EuskalHerrikoUnibertsitatea.
- López Vantour, A., Aroche Arzuaga, A., Bestard Romero, J., y Ocaña Fontela, N. (2010). Uso y abuso de las benzodiazepinas. *Medisan*, 14(4), 555-566.
- LoSavio, S. T., Dillon, K. H., y Resick, P. A. (2017). Cognitive factors in the development, maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology*, 14, 18-22.
- Loughry, M., Ager, A., Flouri, E., Khamis, V., Afana, A. H., & Qouta, S. (2006). The impact of structured activities among Palestinian children in a time of conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1211-1218.

- Lowell, A., Suarez-Jimenez, B., Helpman, L., Zhu, X., Durosky, A., Hilburn, A., et al. (2018). 9/11-related PTSD among highly exposed populations: a systematic review 15 years after the attack. *Psychol. Med.* 48, 537–553.
- MacDermid Wadsworth, S. M. (2010). Family risk and resilience in the context of war and terrorism. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 537-556.
- Macdonald, A., Pukay-Martin, N. D., Wagner, A. C., Fredman, S. J., y Monson, C. M. (2016). Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD improves various PTSD symptoms and trauma-related cognitions: results from a randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology*, 1, 157-162.
- Magklara, E., Angelis, S., Solia, E., Katsimantas, A., Kourlaba, G., Kostakis, G., ... & Filippou, D. (2021). The role of medical students during COVID-19 era. A review. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 92(1).
- Maguire, E., Macdonald, A., Krill, S., Holowka, D. W., Marx, B. P., Woodward, H., y Taft, C. T. (2015). Examining trauma and posttraumatic stress disorder symptoms in court-mandated intimate partner violence perpetrators. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 7(5), 473.
- Mai, L. (2010). An exploration of the intergenerational transmission of historical trauma in Vietnamese Americans. Dissertation Abstract International: Section B. Sciences and Engineering, 71 (5-B), 3361.
- Maltas, C. P. y Shay, J. (1995). Trauma contagion in partners of survivors of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65 (4), 529.
- Mansdorf, I. J. (2008). Psychological interventions following terrorist attacks. *British Medical Bulletin*, 88, 7-22. doi:10.1093/bmb/ldn041
- Markez, I., & Larrondo, O. B. (2015). *Violencia colectiva y salud mental: contexto, trauma y reparación*. Grupo 5.
- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., ... & Pilling, S. (2020). Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry*, 61(1), 18-29.
- Mayland, C. R., Harding, A. J., Preston, N., & Payne, S. (2020). Supporting adults bereaved through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *Journal of pain and symptom management*, 60(2), e33-e39.
- McDermott, B., & Cobham, V. E. (2014). Perceived parenting change and child posttraumatic stress following a natural disaster. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 24(1), 18-23.
- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J. K., Salam, R. A., & Lassi, Z. S. (2021). Mental health of children and adolescents amidst CoViD-19 and past pandemics: a rapid systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3432.
- Meis, L. A., Erbes, C. R., Polusney, M. A., y Compton, J. S. (2010). Intimate relationships among returning soldiers: Mediating and moderating roles of negative emotionality, PTSD symptoms and alcohol problems. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 546-572.

