



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA Y SALUD

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (EPT) EN PERIODISTAS  
MEXICANOS QUE CUBREN NOTICIAS DE NARCOTRÁFICO

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

**ROGELIO FLORES MORALES**

JURADO DE EXAMEN DE GRADO:

DIRECTORA: DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ

COMITÉ: DRA. SHOSHANA BERENZON GORN

DRA. LUCIANA ESTHER RAMOS LIRA

DRA. MARÍA GEORGINA CÁRDENAS LÓPEZ

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

Desde su alma profundamente poética, Wislawa Szymborska escribió que “no hay preguntas más urgentes que las ingenuas”. Agradezco de manera especial a la Dra. **Lucy Reidl Martínez** por haberme permitido lanzar, desde una trinchera académica, un par de “preguntas ingenuas” que, con el tiempo, resultarían sumamente reveladoras para la estructuración de este proyecto. Sin duda, mi compromiso con ella trasciende lo estrictamente institucional y aterriza en la esfera del cariño y el afecto fraterno.

Otro agradecimiento profundo a las doctoras **Shoshana Berenzon Gorn** y **Luciana Ramos Lira**, investigadoras excepcionales que generosamente me ofrecieron asesoría académica, a la par de amistad entrañable. También agradezco a la Dra. **Georgina Cárdenas López** y al Dr. **Samuel Jurado Cárdenas**, por sus comentarios finales para esta tesis. Sin ellos, esto habría sido imposible.

Un agradecimiento especial a don **Julio Scherer García** por su inmensa generosidad. Hay personajes históricos que marcan la vida de muchas generaciones. Indudablemente él es uno de ellos. Con este trabajo quiero expresarle mi respeto y admiración que nacen muy adentro.

Por último, pero no por ello menos importante, vaya mi gratitud a los reporteros y fotógrafos que compartieron conmigo su dolor y esperanza durante estos años de violencia. Ellos son la razón de ser y el alma de este trabajo. Mil gracias a todos.

*A la memoria de David Flores,  
con amor entrañable.*

*A Tita y Papá, siempre presentes.*

*A Santa, Rebeca, María Elena, José Luis,  
Teresa, Ma. Antonia, David, Blanca y Lourdes:  
flores de distintos colores.*

*A Rogelio, Natalia y Angélica,  
soportes en mis días oscuros.*

## RESUMEN

La ola progresiva de violencia desencadenada por la “guerra contra el narcotráfico” (2006-2012) activó la angustia de un amplio sector de mexicanos, incluidos los periodistas. A raíz de este conflicto, un elevado número de reporteros y fotógrafos comenzó a trabajar en escenarios traumáticos de horror y barbarie.

El objetivo de la presente investigación fue identificar síntomas de estrés postraumático (EPT), ansiedad, depresión, así como niveles de consumo de alcohol y dependencia a la nicotina (cigarro) en periodistas mexicanos, particularmente en quienes cubren noticias de narcotráfico y crimen organizado. Además se evaluaron prevalencias, diferencias y correlaciones de síntomas en este gremio.

En una segunda fase se realizó un abordaje cualitativo con el objetivo de describir algunas actitudes y significados de los periodistas frente a sus experiencias traumáticas o de malestar, así como la de narrar etnográficamente los testimonios de reporteros y fotógrafos con síntomas de EPT. El diseño que se utilizó fue exploratorio, descriptivo y correlacional mixto de dos fases interconectadas: una cuantitativa seguida por otra cualitativa.

Las prevalencias identificadas fueron las siguientes: 41.1% de los periodistas que cubren notas de narcotráfico presentaron síntomas de EPT; 77% ansiedad; 42.5% depresión; 25.7% consumo “riesgoso” o “dañino” de alcohol; y 9.7% “dependencia moderada”, “fuerte” o “muy fuerte” a la nicotina. Adicionalmente, 54.2% de los fotógrafos presentaron síntomas de EPT. Los periodistas de fuentes ajenas al narcotráfico, sin embargo, presentaron prevalencias de síntomas significativamente más bajas.

Dichos resultados muestran que el ejercicio periodístico en México sobre temas de narcotráfico representa, en efecto, un riesgo físico y emocional significativo que debe tomarse en consideración.

**Palabras clave:** Estrés postraumático, ansiedad, depresión, periodistas mexicanos, guerra, crimen organizado y narcotráfico.

## ABSTRACT

The progressive wave of violence triggered by the war against the drug trafficking (2006-2012), activated the anguish of an ample sector of Mexican, including the journalists. As a result of this conflict, a high number of reporters and photographers began to work in traumatic scenes of horror and barbarism.

The objective of the present investigation was to identify symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD), anxiety, depression, as well as levels of consumption of alcohol, and dependency to the nicotine (cigarette) among Mexican journalists, particularly in those reporters covering drug trafficking and organized crime. Additionally, prevalence, differences and correlates of symptoms were identified in this guild.

In a second qualitative phase were presented ethnographic testimonies of reporters with PTSD, anxiety and depression symptoms. It was used an exploratory-mixed design, compound of two interconnected phases: a quantitative one followed by a qualitative.

The obtained prevalences were the following ones: 41% of the journalists who covered organized crime presented PTSD symptoms; 77% anxiety; 41,1% depression; and 25,7% hazardous or harmful alcohol use. In addition, 54.2% of the photographers who permanently had covered crime organized, presented PTSD symptoms. Nevertheless, journalists who covered other kind of news showed significantly lower symptoms.

These results show that the practice of journalism in Mexico on drug trafficking issues is, in effect, a significant physical and emotional risk.

**Keywords:** Posttraumatic stress disorder (PTSD), anxiety, depression, Mexican journalists, war, organized crime, and drug trafficking.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	13
<b>CAPÍTULO 1. Historia mínima del trauma</b> .....	16
Referencias históricas y literarias .....	18
Siglo XIX: los primeros estudios científicos .....	21
Siglo XX: el trauma de las guerras .....	26
La Primera Guerra Mundial.....	26
La Segunda Guerra Mundial.....	29
La guerra de Vietnam .....	32
<b>CAPÍTULO 2. Trauma Psicológico: ¿acontecimiento o experiencia subjetiva?</b> .....	34
Acontecimientos traumáticos .....	35
Falta de control .....	37
Percepción del evento como negativo .....	37
Carácter repentino e inesperado.....	38
Experiencias traumáticas .....	39
Respuestas asociadas a acontecimientos traumáticos.....	41
Respuestas Primarias .....	42
Respuestas Secundarias .....	42
Modificación de esquemas cognoscitivos .....	45
La Teoría constructivista del desarrollo del <i>self</i> .....	47
Necesidades de seguridad .....	49
Necesidades de confianza .....	50
Necesidades de estima .....	50

Necesidades de intimidad .....	50
Necesidades de control .....	51
Traumatización Vicaria (TV) y Estrés Traumático Secundario (ETS) .....	51
<b>CAPÍTULO 3. Estrés Postraumático (EPT) .....</b>	<b>54</b>
Definición .....	54
El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) .....	54
La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).....	56
Factores que influyen en las respuestas al trauma.....	59
Factores biológicos .....	59
Nivel de desarrollo en el momento del trauma.....	60
Severidad del trauma .....	60
Contexto social .....	61
Eventos de vida previos y subsecuentes .....	62
Epidemiología.....	63
Epidemiología en el mundo.....	63
Epidemiología en México.....	65
Comorbilidad y diagnóstico diferencial .....	65
Evaluación .....	67
Pruebas psicológicas generales.....	68
Los registros psicofisiológicos .....	68
Los inventarios y escalas tipo autoinforme .....	69
Las entrevistas clínicas y diagnósticas .....	70
<b>CAPÍTULO 4. Periodismo y Trauma.....</b>	<b>72</b>
El periodismo, un oficio de alto riesgo emocional .....	73