- Menendez, A. M., Molloy, J., y Magaldi, M. C. (2006). Health responses of New York City firefighter spouses and their families post-September 11, 2001 terrorist attacks. *Issues in mental health nursing*, 27(8), 905-917.
- Micó Segura, J. A. (2020). Coronavirus COVID-19 y dolor crónico: incertidumbres. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 27(2), 72-73.
- Mingote, J. C., Machón, B., Isla, I., Perris, A., y Nieto, I. (2001). Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático. *Aperturas Psicoanalíticas*, 8. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000161&a=Tratamiento-integrado-deltrastorno-de-estres-postraumatico>
- Miller, G. E., & Chen, E. (2010). Harsh family climate in early life presages the emergence of a proinflammatory phenotype in adolescence. *Psychological science*, 21(6), 848-856.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Situación actual del COVID-19. (2021, 29 de mayo). Recuperado el 29 de mayo de 2021, de <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>
- Ministerio del Interior (2020). Fallecidos terrorismo indemnizados Ministerio del interior. Recuperado 18 de diciembre de 2020, de <http://www.interior.gob.es/>
- Misca, G., y Forgey, M. A. (2017). The role of PTSD in bi-directional intimate partner violence in military and veteran populations: a research review. *Frontiers in psychology*, 8, 1394.
- Monson, C. M., y Fredman, S. J. (2012). *Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: harnessing the healing power of relationships*. Nueva York: Guilford Press.
- Monson, C. M., y Fredman, S. J. (2015). *Couple therapy and posttraumatic stress disorder*. En A. S. Gurman, J. L. Lebow y D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5ª ed., pp. 531-554). Nueva York: The Guilford Press.
- Monson, C. M., Fredman, S. J., y Dekel, R. (2010). Posttraumatic stress disorder in an interpersonal context. En J. G. Beck (Ed.), *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding psychopathology and treatment* (pp. 179-208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Monson, C. M., Fredman, S. J., Macdonald, A., Pukay-Martin, N. D, Resick, P. A., y Schnurr, P. P. (2012). Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 308, 700-709.
- Möhlen, H., Parzer, P., Resch, F., & Brunner, R. (2005). Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees: evaluation of a short-term treatment program. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 81-87.
- Moreno Pérez, N. P., (2016). *Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas: un estudio de efectividad con trastornos mentales a muy largo plazo* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Morris, A., Gabert-Quillen, C., y Delahanty, D. (2012). The association between parent PTSD/depression symptoms and child PTSD symptoms: a meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*, 37(10), 1076-1088.
- Mughal, F., Hossain, M. Z., Brady, A., Samuel, J., & Chew-Graham, C. A. (2021). Mental health support through primary care during and after covid-19.

- Muong, S. (2009). The effects of parental unresolved trauma of second generation Cambodian adolescents. Dissertation Abstract International: Section B. Sciences and Engineering, 71 (3-B), 2056.
- Nakonezny, P. A., Reddick, R., y Rodgers, J. L. (2004). Did divorces decline alter the Oklahoma City bombing? *Journal of Marriage and Family*, 66(1), 90-100.
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START) (2015). Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2014. Recuperado el 30 de septiembre de 2016 de <https://2009-2017.state.gov/documents/organization/239628.pdf>
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START) (2016). Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2015. Recuperado el 29 de enero de 2017 de <https://www.state.gov/documents/organization/258249.pdf>
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START) (2017). Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2016. Recuperado el 1 de febrero de 2018 de https://start.umd.edu/pubs/START_GTD_OverviewTerrorism2016_August2017.pdf
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START) (2018). Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2017. Recuperado el 9 de diciembre de 2019 de https://start.umd.edu/pubs/START_GTD_OverviewTerrorism2018_August2018.pdf
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START) (2019). Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2018. Recuperado el 1 de mayo de 2020 de [https:// http://visionofhumanity.org/app/uploads/2019/11/GTI-2019web.pdf](https://http://visionofhumanity.org/app/uploads/2019/11/GTI-2019web.pdf)
- National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START) (2020). Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2019. Recuperado el 1 de diciembre de 2020 de <https://visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2020/11/GTI-2020-web-1.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Guideline for post-traumatic stress disorder*. London, United Kingdom: National Institute for Health and Clinical Practice
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Guideline for post-traumatic stress disorder*. London, United Kingdom: National Institute for Health and Clinical Practice. Recuperado el 1 de junio de 2020 de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#management-of-ptsd-in-children-young-people-and-adults>
- Navarro, R. et al. (2021) Bajo las características del terrorismo. Una mirada a la influencia de las características de los atentados en las creencias traumáticas. R. Fausor (Moderador). *Avances en la evaluación, tratamiento y efectos de los factores cognitivos en las consecuencias psicopatológicas de los acontecimientos traumáticos: el caso de las víctimas del terrorismo*. V Congreso Nacional de Psicología e International Symposium on Public Health Psychology. Virtual.
- Navarro Montes, R. (2021). Desarrollo de un instrumento para la evaluación de las creencias disfuncionales específicas en víctimas del terrorismo que sufren Trastorno de

- Estrés Postraumático. (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., Rosenfeld, H., Suh, E. J., Kishon, R., Cook, J., y Marshall, R. D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress, 20*(3), 251-262.
- Neria, Y., Besser, A., Kiper, D., & Westphal, M. (2010). A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in civilians exposed to war trauma. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 322–330
- Nieto, I., Navas, J. F., & Vázquez, C. (2020). The quality of research on mental health related to the COVID-19 pandemic: A note of caution after a systematic review. *Brain, behavior, & immunity-health, 100123*.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions*. Oxford University Press.
- OECD (2021). Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response. OECD.
- OECD (2020). *Health at a Glance 2020: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>www.infocoponline.es/pdf/82129230-en.pdf
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH). (2020, 31 marzo). COVID-19 Guidance. [www.ohchr.org/. https://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/COVID-19Guidance.docx&action=default&DefaultItemOpen=1](https://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/COVID-19Guidance.docx&action=default&DefaultItemOpen=1)
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in psychology, 11*, 2986.
- Orgilés, M. (2021). Efectos psicológicos del COVID-19 en la población infanto-juvenil: repercusiones a largo plazo. B. Sandín (Moderador). *Influencia de la pandemia de la Covid-19 sobre la salud mental*. Simposio virtual. V Congreso Nacional de Psicología e International Symposium on Public Health Psychology. Virtual.
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Francisco, R., Mazzeschi, C., Pedro, M., & Espada, J. P. (2021). Coping behaviors and psychological disturbances in youth affected by the COVID-19 health crisis. *Frontiers in Psychology, 12*, 845.
- Oronsky, B., Larson, C., Hammond, T. C., Oronsky, A., Kesari, S., Lybeck, M., & Reid, T. R. (2021). A review of persistent post-COVID syndrome (PPCS). *Clinical reviews in allergy & immunology, 1-9*.
- Ortiz-Fune, C. (2018). Burnout como inflexibilidad psicológica en profesionales sanitarios: revisión y nuevas propuestas de intervención desde una perspectiva contextual-funcional. *Apuntes de Psicología, 36* (3), 135-143.
- Ortiz-Fune, C., Kanter, J. W., & Arias, M. F. (2020). Burnout in Mental Health Professionals: The Roles of Psychological Flexibility, Awareness, Courage, and Love. *Clinical and Health, 31*(2), 85-90.
- Orozco, C. A. M. (2007). Intervención psicosocial para la promoción del desarrollo humano de niños en condiciones de pobreza. In *Intervención psicosocial* (pp. 163-184). Pearson Educación.

- Panda, P. K., Gupta, J., Chowdhury, S. R., Kumar, R., Meena, A. K., Madaan, P., ... & Gulati, S. (2021). Psychological and behavioral impact of lockdown and quarantine measures for COVID-19 pandemic on children, adolescents and caregivers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of tropical pediatrics*, *67*(1), fmaa122.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, *136*(2), 257–301.
- Park, C. L., Finkelstein-Fox, L., Russell, B. S., Fendrich, M., Hutchison, M., & Becker, J. (2021). Americans' distress early in the COVID-19 pandemic: Protective resources and coping strategies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Parfitt, T. (2004). How Beslan's children are learn-inG to cope. *The Lancet*, *364*, 2009-2010. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17532-6.
- Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, *37*(2), 189-201.
- Pedreira, J.L. (2021). Impacto de la pandemia por Covid-19 en la infancia y adolescencia. B. Sandín (Moderador). *Influencia de la pandemia de la Covid-19 sobre la salud mental*. V Congreso Nacional de Psicología e International Symposium on Public Health Psychology. Virtual.
- Pemberton, J. R., Kramer, T. L., Borrego Jr, J., y Owen, R. R. (2013). Kids at the VA? A call for evidence-based parenting interventions for returning veterans. *Psychological services*, *10*(2), 194.
- Pennanen-lire, C., Prereira-Lourenço, M., Padoa, A., Ribeirinho, A., Samico, A., Gressler, M., ... & Girard, A. (2021). Sexual health implications of COVID-19 pandemic. *Sexual medicine reviews*, *9*(1), 3.
- Pereda, N. (2012). Menores víctimas del terrorismo: una aproximación desde la victimología del desarrollo. *Anuario de Psicología Jurídica*, *22*, 13-24.
- Pfefferbaum, B., North, C. S., Bunch, K., Wilson, T. G., Tucker, P., y Schorr, J. K. (2002). The impact of the 1995 Oklahoma City bombing on the partners of firefighters. *Journal of Urban Health*, *79*(3), 364-372.
- Pfefferbaum, B., Newman, E., y Nelson, S. D. (2014). Mental health interventions for children exposed to disasters and terrorism. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, *24*(1), 24-31.
- Plagg, B., Engl, A., Piccoliori, G., & Eisendle, K. (2020). Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: Between benefit and damage. *Archives of gerontology and geriatrics*, *89*, 104086.
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., ... & Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, *7*(10), 883-892.
- Pine, D., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. y Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 56-64.

- Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health. (2020). *Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and post-traumatic stress disorder*. Melbourne, Australia: Author.
- Porges, S. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York: W. W. Norton & Company.
- Prati, G., & Mancini, A. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic Lockdowns: A Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies and Natural Experiments.
- Prieto Rodríguez, M., March Cerdá, J. C., Martín Barato, A., Escudero Carretero, M., López Doblas, M., & Luque Martín, N. (2021). Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. *Gac. sanit.(Barc., Ed. impr.)*, 0-0.
- Prieto, S., Sanz, J., García-Vera, M. P., Fausor, R., Morán, R., Cobos, B., Gesteira, C., Navarro, R., y Altungy, P. (2021). Growing up with terrorism: the age at which a terrorist attack was suffered and emotional disorders in adulthood. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*.
- Qouta, S., Punamaki, R., y Sarraj, E. (2005). Mother-child expression of psychological distress in war trauma. *Clinical Psychology and Psychiatry*, 10, 135-156.
- Ramirez, J. M. (2006). Química de la agresión. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 5, 4366.
- Rathore, F. A., & Farooq, F. (2020). Information overload and infodemic in the COVID-19 pandemic. *Journal of Pakistan Medical Association*, 70(suppl 3), S162-S165
- Rees, S., & Fisher, J. (2020). COVID-19 and the Mental Health of People From Refugee Backgrounds. *International Journal of Health Services*, 50(4), 415-417.
- Rehman, U. S., Gollan, J., y Mortimer, A. R. (2008). The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 179-198.
- Renshaw, K. D., Rodebaugh, T. L., y Rodrigues, C. S. (2010). Psychological and marital distress in spouses of Vietnam veterans: Importance of spouses' perceptions. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 743-750.
- Resick, P. A., y Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: a treatment manual*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Resick, P. A., Monson, C. M., y Chard, K. M. (2008). *Cognitive processing therapy: veteran/military manual*. Cincinnati, OH: Veterans Administration.
- Rios, J., Pascual, E., Segovia, J. L., Etxebarria, X., & Lozano, F. (2016). *Mediación Penal, Penitenciaria y Encuentros Restaurativos*. Madrid, España: Universidad Pontificia de Comillas
- Robjant, K. & Fazel, M. (2010) The emerging evidence for narrative exposure therapy: a review. *Clinical Psychology Review* 30, 1030–1039
- Rodríguez Uribe, J. M. (2012). Sobre el terrorismo y sus víctimas. *DERECHOS Y LIBERTADES*. Número 27, pp. 241-266.
- Rodríguez Uribe, J. M. (2013). *Las víctimas del terrorismo en España*. Editorial Dykinson.

- Romero-Martínez, Á., & Moya-Albiol, L. (2018). Hacia una comprensión neurocientífica del trastorno por estrés postraumático en las víctimas del atentado terrorista del 11 de septiembre de 2001. *Psiquiatría Biológica*, 25(2), 41-52.
- Rossi, R., Succi, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., ... & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in psychiatry*, 11, 790.
- Saltzman W. R., Babayan T., Lester P., Beardslee W. R., and Pynoos R. S. (2008). Family-based treatment for child traumatic stress. *Treating Traumatized Children: Risk, Resilience and Recovery*, 240-254.
- Sandberg, J. G., Miller, R. B., y Harper, J. M. (2002). A qualitative study of marital process and depression in older couples. *Family Relations*, 51, 256-264.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1).
- Sanz, J., Cobos, B., Fausor, R., Liébana, S., Sánchez-Marqueses, J. M., Jiménez, A., Sanz-García, A., y García-Vera, M. P. (2020). Una revisión sistemática sobre la prevalencia del duelo complicado en víctimas adultas del terrorismo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 20, 137-173.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2021). Mental health consequences of terrorist attacks in adults. En P. Graf y D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook on the State of the Art in Applied Psychology* (pp. 207-237). Hoboken, NJ: Wiley.
- Sautter, F. J., Glynn, S. M., Thompson, K. E., Franklin, L., y Han, X. (2009). A couple-based approach to the reduction of PTSD avoidance symptoms: preliminary findings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 343-349.
- Schnurr, P. P. (2017). Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology*, 14, 56 –60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.11.005>
- Schneier, F. R., Neria, Y., Pavlicova, M., Hembree, E., Suh, E. J., Amsel, L. y Marshall, R. D. (2012). Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 169, 80-88.
- Schumm, J. A., Fredman, S. F., Monson, C. M., y Chard, K. M. (2013). Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: initial findings for Operations Enduring and Iraqi Freedom male combat veterans and their partners. *American Journal of Family Therapy*, 41, 277-287.
- Shultz, J. M., Thoresen, S., Flynn, B. W., Muschert, G. W., Shaw, J. A., Espinel, Z., . y Cohen, A. M. (2014). Multiple vantage points on the mental health effects of mass shootings. *Current psychiatry reports*, 16(9), 469.
- Scrimin, S., Axia, G., Capello, F., Moscardino, U., Steinberg, A. M., y Pynoos, R. S. (2006). Posttraumatic reactions among injured children and their caregivers 3 months after the terrorist attack in Beslan. *Psychiatry research*, 141(3), 333-336.