El trauma en periodistas .....	75
Periodistas, testigos de eventos traumáticos.....	76
Resiliencia y trauma en periodistas .....	77
Factores de riesgo psicológico en reporteros que cubren noticias traumáticas .....	77
<b>Justificación.....</b>	<b>80</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>84</b>
Preguntas de investigación .....	84
Objetivos generales.....	85
Definición conceptual de variables.....	85
Estrés Postraumático (EPT).....	85
Periodistas, reporteros y fotógrafos .....	86
Periodistas que cubren noticias de narcotráfico .....	87
Método de investigación.....	89
Diseño de investigación.....	90
<b>PRIMERA FASE CUANTITATIVA .....</b>	<b>92</b>
<b>Etapas 1: Validación psicométrica de instrumentos .....</b>	<b>93</b>
Objetivo general .....	93
Objetivos específicos .....	93
Muestreo .....	93
Instrumentos .....	93
<i>PTSD Checklist</i> (Lista de Chequeo para estrés postraumático) .....	94

Participantes .....	94
Procedimiento.....	95
Resultados.....	98
<i>Trauma and Attachment Belief Scale, TABS</i> .....	100
Participantes .....	100
Procedimiento.....	101
Resultados.....	101
Conclusiones.....	109
<b>Etapa 2: Aplicación de instrumentos a periodistas</b> .....	110
Objetivo general .....	110
Objetivos específicos .....	110
Muestreo .....	110
Participantes .....	110
Instrumentos .....	114
Procedimiento.....	116
Análisis estadístico .....	118
Resultados.....	119
Prevalencia de síntomas de EPT en periodistas mexicanos .....	119
Prevalencia de síntomas de ansiedad en periodistas mexicanos.....	124
Prevalencia de síntomas de depresión en periodistas mexicanos .....	127
Niveles de consumo de alcohol en periodistas mexicanos.....	131
Niveles de dependencia a la nicotina en periodistas mexicanos .....	134
Esquemas cognoscitivos de periodistas mexicanos.....	137
Correlaciones de síntomas .....	141
Correlaciones de síntomas en la muestra total de periodistas .....	142
Correlaciones de síntomas en periodistas de narcotráfico.....	145
Correlaciones de síntomas en fotógrafos de la fuente de narcotráfico .....	148
Correlaciones de síntomas en periodistas que nunca cubrieron eventos traumáticos .....	151

Conclusiones de la primera fase .....	153
<b>SEGUNDA FASE CUALITATIVA .....</b>	<b>158</b>
Pregunta de investigación.....	160
Objetivo general .....	160
Objetivos específicos.....	160
Diseño de investigación.....	161
Participantes y escenarios.....	162
Procedimiento.....	164
Consideraciones éticas.....	166
Resultados.....	168
Contexto nacional: en las entrañas de la guerra .....	168
Reportear la guerra contra el narcotráfico .....	172
La <i>costumbre</i> de ver muertos.....	175
Asesinatos de periodistas.....	179
Secuestros, desapariciones.....	190
Gustavo Téllez: historia de un reportero .....	195
Discusión y conclusiones .....	228
Los traumas: tipología de eventos periodísticos traumatizantes .....	229
Traumas múltiples .....	237
Los síntomas: tipología de respuestas postraumáticas .....	242
Estrés postraumático en periodistas.....	244
Depresión, ansiedad, crisis de angustia .....	249
Modificación de esquemas cognoscitivos: desconfianza e inseguridad.....	253
<b>CONCLUSIONES FINALES .....</b>	<b>259</b>
Referencias .....	263

Anexo A.....	287
Anexo B.....	294

“El periodismo es rudo por naturaleza”.

**Julio Scherer García**

“Es imposible echar una ojeada a cualquier periódico, no importa de qué día, mes o año, y no encontrar en cada línea las huellas más terribles de la perversidad humana... Todos los periódicos, de la primera a la última línea, no son más que una sarta de horrores. Guerras, crímenes, hurtos, lascivias, torturas; los hechos malévolos de los príncipes, de las naciones, de los individuos: una orgía de la atrocidad universal. Y con ese aperitivo repugnante el hombre civilizado riega su comida matutina.”

**Charles Baudelaire (1860)**

“¿Puedes mirar esto y soportarlo?”

**Goya**

## INTRODUCCIÓN

La ola de violencia que se vive en México ha impactado en términos psicopatológicos a muchos sectores de la sociedad, particularmente en los estados y municipios con elevados índices de homicidios. En 2010, el entonces secretario de Salud José Ángel Córdova Villalobos, tuvo que reconocer que la “ola de violencia, masacres e inseguridad” desencadenada por la *guerra* contra el narcotráfico había tenido “un impacto negativo” en el desarrollo de ciertas patologías. “El diagnóstico es, sin duda, que hay más problemas mentales por la dinámica de violencia que se tiene”, declaró Córdova en la 34 edición del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (García, 2010; Valadez, 2008; Valadez, 2010).

Desde su Asamblea de 1996, la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) ya había aprobado una resolución que, en efecto, identificaba a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. En ella exhortó a los Estados miembros a que evaluaran esta problemática en sus propios territorios, e implementaran medidas para mitigar sus efectos. Dicho compromiso fue ratificado seis años después, en el *Informe Mundial sobre la violencia y la salud* (OMS, 2002).

Justo en el año en que se publicó el Informe de la OMS (1996), en México se consolidó la presencia del narcotráfico; pero no fue sino una década después cuando los elevados índices de homicidios colocaron al país entre las 16 naciones más violentas de todo el mundo, con 71 mil ejecuciones, más de diez mil desaparecidos y cerca de un millón de desplazados por la denominada “guerra contra el narcotráfico” (Centro de Investigación para el Desarrollo A. C. [CIDAC], 2009; Job, 2011; Mendoza, 2012; Vega, 2011). Bajo este contexto de violencia social casi generalizada –donde los acontecimientos de sangre y muerte fueron escandalosamente cotidianos– los periodistas que cubrían noticias de narcotráfico emergieron como uno de los actores sociales más participativos, al establecer una estrecha cercanía profesional con escenarios de violencia, barbarie y muerte.

Día tras día, en efecto, un creciente grupo de reporteros cubrió noticias *in situ* sobre esta “guerra” y su vorágine de salvajismo: *descabezados* (decapitados), *levantones* (secuestros), *empozolados* (cadáveres disueltos en ácido), asesinatos de niños y jóvenes, *desollados* (muertos sin rastros de piel), *narcofosas* (tumbas clandestinas), *colgados* (estrangulamientos en espacios públicos), casos de tortura, explosiones, coches bomba, fuegos cruzados, etc. Y, ciertamente, fueron los periodistas quienes dieron testimonio de este conflicto en el que murieron más mexicanos que en la misma guerra de Independencia de 1810 (Vera, 2010).

Al riesgo inherente que representa trabajar en contextos de violencia se añade otro indicador alarmante en esta población específica: México es uno de los países más peligroso del mundo para ejercer el periodismo, por su elevado número de comunicadores asesinados y desaparecidos (Article 19, 2012; Rosas, 2011). Todo en su conjunto configura un tejido invisible que coadyuva en la formación de diversos problemas de salud mental en el gremio. Determinar la magnitud del impacto emocional en periodistas que cubren sistemáticamente noticias de narcotráfico, sin embargo, representa el núcleo central de este trabajo de investigación.

De manera específica, el contenido del proyecto gira en torno a la presencia de síntomas de estrés postraumático (EPT), ansiedad y depresión en periodistas mexicanos que cubren noticias de narcotráfico y crimen organizado. La premisa de la que se partió fue que reportear *notas* en escenarios de violencia, representa un riesgo de naturaleza traumática, especialmente cuando se trata de experiencias cotidianas, frecuentes y repetidas, como son las coberturas periodísticas de este tipo.

La tesis se divide en cuatro capítulos y un apartado metodológico. Los cuatro primeros integran el marco teórico y el estado del arte sobre el tema, mientras que en la última sección se expone el *Método* que se utilizó para el desarrollo del proyecto, los resultados, discusión, así como las conclusiones del mismo.

En el *Capítulo 1* se muestran los antecedentes más relevantes sobre el Trauma como categoría histórica, desde su abordaje en los manuscritos históricos y literarios –algunos de ellos de hace más de 3,000 años– pasando por los primeros estudios científicos del siglo

XIX, hasta la aceptación oficial del EPT como categoría diagnóstica en 1980. El recuento que se presenta, sin embargo, es sólo una breve aproximación histórica al tema, y en ese sentido sólo pretende mostrar un panorama retrospectivo que permita ubicar la complejidad de los fenómenos traumáticos en sus múltiples dimensiones de tiempo y espacio.

En el *Capítulo 2* se aborda el concepto de Trauma, y dos constructos específicos relacionados con él: “acontecimiento” y “experiencia”. La sólida definición conceptual de cada uno de ellos, permite comprender con claridad la categoría central de la presente investigación (el estrés postraumático), que fue abordado de forma independiente en el *Capítulo 3*. En el *Capítulo 4* se expone de forma resumida el contenido esencial de la mayoría de las investigaciones publicadas sobre el tema de *Periodismo y Trauma* en diversos contextos y en diferentes naciones del mundo.

Finalmente, en la segunda parte de la investigación se explican tanto el *Método* utilizado, como los datos cuantitativos y cualitativos que arrojó el trabajo de campo. Como resultado de este procedimiento mixto, se concluyó que ejercer el periodismo de narcotráfico representa, en efecto, un riesgo físico y emocional que debe ser atendido de forma inmediata, mediante la creación de políticas públicas y/o acciones que procedan de las propias empresas de comunicación involucradas.

## Capítulo 1

### Historia mínima del trauma

“La adormecida prodigalidad de nuestra familiaridad con el horror es una radical derrota humana.”

**George Steiner**

La historia de la humanidad se ha escrito con sangre, dolor y fuego. A lo largo de los siglos, el hombre ha experimentado innumerables eventos traumáticos que han marcado el rumbo cultural, político, social y psicológico de su existencia. Un ejercicio elemental de memoria histórica remite a traumas interminables: guerras, etnocidios, epidemias, terremotos, decapitaciones, actos terroristas, secuestros, feminicidios, ejecuciones irracionales, racismo, holocaustos... (van der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 2007).

El “trauma” es una expresión antigua que se remonta siglos atrás cuando el lenguaje escrito apenas comenzaba a articularse entre los primeros hombres. Quizás por ello se ha afirmado metafóricamente que la historia del trauma representa, al mismo tiempo, la historia de la humanidad: trauma milenario y omnipresente que además acecha desde el nacimiento mismo (cuando abruptamente se expulsa al infante del vientre cálido y protector de la madre), hasta la recta final del último suspiro que es la muerte (Crocq & Crocq, 2000; Lamprecht & Sack, 2002; Rank, 1992). Recorrido diacrónico y sincrónico de una experiencia que, en efecto, ha acompañado al hombre desde sus orígenes mismos.

*Stricto sensu*, el vocablo proviene del griego *trayma* (τραύμα) que significa “herida”. A diferencia de la ciencia médica –cuyo significado remite a impactos y lesiones físicas en el cuerpo–, en el campo de la psicología el término se refiere a manifestaciones

subjetivas, emocionales, cognoscitivas y conductuales específicas, que se presentan al experimentar un acontecimiento que pone en riesgo la integridad física del individuo.

En sus inicios, la medicina acogió al trauma como un concepto habitual en sus descripciones clínicas, una vez que ésta se estableció como disciplina científica; pero es a mediados del siglo XIX cuando el trauma adquiere una connotación metacorporal, convirtiéndose ya no sólo en una referencia a alguna lesión física (traumatismo), sino a un evento que modifica el universo psicológico del sujeto a partir de una experiencia extremadamente estresante, esto es, traumática (Carlson & Dalenberg, 2000).

Pero, en términos técnicos, el trauma remite sólo al acontecimiento, no a la reacción subjetiva que desencadena, y debe reservarse únicamente a eventos intensos que son psicológicamente arrolladores para un individuo (Briere & Scott, 2006). En este sentido, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) lo define como una vivencia directa y personal de un evento que implica un peligro de muerte o amenaza a la integridad física de algún individuo (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2001).

Desde su incorporación al ámbito de la psiquiatría y la psicología, el concepto ha adquirido significados diversos y una amplitud nominal que hasta la fecha no termina de agotarse. De esta categoría primigenia (Trauma) se derivan términos fronterizos como neurosis traumática, estrés postraumático, trauma vicario, estrés agudo, estrés traumático secundario, fatiga de compasión, neurosis de guerra, entre muchos otros (Baird & Kracen, 2006; Carlson & Dalenberg, 2000; Dunkley & Whelan, 2006; Figley, 1995; McCann & Pearlman, 1990; Palm, Polusny, & Follette, 2004).

El núcleo estructural de esta categoría, sin embargo, es la insustituible presencia de eventos que sobrepasan, en intensidad y fuerza, las vivencias habituales de todos los días. Este conjunto de acontecimientos y experiencias de tipo traumático ha sido una constante en la humanidad, por ello resulta imprescindible iniciar el presente capítulo con un breve recorrido histórico a través de distintos tiempos y geografías para, posteriormente, terminar definiendo los conceptos más elementales a partir de una perspectiva reciente y actualizada.

## Referencias históricas y literarias

Las tragedias humanas como las guerras y los actos de violencia masiva han sido los acontecimientos que más han dañado a los pueblos y naciones de todo el mundo. El dolor, la desesperanza, el sufrimiento y la muerte que dejan como estela, son sus rostros cotidianos, sus sombras inseparables (Dyson, 1992; Herman, 1992; Le Breton, 1999; Sontag, 2003).

El impacto brutal de dichos eventos sobre los procesos cognoscitivos, las emociones y la conducta del hombre, ha sido objeto de estudio de muchos especialistas, desde la antigüedad hasta nuestros días. Particularmente, el tema del “trauma psicológico” ha sido investigado por médicos, psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas y filósofos, desde la segunda mitad del siglo XIX. Jean Martin Charcot, Pierre Janet, Joseph Breuer, Sigmund Freud y Abraham Kardiner, son algunos de los autores más representativos de esa etapa inicial que se gestó a fuerza de guerras y actos violentos (van der Kolk, 2000).

Marc-Antoine Crocq y Louis Crocq (2000) han descrito detalladamente y con numerosas referencias bibliográficas, el amplio recorrido histórico de la denominada psicotraumatología. En el artículo *From Shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology*, los autores presentan una completa reseña histórica sobre los testimonios legados por grandes pensadores de todas las épocas y de casi todas las geografías del mundo, en relación al impacto devastador que tienen los acontecimientos traumáticos sobre las personas que los viven.

Las referencias históricas y literarias remiten, en efecto, a épocas milenarias. *El Deuteronomio* –el libro bíblico del Antiguo Testamento– dejó constancia de que muchos soldados tuvieron que ser removidos de los campos de batalla debido a fuertes crisis nerviosas provocadas por la experiencia de la guerra. Para evitar deserciones cada vez más frecuentes entre los ejércitos, en el capítulo 20 del *Deuteronomio* se instruyó a los combatientes a luchar de forma enérgica, apelando con ello a las fuerzas divinas:

*Cuando salgas a combatir contra tus enemigos y veas caballos, carros de guerra y un ejército más numeroso que tú, no les tengas miedo: el*

*Señor, tu Dios, está contigo. (...) ¡Tengan valor! No teman, ni se angustien, ni tiemblen ante ellos. (...) ¿Alguien tiene miedo y le falta valor? Que se retire y vuelva a casa, no sea que transmita a sus hermanos su propia cobardía* (Deuteronomio, 20:1-9).

La epopeya de Gilgamesh –considerada la narración escrita más antigua de la historia– plantea las interrogantes que siempre han preocupado al hombre: el significado de la vida, la muerte inevitable, el planteamiento de la inmortalidad y la resignación frente al destino. La narración cuenta la trágica muerte de Enkidu, amigo de Gilgamesh, y describe cómo a éste último le sobrevienen fuertes sentimientos de aflicción y culpa como resultado del deceso de Enkidu. Esta confrontación abrupta con la muerte modifica su personalidad, provocándole estados de pánico que no logra controlar.