- Sharabi L. L., Delaney A. L., y Knobloch L. K. (2015). In their own words: how clinical depression affects romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(4), 421-488.
- Scheeringa, M. S., y Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration on Harm's Way: Onsets and comorbidity patterns of disorders in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 508-518.
- Semiatin, J. N., Torres, S., LaMotte, A. D., Portnoy, G. A., y Murphy, C. M. (2017). Trauma exposure, PTSD symptoms, and presenting clinical problems among male perpetrators of intimate partner violence. *Psychology of violence*, 7(1), 91.
- Shou, H., Yang, Z., Satterthwaite, T. D., Cook, P. A., Bruce, S. E., Shinohara, R. T., y Sheline, Y. I. (2017). Cognitive behavioral therapy increases amygdala connectivity with the cognitive control network in both MDD and PTSD. *NeuroImage: Clinical*, 14, 464-470.
- Siegel, D. J. (2010). *Mindsight: The new science of personal transformation*. Bantam.
- Silva, M. F., Silva, D. S. M. D., Bacurau, A. G. D. M., Francisco, P. M. S. B., Assumpção, D. D., Neri, A. L., & Borim, F. S. A. (2021). Ageism against older adults in the context of the COVID-19 pandemic: an integrative review. *Revista de Saúde Pública*, 55.
- Slaven-Lee, P. W., Padden, D., Andrews, C. M., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Emotional distress and health risk behaviours of mothers of United States Marines. *International nursing review*, 58(2), 164-170.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., y Rabe-Hesketh, S. (2001). War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment on children from Bosnia-Herzegovina. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 395-404.
- Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster medicine and public health preparedness*, 7(1), 105-110.
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 1713
- Soriano, A. (2021). Duelo complicado en víctimas del terrorismo y en población general. ¿Existe el duelo traumático? J. Sanz (Moderador). *Duelo complicado, prolongado, complejo y traumático. ¿Galimatías o realidades?* V Congreso Nacional de Psicología e International Symposium on Public Health Psychology. Virtual.
- Soto Castro, J. E. (Ed.). (2020). Repercusiones neuropsicológicas en menores víctimas de delitos violentos. En *Victimología y menores un enfoque transversal*. Editorial Marcial Pons, Madrid: 205-223.
- Stanković, M., Grbeša, G., Kostić, J., Simonović, M., Milenković, T., y Višnjić, A. (2013). A preview of the efficiency of systemic family therapy in treatment of children with posttraumatic stress disorder developed after car accident. *Vojnosanitetski pregled*, 70(2), 149-154.
- Strawn JR, Keeshin BR, DelBello MP, Geraciotti TD Jr, Putnam FW. Psychopharmacologic treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(7):932-41.