Otro referente histórico es la *Saga de Gisli Sursson*, un anónimo del siglo XII de la literatura islandesa, en la que se cuenta la historia de un “héroe” que frecuentemente tenía pesadillas sobre las batallas en las que había participado; los recuerdos de los combates no se separaban de su memoria y era tan intenso el miedo que experimentaba por las noches, que con el tiempo le fue imposible soportar la oscuridad. La soledad, en efecto, terminaría por ahogarlo para siempre (Valera, 2001).

Pero el referente histórico-literario por antonomasia es, sin duda, *La Iliada* de Homero. Cuando Jonathan Shay analizó el poema épico bajo una perspectiva clínica, rompió una vez más el paradigma que separaba la literatura de la ciencia. El psiquiatra estadounidense mostró las enormes semejanzas entre los síntomas post batalla que presentaba Aquiles y los que exhibían los propios soldados que habían participado en la guerra de Vietnam. En un ingenioso juego de palabras, Jonathan Shay tituló su libro *Aquiles en Vietnam* (Shay, 1994).

Sin embargo, las descripciones más detalladas del “horror” de la guerra, las narraron Heródoto, Hipócrates y Lucrecio. Crocq y Crocq (2000) afirman que el primer caso registrado en el que se describen con mayor precisión los síntomas mentales crónicos producidos por una guerra, se encuentran en la historia de la batalla de Maratón, contada por Heródoto. Al igual que en esa historia, en el poema de Lucrecio *De Rerum Natura*

escrito en el año 50 A.C., también se describe la continua reexperimentación de sensaciones vividas durante las batallas. Dichas descripciones se anticiparon por más de 2,000 años a uno de los tres criterios establecidos en 1980 por el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) para el estrés postraumático: la reexperimentación intrusiva (American Psychiatric Association [APA], 1980).

El tema de las tragedias derivadas de acontecimientos traumáticos, también se encuentra en los grandes escritores de la literatura universal, entre ellos William Shakespeare y Johann Wolfgang von Goethe. El primero narra en voz de Mercutio, personaje de *Romeo y Julieta*, la irrupción intrusiva de pesadillas relacionadas con los campos de batalla; mientras que Goethe, –según la interpretación de Crocq y Crocq (2000)– da cuenta de sensaciones de desrealización y despersonalización inducidas por el ambiente de horror de la batalla de Valmy en 1792.

El escritor y poeta mexicano José Emilio Pacheco (1996) en un *Inventario* sobre los libros más impactantes del siglo XX, incluyó un apartado que tituló “Guerra, holocausto y totalitarismo”. Ahí el poeta despliega obras como *Armenian atrocities: the murder of a nation* de A. J. Toynbee; *Diez días que estremecieron al mundo* de John Reed; *The war poems* de Siegfried Sassoon; *El buen soldado Schweik* de Jaroslav Hasek; *Sin novedad en el frente* de Erich María Remarque; *Réquiem* de Ana Ajmátova; *Por quién doblan las campanas* de Ernest Hemingway; *Oscuridad a mediodía* de Koestler; *Hiroshima* de John Hersey; *El diario de Anna Frank*; *Archipiélago Gulag* de Alexander Soljenitsin, entre muchos otros. En todos ellos, el hilo conductor es la estela de dolor y muerte que dejan las guerras tras de sí.

En la literatura mexicana, las descripciones narrativas sobre acontecimientos y experiencias de tipo traumático son muy extensas (Azuela, 1916; Guzmán, 1929; Magdaleno, 1945). Un texto poco conocido pero lleno de sensibilidad y capacidad descriptiva, es el Canto de Nezahualpilli *Así vino a perecer Huexotzinco*. La elegía del poeta precolombino presenta una visión desoladora de la guerra que destruye “jades” y “plumas”, pero sobre todo a seres humanos, quienes en “una danza de la muerte” se van “a la región del misterio”. El poeta escribió en uno de sus fragmentos:

*En el sitio del humo, en la tierra roja  
hacen la guerra los mexicanos (...)  
(...) Donde el agua divina se tiende,  
donde está hirviendo con flores de agua divina,  
se embriagan los chichimecas mexicanos.  
Lo recuerdo y lloro yo.  
Por eso lloro yo, Nezahualpilli:  
recuerdo donde se tendía y donde abría la corola,  
la flor de la guerra.  
Lo recuerdo y lloro (Garibay, 1964, p.125).*

Sin embargo, las primeras investigaciones estrictamente científicas sobre el tema – esto es, sin ser literarias o históricas–, no surgieron sino hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando Charcot propuso en París que los síntomas de la histeria tenían sus orígenes en algún trauma personal (Freud, 1893/1993). Ahí, en el Hospital de la Salpêtrière de París, es donde se inicia formalmente el recorrido científico del tema, para extenderse hasta nuestros días con categorías cada vez más específicas y complejas, pero todas ellas con un eje común que las cohesiona: la presencia de lo que históricamente se ha denominado *trauma*, *acontecimiento* o *experiencia traumática*, términos que serán abordados con detalle en el segundo capítulo.

### **Siglo XIX: los primeros estudios científicos**

Mucho antes de que Charcot iniciara sus estudios sobre la histeria, otro francés ya había aparecido en escena: el famoso psiquiatra Philippe Pinel. En su tratado *Nosographie Philosophique*, describió un caso clínico que llamó poderosamente la atención en su época, por revelar en toda su crudeza las experiencias dolorosas de un filósofo y matemático que gozó de fama y renombre a mediados del siglo XVII: Blaise Pascal (Crocq & Crocq, 2000).

En su tratado publicado en 1798, Pinel narra un episodio en el cual Pascal casi muere ahogado, después de que una de sus carrozas se desbocara en las orillas del río Sena.

A partir de esa experiencia traumática, el filósofo francés experimentó cambios abruptos en su personalidad: se convirtió en un ser retraído, escrupuloso y excesivamente aprehensivo, siendo la depresión la sombra más pesada de sus días. Durante los ocho años posteriores al accidente, Pascal tuvo sueños intrusivos y sobrecogedores en los que se veía a sí mismo en un precipicio abismal al que, inevitablemente, tendría que caer. Fue tal el dramatismo de las imágenes oníricas, que el matemático se vio obligado a colocar un par de sillas justo en el lado izquierdo de su cama, para evitar por las noches las abruptas caídas al *precipicio* de su habitación (Crocq & Crocq, 2000).

Según Crocq y Crocq (2000), Philippe Pinel fue el primer científico en describir la *neurosis de guerra* a partir del cúmulo de información que reunió de sus múltiples pacientes “traumatizados”, la mayoría de los cuales había participado en la Revolución Francesa. A esta neurosis de guerra, Pinel la denominó “neurosis cardiorespiratoria” y a los ahora conocidos estados postraumáticos de estupor agudo los llamó, prejuiciosamente, “idiotismo”. Años después, como homenaje, Charcot colocaría en su sala de conferencias un cuadro donde figuraba Pinel “liberando de sus cadenas a los pobres orates de la Salpêtrière” (Freud, 1893/1994, p. 19). Sin embargo, cabe destacar que Pinel fue uno de los primeros defensores de los derechos de los enfermos mentales, iniciando en su hospital tratamientos más humanitarios hacia los entonces llamados “dementes”.

Pero la primera mención del término “neurosis traumática” la realizó el médico alemán Hermann Oppenheim en su libro del mismo nombre: *Traumatic Neurosis*, publicado en 1884. En él hace una descripción de 42 personas con “*shock* emocional” provocado por accidentes laborales o de ferrocarril, entonces muy frecuentes dado el *boom* tecnológico de la Revolución Industrial. Uno de los médicos que se opuso con vehemencia a esta nueva categoría fue precisamente Charcot, argumentando que los casos que presentaba Oppenheim no eran sino formas particulares de histeria, neurastenia o histero-neurastenia (Laplanche & Pontalis, 1993).

Uno de los primeros artículos en la literatura médica sobre el tema del trauma fue escrito por el cirujano Erichsen en 1886, titulado *On railway and other injuries of the nervous system*. Erichsen acuñó el término “*railroad spine syndrome*”, el cual identificaba

los principales síntomas psicológicos que solían presentarse después de un accidente de ferrocarril. Los síntomas que identificó en sus pacientes fueron ansiedad, cansancio, problemas de memoria, irritabilidad, perturbaciones en el sueño, pesadillas, mareos y dolor en las extremidades (Lamprecht & Sack, 2002).

A partir de las publicaciones de Oppenheim, Erichsen, Myers y en menor medida de Page, el término “trauma” –que para entonces era de uso exclusivo de los cirujanos– comenzó a ser de uso común en la psiquiatría. Oppenheim, por ejemplo, afirmó que “la excitabilidad anormal del sistema nervioso cardiaco es casi un síntoma constante de la neurosis traumática, y sólo en pocos casos es una enfermedad cardiaca seria” (Lamprecht & Sack, 2002, p. 222). En la misma línea argumentativa, Myers (1870) y Da Costa (1871) encontraron frecuentemente “irritabilidad en el corazón” de los soldados con experiencias de combate, al cual le otorgaron el término diagnóstico de “*irritable heart*” o “*soldier’s heart*”.

Es precisamente en este periodo histórico cuando el interés de los médicos por el estudio del trauma se expande por muchas ciudades de la vieja Europa, particularmente París, Viena y Berlín. Y es, entonces, cuando comienzan a aparecer algunos nombres que, con el paso del tiempo, se convertirán en los grandes protagonistas del *mundo psi* de finales del siglo XIX, como Joseph Breuer y Sigmund Freud, ambos de gran cercanía con Charcot, este último ya con una larga trayectoria clínica y académica.

Jean-Martin Charcot –uno de los “más grandes médicos” y de una “sensatez genial”, según Freud (1994, p. 10)– trabajó en el Hospital de la Salpêtrière de París, y fue miembro de la *Académie de Médecine* y de la *Académie des Sciences* de Francia. En sus investigaciones, Charcot fue el primero en proponer que los síntomas de los pacientes “histéricos” y en general de los que padecían “afecciones nerviosas”, tenían sus orígenes en historias sobrevenidas de graves traumas (Freud, 1893/1994).

Uno de los *experimentos* de Charcot que tuvo mayor impacto entre los médicos de la época, fue la “reproducción artificial” de síntomas histéricos mediante hipnosis. Empeñado en el estudio de las parálisis que se generan a partir de vivencias traumáticas, Charcot consiguió demostrar que eran “consecuencia de representaciones que en momentos

de particular predisposición habían gobernado el cerebro del enfermo” (Freud, 1893/1994, p. 23). Esto significaba que las parálisis histéricas surgían debido a la intensidad reprimida de la experiencia traumática, la cual se manifestaba a través de somatizaciones. Estos matices clínicos fueron retomados posteriormente por sus discípulos, entre ellos Pierre Janet, Joseph Breuer y el propio Freud quienes, sin embargo, años después terminarían distanciados entre sí.

Pierre Janet describió a 591 pacientes, 257 de los cuales tenían un “origen traumático” en sus psicopatologías (Crocq & De Verbizier, 1989). Janet fue el primero en proponer que durante los eventos traumáticos, las personas experimentan “emociones intensas y vehementes” las cuales interfieren con la “integración” de la experiencia arrolladora. Pierre Janet explicó el mecanismo a través del cual los recuerdos de los traumas tienden a retornar no como historias de lo que había pasado, sino en forma de intensas reacciones emocionales como conductas agresivas, dolor físico y/o estados que en su conjunto podrían ser entendidos como el regreso de elementos inconscientes de la experiencia traumática (Heim & Bühler, 2006). Janet fue el primero en observar que los pacientes parecían reaccionar a los recuerdos del trauma con respuestas que habían sido relevantes durante la amenaza original, pero que en ese momento ya no tenían ningún valor adaptativo. A la exposición de los recuerdos, el trauma era reactivado en forma de imágenes, sentimientos, y sensaciones físicas relacionadas con la experiencia. Hoy en día, estos síntomas remiten, invariablemente, a los criterios de reexperimentación intrusiva del Estrés Postraumático (EPT) descrito por el DSM-IV-TR (2001).

En 1893 Sigmund Freud escribió junto con Joseph Breuer *Estudios sobre la Histeria*, libro considerado como el punto de partida del psicoanálisis. En ese texto ambos científicos estudiaron los síntomas de pacientes histéricos, los cuales se caracterizaban por marcadas anormalidades motoras y sensoriales. Freud insistía en que el recuerdo del trauma actuaba como un cuerpo extraño, inclusive tiempo después de su aparición inicial, y que éste debía ser considerado como un agente en constante movimiento (Freud & Breuer, 1893/1993).

Freud se asombraba de la extraordinaria capacidad del trauma de permanecer tanto tiempo en la memoria de las personas y que aún éste continuara operando intensamente. El padre del psicoanálisis afirmaba que si era suprimida la reacción al evento traumático, el afecto permanecería adherido a la memoria. La reacción de la persona al trauma sólo ejercía un efecto “catártico” completo si aparecía una reacción adecuada (Freud & Breuer, 1893/1993). Ambos argumentaron que los afectos debían su importancia en la etiología de la histeria al hecho de ir acompañados por la producción de grandes cantidades de excitación, y que éstas a su vez exigían ser descargadas. Por ello, las vivencias traumáticas debían su fuerza patógena precisamente a que producían cantidades de excitación demasiado grandes que no eran liberadas a través de la abreacción: esto es, mediante la liberación física y conductual del afecto (Freud & Breuer, 1893/1993).

Freud destacó, sin embargo, que la abreacción no era el único método para lidiar con el trauma psicológico. El lenguaje y la palabra servían como sustitutos a la acción; con su ayuda, un afecto podía ser “abreaccionado” de manera efectiva a través de la expresión verbal de las emociones. Freud insistía en esa época que al contar la historia del trauma los síntomas desaparecían. Sin embargo, años después habría de aceptar que muchas de las historias de los traumas que habían sido verbalizadas en las terapias, en realidad eran fantasías inexistentes (Freud, 1920/1994). En suma, las teorías del trauma y la abreacción atribuían los fenómenos de la histeria a experiencias traumáticas y a sus recuerdos. No obstante, años después Freud iba a desplazar el acento de los “traumas infantiles” a las “fantasías” para explicar su concepción “dinámica” de los procesos psíquicos.

En *Más allá del principio del placer*, Freud (1929/1994) señaló la compulsión de los pacientes a repetir sus traumas una y otra vez. Propuso que la compulsión a repetir era una función de la represión. El paciente estaba obligado a repetir el material reprimido como una experiencia contemporánea, en lugar de recordarla como algo que perteneciera al pasado. Anticipándose 60 años a lo que en 1980 se identificaría en el DSM-III como *síntomas evitativos*, Freud creyó que los pacientes estaban inconscientemente más preocupados en no pensar en las horribles experiencias traumáticas que enfrentarlas de alguna manera. Esto es, evitaban mediante el mecanismo de la represión, todo aquello que les remitiera consciente o inconscientemente al evento traumático.

Pero el mayor impulso para que surgieran estudios relacionados con experiencias traumáticas, nació de los efectos devastadores que se identificaron a partir de conflictos bélicos internacionales, como la Primera (1914) y Segunda Guerra Mundial (1939), y la intervención norteamericana en Vietnam en la década de los 60's del siglo XX.

### **Siglo XX: el trauma de las guerras**

En 1904 se inició un conflicto bélico entre Rusia y Japón, el cual antecedió por una década a la primera conflagración mundial de la historia. En esta guerra, hubo una extraña coincidencia histórica entre militares y médicos de la época: ambos aceptaron la existencia de síntomas psiquiátricos “*post batalla*” derivados del horror de la guerra. Fue en ese periodo cuando el médico ruso Avtocratov desarrolló el primer tratamiento para víctimas de un conflicto bélico, al reconocer que las “bajas psiquiátricas” rusas habían sido demasiado elevadas. El médico alemán Honigman –entonces miembro de la Cruz Roja Internacional– intervino en muchos de los casos ahí presentados y fue el primero en acuñar, en 1907, el término “neurosis de guerra” (*Kriegsneurose*), desplazando a lo que con anterioridad había sido llamado “histeria o neurastenia de combate” (Crocq & Crocq, 2000). Pero las intervenciones psiquiátricas masivas no se presentaron sino hasta 1914, cuando dio inicio formalmente la Primera Guerra Mundial.