- Stein, D. J., Ipser, J. C., Seedat, S., Sager, C., y Amos, T. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD002795. doi:10.1002/14651858.CD002795.pub2
- Stene, L. E., & Dyb, G. (2016). Research participation after terrorism: an open cohort study of survivors and parents after the 2011 Utøya attack in Norway. *BMC research notes*, 9(1), 57.
- Stough, L. M., Ducey, E. M., & Kang, D. (2017). Addressing the needs of children with disabilities experiencing disaster or terrorism. *Current psychiatry reports*, 19(4), 24.
- Su, Z., McDonnell, D., Wen, J., Kozak, M., Abbas, J., Šegalo, S., ... & Xiang, Y. T. (2021). Mental health consequences of COVID-19 media coverage: the need for effective crisis communication practices. *Globalization and Health*, 17(1), 1-8.
- Taft, C. T., Monson, C. M., Schumm, J. A., Watkins, L. E., Panuzio, J., y Resick, P. A. (2009). Posttraumatic stress symptoms, relationship adjustment, and relationship aggression in a sample of female flood victims. *Journal of Family Violence*, 24, 389-396. doi:0.1007/s10896-009-9241-8
- Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J., Street, A. E., y Monson, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 22-33.
- Tanoue, Y., Nomura, S., Yoneoka, D., Kawashima, T., Eguchi, A., Shi, S., ... & Miyata, H. (2020). Mental health of family, friends, and co-workers of COVID-19 patients in Japan. *Psychiatry Research*, 113067.
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., & Harrison, P. J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130-140.
- Taylor, S. (2021). COVID stress syndrome: clinical and nosological considerations. *Current psychiatry reports*, 23(4), 1-7.
- Taylor, S. (2021). Understanding and managing pandemic-related panic buying. *Journal of Anxiety Disorders*, 102364.
- Taylor, S. (2021). Conversando con Steven Taylor: la psicología de las pandemias (The psychology of pandemics) [Conferencia]. V Congreso Nacional de Psicología e International Symposium on Public Health Psychology. Virtual.
- Thoresen, S., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., y Dyb, G. (2016). Parents of terror victims. A longitudinal study of parental mental health following the 2011 terrorist attack on Utøya Island. *Journal of anxiety disorders*, 38, 47-54.
- Tol W. A., Jordans M. D., Reis R., and De Jong J. (2008). Ecological resilience Working with child-related psychosocial resources in war-affected communities. *Treating Traumatized Children: Risk, Resilience and Recovery*, 164-182
- Tol, W.A. et al. (2009) Brief multi-disciplinary treatment for torture survivors in Nepal: a naturalistic comparative study. *International Journal of Social Psychiatry* 55, 39–56.
- Tol, W.A. et al. (2012) Outcomes and moderators of a preventive school-based mental health intervention for children affected by war in Sri Lanka: a cluster randomized trial. *World Psychiatry* 11, 114–122.

- Tucker, P. M., Pfefferbaum, B., North, C. S., Kent, A., Burgin, C. E., Parker, D. E., ... & Trautman, R. P. (2007). Physiologic reactivity despite emotional resilience several years after direct exposure to terrorism. *American Journal of Psychiatry*, *164*(2), 230-235.
- Tyrer, R. A., y Fazel, M. (2014). School and community-based interventions for refugee and asylum seeking children: a systematic review. *PLoS one*, *9*(2), e89359.
- Vadivel, R., Shoib, S., El Halabi, S., El Hayek, S., Essam, L., Bytyçi, D. G., ... & Kundadak, G. K. (2021). Mental health in the post-COVID-19 era: challenges and the way forward. *General psychiatry*, *34*(1), e100424.
- Valiente, C., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., Martínez, A. P., & Vázquez, C. (2021). Psychological adjustment in Spain during the COVID-19 pandemic: positive and negative mental health outcomes in the general population. *The Spanish Journal of Psychology*, *24*.
- Van Gelder, N., Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., & Oertel-Prigione, S. (2020). COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine*, *21*.
- Varona (2015). Guía general de buenas prácticas en el trato con víctimas del terrorismo que evite la victimización secundaria Recuperado el 15 de diciembre del 2017 de http://www.euskadi.eus/contenidos/proyecto/victimas_proyecto006/es_def/adjuntos/Guia_general_buenas_practicas.pdf
- Vazquez, C., Valiente, C., García, F. E., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., & Bentall, R. P. (2021). Post-traumatic growth and stress-related responses during the COVID-19 pandemic in a national representative sample: The role of positive core beliefs about the world and others. *Journal of Happiness Studies*, 1-21.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the march 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid community sample: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, *9*(1), 61-74.
- Villalonga, C. (21 de agosto de 2017). Cronología de los atentados en Barcelona y Cambrils: de las explosiones de Alcanar a la muerte a tiros del terrorista huido. La Vanguardia. Recuperado el 25 de febrero de 2018 <http://www.lavanguardia.com/sucesos/20170821/43724781571/cronologia-atentado-terrorista-barcelona-cambrils.html>
- Viner, R.M. et al. (2012) Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* *379*, 1641–1652.
- Weinberg, M. (2013). The bidirectional dyadic association between tendency to forgive, self-esteem, social support, and PTSD symptoms among terror-attack survivors and their spouses. *Journal of Traumatic Stress*, *26*, 744-752.
- Weinberg, M., Besser, A., Campeas, M., Shvil, E., & Neria, Y. (2012). Reactions of civilians exposed to terrorism and war trauma in Israel: The role of intra-and interpersonal factors.
- Weinberg, M., Besser, A., Ataria, Y., y Neria, Y. (2016). Survivor–spouse dissociation and posttraumatic stress disorder: Personal and dyad relationships. *Journal of Trauma & Dissociation*, *17*(4), 448-459.