### **La Primera Guerra Mundial**

Nueve años después de finalizado el conflicto bélico entre Rusia y Japón, estalló la Primera Guerra Mundial (1914) y con ella se desencadenó una sucesión de estudios científicos sobre el tema del trauma, dados los enormes efectos emocionalmente perturbadores en soldados que participaron en ella, los cuales fueron percibidos por los médicos de forma inmediata.

Las primeras bajas psiquiátricas de la guerra fueron reportadas en un número que nadie pudo anticipar. El médico francés Milian describió casos de “hipnosis de batalla”

después de las primeras acciones militares. A su vez, Robert Gaupp informó que los hospitales disponibles se llenaron rápidamente con un gran número de soldados y oficiales que presentaban perturbaciones mentales. Los síntomas que identificó fueron múltiples: sensaciones de horror y pánico intensos por haber presenciado un sinnúmero de explosiones, y por la impotencia derivada de ver morir a compañeros de batalla que yacían inermes, dispersos sus órganos por todas partes. Otros síntomas encontrados por Gaupp fueron estados de ansiedad, mutismo repentino, sordera, temblor generalizado, inhabilidad para caminar o permanecer de pie (parálisis), episodios de pérdida de consciencia y convulsiones. En otros términos, encontró un estado de *shock* generalizado en un elevado número de combatientes.

En una revisión de 88 casos de trastornos mentales que hizo el psiquiatra francés Emmanuel Régis en 1915, encontró una etiología similar en los que fueron testigos de muertes y mutilaciones. Informó que mientras el 20% de los soldados mostraba heridas físicas, la gran mayoría presentaba sólo síntomas de angustia, horror y *shock* emocional al ser testigos de la barbarie de la guerra.

Los pacientes del ejército británico que presentaban diversos trastornos mentales como resultado del estrés de combate fueron originalmente diagnosticados como casos de “*shell shock*” (*shock* de la explosión). En febrero de 1915 dicho término fue utilizado por Charles Myers en un artículo en *The Lancet* para describir a soldados sufriendo de falta de memoria, visión, olfato y gusto por haber presenciado intensos bombardeos y explosiones de proyectiles o minas; aunque Merskey afirma que la primera referencia en realidad provino de un texto periodístico en *Times*, publicado el 6 de febrero del mismo año.

El enorme número de víctimas de la guerra, –ya con lesiones físicas o con trastornos mentales– modificó la forma de tratamiento, especialmente en los que presentaban intensas alteraciones emocionales. Inicialmente, las víctimas psiquiátricas fueron trasladadas a zonas alejadas del conflicto y en muchas ocasiones repatriadas a sus lugares de origen. Pero por la experiencia obtenida con el paso de los meses, los médicos se percataron de un extraño y paradójico fenómeno que se presentaba en las víctimas: mientras que los soldados que regresaban a su hogar mostraban un cuadro crónico cada vez más complejo e intenso, –

lo que frecuentemente los obligaba a desertar del ejército—, los síntomas de los militares que permanecieron cerca de las zonas de combate desaparecían con mayor facilidad.

Las explicaciones tentativas llegaron rápidamente: los soldados que permanecieron en la línea de combate se beneficiaron del “soporte emocional” de sus compañeros de batalla, lo que aumentaba las probabilidades de retornar con mayor rapidez a sus unidades militares (Crocq & Crocq, 2000). Como era de suponerse, un año después de iniciada la primera guerra mundial, las evacuaciones comenzaron a ser excepcionales, casi mínimas.

Sin embargo, lo que probablemente ocurría entre los soldados fue un proceso que actualmente se conoce como *traumatización crónica* que, entre otras cosas, se caracteriza por estados disociativos, los cuales desde fuera hacen pensar o creer que el individuo “se ha acostumbrado” a la violencia.

Así, el tratamiento directo en las zonas de combate se convirtió para casi todos los ejércitos en la regla psiquiátrica de la época, la cual continuó operando en guerras subsecuentes. Dicho tratamiento formulado por Thomas W. Salmon, estaba constituido por cinco principios fundamentales: *inmediatez*, *proximidad*, *expectación*, *simplicidad* y *centralidad*. En ellos se exponía que el tratamiento para víctimas psiquiátricas de guerra debía ser inmediato, esto es, una vez que se presentaran los primeros síntomas; que se debía tratar a los pacientes dentro de la línea de batalla en lugar de evacuarlos a una “atmósfera pacífica”; que se debía confiar en el tratamiento y tener una alta expectativa en la “curación” rápida como resultado de la “psicoterapia persuasiva”; que la terapia sólo debía consistir en un “simple tratamiento” como descansar, dormir, evitando profundizar en traumas previos de infancia o de alguna otra etapa del desarrollo; y que todo el personal médico debía presentar una organización coherente y homogénea del proceso terapéutico (Crocq & Crocq, 2000).

Otro tratamiento psiquiátrico implementado durante la primera guerra mundial fue la llamada *faradización*, que consistía en la aplicación de corriente eléctrica en el cuerpo de las víctimas. La técnica era bastante violenta, agresiva y desacertada; con ella se intentaba estimular el movimiento de ciertas partes motoras del cuerpo para incidir positivamente en las contracciones musculares, en las parálisis, o en los temblores derivados de las

experiencias de la guerra. Esta técnica fue fuertemente criticada por un número elevado de psiquiatras de la época, entre ellos Sigmund Freud y Fritz Kaufmann, quienes formaron parte de un comité que investigó la “excesiva” crueldad del tratamiento (Crocq & Crocq, 2000).

Durante ese periodo histórico, –impregnado de actos violentos y guerras– se plantearon dos posturas antagónicas con respecto a la etiología del fenómeno traumático: una planteaba que lesiones microscópicas en el cerebro eran las responsables de los síntomas (etiología somática); mientras que la segunda atribuía a los estresores emocionales las causas del fenómeno. Quien mejor documentó estas diferencias fue Emil Kraepelin (1856-1926), el psiquiatra alemán que planteó tres líneas de análisis, las cuales explicaban tres posturas irreconciliables en ese momento histórico (Crocq & Crocq, 2000):

1. La posibilidad de que los síntomas mentales presentados por los soldados no eran sino simulaciones para desertar del ejército y alejarse de los campos de batalla.
2. Los síntomas postraumáticos tenían una explicación estrictamente anatómica debido a lesiones microscópicas en el cerebro.
3. El cuadro clínico presentado por las víctimas tenía un origen psicológico debido al fuerte impacto emocional de la guerra.

Años después se sabría que las tres posturas no necesariamente tendrían que ser mutuamente excluyentes, debido al carácter multidimensional del fenómeno, pero sobre todo por la enorme complejidad de los factores que intervienen en todo proceso traumático, los cuales, sin duda, rebasan en número y forma las tres alternativas resumidas por Kraepelin.

## **La Segunda Guerra Mundial**

Como señalaron Crocq y Crocq, el papel que jugó la Primera Guerra Mundial en el conocimiento de la psicotraumatología en la psiquiatría europea, fue proporcional al de la

Segunda Guerra Mundial y la guerra de Vietnam en la psiquiatría norteamericana. En ambos conflictos bélicos, los efectos de la entonces llamada “neurosis de guerra” fueron semejantes, aunque en un principio el diagnóstico durante la Segunda Guerra quiso subestimar el impacto emocional del conflicto.

Al inicio de este enfrentamiento, ningún psiquiatra fue asignado a las divisiones de combate y tampoco se instaló alguna provisión en las unidades de tratamiento ambulatorio. Los cinco principios de Thomas W. Salmon utilizados previamente, no fueron incorporados en los tratamientos sino hasta 1943, con un agregado tan novedoso como absurdo: se integró el término “agotamiento” a los primeros diagnósticos de soldados con problemas emocionales, con la intención obvia de subestimar las implicaciones neuropsiquiátricas de las perturbaciones. Según esta argumentación clínica, los soldados estaban “cansados” y “fatigados” de tantas batallas, pero de ninguna manera afectados emocionalmente por la atrocidad de los bombardeos y el horror de la muerte.