- Weinberg, M., Besser, A., Zeigler-Hill, V., & Neria, Y. (2016). Bidirectional associations between hope, optimism and social support, and trauma-related symptoms among survivors of terrorism and their spouses. *Journal of Research in Personality, 62*, 29-38.
- Weinberg, M., Besser, A., Zeigler-Hill, V., & Neria, Y. (2018). Marital satisfaction and trauma-related symptoms among injured survivors of terror attacks and their spouses. *Journal of Social and Personal Relationships, 35*(3), 395-407.
- WHO (2021). WHO public health research agenda for managing infodemics. World Health Organization: Geneva.
- Wilson, A. C., Lengua, L. J., Meltzoff, A. N., y Smith, K. A. (2010). Parenting and temperament prior to September 11, 2001, and parenting specific to 9/11 as predictors of children's posttraumatic stress symptoms following 9/11. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(4), 445-459.
- Wells, M. E. (2006). Psychotherapy for families in the aftermath of a disaster. *Journal of clinical psychology, 62*(8), 1017-1027.
- Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. En S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression* (pp. 3-24). Washington, DC: American Psychological Association.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 638-643.
- Whisman, M. A. (2013). Relationship discord and the prevalence, incidence, and treatment of psychopathology. *Journal of Social and Personal Relationships, 30*(2), 163-170.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., y Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 830-838.
- Wilson, A. C., Lengua, L. J., Meltzoff, A. N., y Smith, K. A. (2010). Parenting and temperament prior to September 11, 2001, and parenting specific to 9/11 as predictors of children's posttraumatic stress symptoms following 9/11. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(4), 445-459.
- Wolmer, L., Hamiel, D., Pardo-Aviv, L., & Laor, N. (2017). Addressing the needs of preschool children in the context of disasters and terrorism: assessment, prevention, and intervention. *Current psychiatry reports, 19*(7), 40.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders, 277*, 55-64.
- Yahya, A. S., & Khawaja, S. (2020). Bereavement and Grief During the COVID-19 Pandemic. The primary care companion for CNS disorders, 22(4), 20com02661.
- Yehuda, R., Engel, S. M., Brand, S. R., Seckl, J., Marcus, S. M., & Berkowitz, G. S. (2005). Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *The Journal of Clinical Endocrinology&Metabolism, 90*(7), 4115-4118.
- Yule, K., Houston, J., & Grych, J. (2019). Resilience in children exposed to violence: A meta-analysis of protective factors across ecological contexts. *Clinical child and family psychology review, 22*(3), 406-431.

Índice de Ilustraciones y Tablas

Ilustración 1: Prevalencia del TEPT según el tipo de víctima (García-Vera y Sanz, 2016)	67
Ilustración 2: Prevalencias de los trastornos mentales en víctimas de terrorismo tras media de 22 años del atentado (García- Vera, 2020)	69
Ilustración 3: Modelo ecológico de Factores de riesgo en Víctimas del terrorismo	71
Ilustración 4: Modelo cognitivo de Síntomas postraumáticos, depresivos y ansiosos en Víctimas del terrorismo	78
Ilustración 5: Factores personales de riesgo en Víctimas del terrorismo	84
Ilustración 6: Reacciones de estrés específicas en menores de edad (De Vicente Colulina, 2019)	89
Ilustración 7: Consecuencias del Impacto de la violencia en Niños y Adolescentes	104
Ilustración 8: Modelo ecológico de Factores de riesgo frente a la Covid-19 en Víctimas del terrorismo	251
Ilustración 9: Modelo cognitivo de Síntomas postraumáticos, ansiosos y depresivos en Víctimas del terrorismo frente a la Covid-19	262
Ilustración 10: Factores personales de riesgo frente a la Covid-19 en Víctimas del terrorismo	284
Ilustración 11: Modelo de mediación de Factores familiares y personales en la Salud mental y el Ajuste psicosocial de Niños y Adolescentes a la Pandemia del covid-19 en víctimas del terrorismo	294
Tabla 1: Reacciones normales de estrés a cualquier edad (De Vicente Cololina, 2019)	56
Tabla 2: Prevalencia del TEPT según el tipo de víctima en niños y adolescentes (Arnaiz, Sanz y Gacía-Vera, 2020)	91
Tabla 3: Impacto del terrorismo sobre los Niños y Adolescentes	94
Tabla 4: Intervenciones psicosociales y Secuencia de información más apropiada (NIMH, 2002, tomado de García-Vera, 2020)	333
Tabla 5: Realización del Contacto psicológico (primeros auxilios psicológicos)	335
Tabla 6: Análisis de las dimensiones del problema (primeros auxilios psicológicos)	336
Tabla 7: Características de los Tratamientos psicológicos tempranos (García Vera, 2020)	339
Tabla 8: Intervenciones psicológicas para la prevención y el tratamiento del TEPT en adultos (según Guías de buenas prácticas clínicas)	345