Ocurrió, entonces, lo obvio: los altos mandos terminaron por aceptar que el “agotamiento” en realidad había sido un ardid militar para evitar desertiones en los ejércitos. Las elevadas cifras de víctimas psiquiátricas –por lo demás casi idénticas a las presentadas durante la primera conflagración mundial– obligaron casi de inmediato a reestructurar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. De esta manera, se retomó el uso de los cinco principios de Salmon en los tratamientos de las perturbaciones mentales de los soldados.

Durante esa década, Abraham Kardiner (1941) presentó un libro sobre el tratamiento que había utilizado con veteranos de la primera guerra mundial en 1922, al que tituló *The traumatic neurosis of war*. En él confirmó uno de los principios que Salmon había planteado, a saber, la urgente necesidad de atender en forma inmediata a los pacientes una vez se presentaran los primeros síntomas, con el fin de evitar que su perturbación deviniera crónica. Kardiner identificó a la neurosis traumática como una “fisioneurosis”, destacando la articulación concomitante de los síntomas somáticos con los psicológicos. Con ello trascendió el dilema –hoy en día obsoleto– de la disyuntiva unidireccional de la

etiología de los trastornos mentales. En su propuesta, Kardiner agruparía al *soma* con la *psyche* en un esfuerzo loable por explicar el fenómeno de los traumas psicológicos.

Uno de los estudios más “reflexivos” sobre el impacto psicológico de la Segunda Guerra Mundial fue el de los psiquiatras norteamericanos Grinker y Spiegel, quienes publicaron un libro que con el tiempo se convertiría en todo un tratado sobre el vínculo entre las guerras y los traumas: *Men under stress* (1945). Los autores describieron detalladamente 65 casos clínicos en los que combinaron el tratamiento catártico propuesto por Freud y Breuer con el uso de barbitúricos. A este procedimiento lo llamaron “narcosíntesis”. En su estudio también marcaron una distinción entre las reacciones de combate agudas y las reacciones *post* combate retardadas o crónicas. A los síntomas que aparecieron en forma retrasada los agrupó en una categoría de las neurosis de guerra, la cual fue conocida en la Fuerza Aérea norteamericana como “síndrome de fatiga operacional”. Las características sobresalientes de este síndrome incluían “estados psicósomáticos”, sentimientos de culpa, depresión, reacciones agresivas y en algunas ocasiones “estados psicóticos”.

Años más tarde, Crocq, Macher, Barros-Beck, Rosenberg y Duval (1993) publicaron una obra que llamó poderosamente la atención por ser uno de los estudios que reconocían los efectos crónicos y de “largo plazo” de las experiencias traumáticas vividas durante la segunda guerra mundial. En 1988 los autores aplicaron 525 cuestionarios a un grupo de civiles franceses vecindados en Alsace-Lorraine, región que fue reclutada por el ejército alemán y posteriormente dominada por Rusia. Los resultados encontrados arrojaron datos escalofriantes: después de cuatro décadas de haber vivido el trauma de la guerra, el 82% de las personas continuaba presentando experiencias intrusivas relacionadas con los combates, particularmente pesadillas intensas sobre el cautiverio que vivieron bajo el dominio ruso. El 73% de los respondientes evitaba tener pensamientos o sentimientos asociados al trauma; 71% reportaba una sensación pesimista sobre el futuro, y 40% experimentaba un sentimiento de culpa por haber sobrevivido al holocausto (Crocq et al., 1993).

En suma, los estragos de las dos guerras mundiales dejaron una profunda huella en la mayoría de quienes las vivieron, aún cuando el “siglo de la muerte” (Pacheco, 1999) apenas llevara medio siglo de camino. No obstante, otras guerras todavía habrían de estallar en los siguientes 50 años, y el *boom* de la psicotraumatología tomaría nuevos aires.

### **La guerra de Vietnam**

Otro acontecimiento con secuelas emocionalmente devastadoras fue, sin duda, la guerra de Vietnam (Sonnenberg, Blank Jr., & Talbott, 1985). El 30 de abril de 1975, la última tropa del ejército norteamericano salió de ese país asiático, colocando punto final a los enfrentamientos violentos, no así a las enormes secuelas emocionales de los soldados y de la población civil.

En la memoria colectiva quedó petrificada, en efecto, la imagen de la niña vietnamita Kim Phuc, corriendo desnuda y con rostro desesperado, bajo las brasas del napalm. Junto a ella, se observan cinco niños escapando ingenuamente del fuego invisible y se mira a siete soldados norteamericanos indiferentes al dolor infantil. La foto premiada con el Pulitzer, tomada el 8 de junio de 1972 por Huynh Công Út, recorrió el mundo.

Pero cientos de experiencias de guerra como las que vivió Kim Phuc, también quedarían marcadas como imágenes fotográficas en las mentes de cada uno de los participantes de esa guerra descomunal y sangrienta. El número de decesos es todavía incierto, aunque historiadores afirman que murieron más de 58,000 soldados norteamericanos, alrededor de 3 millones de vietnamitas y más de 300,000 resultaron heridos (EFE, 2005). Las cifras de las víctimas psiquiátricas son igualmente abismales: se estima que 700,000 veteranos de guerra –casi un cuarto de los soldados enviados a Vietnam de 1964 a 1973– requirieron algún tipo de ayuda psicológica (Crocq & Crocq, 2000). Además, los soldados norteamericanos regresaron a su país en un contexto de protestas masivas en contra de la guerra y, más que héroes, muchos de ellos fueron recibidos con recelo y displicencia.

El impacto emocional de este conflicto bélico fue tan descomunal, intenso y devastador, que la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) tuvo que reaccionar en 1968 con una primera categoría diagnóstica oficial, denominada “reacción grave al estrés”; ese año también se gestarían movimientos estudiantiles en Francia y México, así como la intervención rusa en Checoslovaquia. Años después, dada la elevada incidencia del “síndrome de Vietnam” –diagnosticado en los veteranos una vez que éstos habían regresado a su país–, se impulsó la adopción en 1980 del trastorno de estrés postraumático (EPT) en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III).

Posterior a la guerra de Vietnam, se publicaron diversas investigaciones sobre el impacto psicológico de otros conflictos bélicos en diferentes regiones del mundo (Kosovo, Chechenia, Centroamérica, Afganistán, Irak, etc.) que confirmaron lo que históricamente se había venido observado: las guerras cobran una factura emocional muy alta, al igual que lo han hecho muchos otros acontecimientos traumáticos a lo largo de la historia de la humanidad (Gifford, Ursano, Stuart, & Engel, 2006; Kazlauskas, Gailiene, & Domanskaite-Gota, 2005; Morina & Ford, 2008; Ursano & Norwood, 1996).

Además, documentos internos del departamento de psiquiatría del Ejército norteamericano revelaron que en 2007, 121 soldados se habían suicidado como consecuencia directa de su participación en el conflicto bélico con Irak, cifra que aumentó en los años subsiguientes. A la mayoría, en efecto, se le había diagnosticado trastorno de estrés postraumático (Álvarez, 2008). Años después se identificaron más muertes por suicidio que por combates en los campos de batalla. Tan solo en 2010 se contabilizaron 468 decesos por suicidio y 462 en combate (Project censored, 2011; Zoroya, 2012).

Frente a este panorama histórico surgen, de manera inevitable, una serie de preguntas cuyas respuestas son fundamentales en la comprensión de los procesos mórbidos derivados de vivencias traumáticas: a) *¿Cuáles son las características principales que definen al “acontecimiento o evento traumático”?*; b) *¿Qué es una “experiencia traumática”?*; y c) *¿Ambas entidades son sinónimos o existen diferencias entre una y otra?*

## Capítulo 2

### Trauma psicológico: ¿acontecimiento o experiencia subjetiva?

“En cuanto a objetos de contemplación las imágenes de lo atroz pueden satisfacer algunas necesidades distintas. Fortalecernos contra las flaquezas. Volvemos más insensibles. Reconocer la existencia de lo irremediable.”