Tabla 9: Terapia cognitivo conductual para TEPT en Víctimas de terrorismo (García Vera, et al., 2015).	348
Tabla 10: Diseño de Intervención basada en TCC-CT para Víctimas de terrorismo (adaptado de Gesteira, García-Vera y Sanz, 2018, p.11).	350
Tabla 11: Intervenciones psicológicas para la Prevención y el Tratamiento del TEPT en Niños y Jóvenes según las Guías de buenas prácticas clínicas	359
Tabla 12: Aspectos que funcionan en la Relación terapéutica (Norcross y Lambert, 2019)	363
Tabla 13: Recomendaciones del Grupo de trabajo de la Tercera división de la APA con respecto a la Relación terapéutica (Norcross y Lambert, 2019)	364
Tabla 14: Terapia farmacológica para Adultos con TEPT según las Guías de buenas prácticas clínicas	369
Tabla 15: Resumen de las Etapas y de las Sesiones de cada Etapa de la terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT o TCC-C (Monson et al., 2008)	395
Tabla 16: Resumen de etapas y sesiones de cada etapa de la TCC-C para la mejora de la relación de parejas en víctimas de terrorismo	405
Tabla 17: Directrices para aplicar con Niños que han vivido un Evento traumático (Coates et al., 2003)	438
Tabla 18: Directrices para aplicar con padres que han vivido un evento traumático (Coates et al., 2003).	439
Tabla 19: Objetivos del Entrenamiento de Terapeutas para las Sesiones familiares (Boss et al, 2003)	441
Tabla 20: Directrices para las reuniones familiares (Boss, 1999)	442
Tabla 21: Componentes de apoyo social y estrategias en los grupos (adaptado de Markez y Larrondo, 2015, pp. 128-129).	499
Tabla 22: Consejos para Profesores para ayudar a Niños a enfrentar un Evento traumático (Childmindinstitute, 2016)	511
Tabla 23: Consejos para Padres para ayudar a Niños a enfrentar un Evento traumático (Child mind institute, 2016)	521

Principales Abreviaturas

- DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición
- EFT: Terapia de pareja centrada en las emociones
- EMDR: Terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante los movimientos oculares
- SAT: Terapia de enfoque estructurado
- TCC: Terapia cognitivo-conductual
- TCC-C: Terapia cognitivo-conductual de pareja o Terapia cognitivo-conductual conjunta para el TEPT o Terapia cognitivo-conductual conjunta centrada en el trauma
- TCC-CT: Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma
- TF-CBT: Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para niños y padres
- TAG: Trastorno de ansiedad generalizada
- TDM: Trastorno depresivo mayor
- TEPT: Trastorno por estrés postraumático
- TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo



Aliety Fernández Marrero (Cuba, 1971) es Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid y miembro de la Red Nacional de Atención a las Víctimas del Terrorismo de España. Es profesora de la asignatura "Víctimas del terrorismo" en el Máster Universitario en Victimología y su tratamiento integral con víctimas en riesgo de vulnerabilidad, de INISEG y la Universidad Pegaso (Italia). En la actualidad es presidenta de la Asociación de Terapeutas familiares de la Región de Murcia (ATFRM) y de la ASOCIACIÓN DE PSICOTRAUMA. Pionera en el campo de la investigación de la terapia

de pareja en víctimas del terrorismo, desarrolló su tesis doctoral en esta temática. También ha publicado artículos científicos sobre este colectivo y las víctimas de otros sucesos traumáticos. Colabora, durante más de diez años, con la Asociación Murciana de Víctimas del Terrorismo (AMUVITE) en la atención psicológica de este colectivo, como parte de proyectos subvencionados por el Ministerio del Interior, la Fundación de Víctimas del Terrorismo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