Susan Sontag

Los “acontecimientos” y “experiencias” de tipo traumático son constructos cercanos, aunque no necesariamente sinónimos, ya que entre unos y otros median sutiles diferencias. Los primeros, por ejemplo, son el bastión etiológico del estrés traumático, sin los cuales resultaría imposible la aparición de las segundas; por tanto, sin un evento que las desencadene, es incomprensible la formación de experiencias.

Sosa y Capafóns (2005) coinciden en que la etiología central del estrés postraumático (EPT) es la vivencia de un “acontecimiento traumático”. Por definición – señalan los autores– sin un acontecimiento traumático que lo desencadene, no puede existir EPT, aunque el sujeto presente los síntomas descritos en el DSM-IV-TR; de manera tal que la etiología esencial de este constructo es, según los autores, un evento estresante que pueda desencadenar un conjunto de respuestas psicofisiológicas en el individuo.

Técnicamente y en forma sucinta, “acontecimiento traumático” se refiere a un hecho o evento objetivo, y “experiencia traumática” a una reacción de malestar derivado de él, en la que media una interpretación cognoscitiva del evento, generalmente de tipo negativo (Briere & Scott, 2006).

## **Acontecimientos traumáticos**

Un acontecimiento traumático remite, inevitablemente, a un suceso o evento estresante que puede ser emocionalmente desestabilizador, y en el que la vida o la integridad de la persona está en peligro. En el DSM-IV-TR (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2001) se especifica que un acontecimiento traumático (Criterio A1) debe ser:

- Un hecho que representa “un peligro para la vida o cualquier otra amenaza para la integridad física del individuo”.
- Un evento “donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas”.
- Un hecho donde se presentan “muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves” (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2001, p. 435).

En este sentido, en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2001) se enumeran algunos eventos potencialmente traumatizantes: combates en el frente de guerra; ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades); secuestros; torturas; encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración; desastres naturales o provocados por el hombre; accidentes automovilísticos graves; diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales; actos terroristas; muerte no natural de otras personas, entre otros.

Por su parte, Briere y Scott (2006) han clasificado a los acontecimientos traumáticos en una tipología de 12 categorías:

- Desastres naturales.
- Violencia masiva.
- Accidentes de transporte de gran envergadura.
- Incendios domésticos o de gran escala.
- Accidentes vehiculares.

- Violaciones y ataque sexual.
- Asalto físico de un extraño.
- Violencia o ataques de pareja.
- Tortura.
- Guerra.
- Abuso infantil.
- Trabajos de emergencia (paramédicos, bomberos, policías, etc.)

Sin embargo, la discusión sobre cuáles deben ser las características diagnósticas específicas para poder categorizar a un evento como “traumático” continúa siendo objeto de debate. A diferencia de lo que se plantea en el DSM-IV-TR, otros autores (Briere & Scott, 2006; Carlson & Dalenberg, 2000) consideran que un acontecimiento también puede ser traumático, aún cuando no exista una amenaza para la vida o lesión física alguna. En este sentido, definir a los acontecimientos traumáticos sólo como aquellos que involucran lesiones o muerte, erróneamente excluyen a otros que también son potencialmente traumáticos, como aquellos que afectan los recursos internos del individuo por ser extremadamente perturbadores. Tales son los casos de abuso emocional extremo, pérdidas mayores, separaciones, degradación personal, humillaciones, coerción o experiencias sexuales forzadas, en las cuales no necesariamente existe una amenaza de muerte o algún tipo de lesión física.

Otros autores (Carlson, 1997; Carlson & Dalenberg, 2000; Carlson, Furby, Armstrong, & Shales, 1997) identifican al menos tres elementos necesarios para que un acontecimiento sea considerado traumático: el evento debe ser vivido como incontrolable, negativo, y de carácter inesperado y repentino.

Cabe señalar que dichos autores no establecen ninguna distinción o diferencia clara entre un acontecimiento y una experiencia traumática. De hecho, a lo largo de sus textos, los autores los utilizan de manera indistinta como si fueran sinónimos.

### **Falta de control**

La sensación de “falta de control” sobre los eventos ha sido definido como un rasgo importante del trauma (Foa, Zinbarg, & Rothbaum, 1992). Cuando una persona experimenta un estresor de alta magnitud, sus percepciones sobre el control pueden determinar si la experiencia es o no traumatizante.

Es frecuente que los individuos que han sido traumatizados por un evento, presenten mayores problemas por el hecho de que no pudieron ejercer el control sobre lo que les estaba sucediendo. Por el contrario, existe evidencia empírica de que sobrevivientes de un trauma, quienes consideraron tener al menos un control parcial de la situación, presentaban menos síntomas psicológicos (Dalenberg & Jacobs, 1994).

Algunos autores (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Mineka & Kilhstrom, 1978) han señalado la importancia que tiene este elemento en la configuración del acontecimiento traumático, sobre todo porque contiene un carácter evolutivo que ha estado constantemente presente desde épocas primitivas. Desde esta perspectiva se sabe que, históricamente, los seres humanos han intentado tener el control sobre el medio ambiente que les rodea para protegerse a sí mismos de posibles daños y asegurar, de esta forma, su sobrevivencia. Otros autores han observado que tanto personas como animales que no fueron capaces de controlar la situación en la que se encontraban, presentaron mayores niveles de *distrés* emocional que aquellos que tenían el control de la misma (Carlson & Dalenberg, 2000).

### **Percepción del evento como negativo**

El segundo elemento que caracteriza a un acontecimiento traumático es la percepción de éste con una marcada “valencia negativa”; es decir, que sea interpretado como un evento que va en contra de la integridad física y emocional del individuo. Un acontecimiento traumático tiene una valencia negativa en tanto sea percibido como emocional o físicamente doloroso. Para cualquier individuo, la asignación de valor a un acontecimiento es un mecanismo totalmente subjetivo, aunque los eventos físicamente dolorosos o los que

involucran amenazas de lesión o muerte, casi siempre son experimentados como negativos (Carlson & Dalenberg, 2000).

Tanto el dolor físico como el emocional pueden producir un miedo arrollador; en tales casos, la valencia negativa está relacionada con el significado psicológico del evento. En otras palabras, lo que hace que el acontecimiento sea traumático es una atribución de sentido con carga negativa en relación al suceso; en la gran mayoría de los acontecimientos lo que proporciona una valencia específica es el significado que se le atribuye. Todo parece indicar que, como afirman Carlson y Dalenberg (2000), la percepción del evento es aún más importante que el peligro real del mismo, dado que existen diferentes niveles de reacción asociados a él.

Es necesario resaltar también que la valencia negativa de un evento debe alcanzar cierto umbral para que provoque una traumatización; ello significa que mientras algunos eventos pueden no ser lo suficientemente negativos como para traumatizar a alguien, otros pueden serlo en demasía, a grado tal que cualquier ser humano podría quedar impactado. También puede ocurrir –lo que en realidad es muy frecuente– que un mismo acontecimiento afecte de manera distinta a miembros del grupo o comunidad; es decir, mientras a unos los puede perturbar considerablemente, a otros apenas los desestabiliza. Sin embargo, todavía queda por clarificar cuál es el nivel suficiente de la valencia negativa para causar una traumatización y qué factores influyen para que se alcance ese umbral (Carlson & Dalenberg, 2000).

### **Carácter repentino e inesperado**

El tercer elemento que hace que un acontecimiento sea traumático es su carácter *repentino* e *inesperado*. En este sentido, resulta más probable que una amenaza o daño inminente genere más emociones negativas que aquellos que no son inmediatos. Es decir, cuando un acontecimiento de estas dimensiones es inesperado, es probable que las respuestas emocionales sean más intensas que si el impacto fuera gradual. Carlson y Dalenberg (2000) citando las investigaciones de Janoff-Bulman (1992), informan que algunas experiencias no

logran ser traumatizantes, aún cuando éstas son negativas y atemorizantes, dado que ocurren de manera gradual y paulatina.

Cuánto tiempo se necesita procesar un evento para que la persona continúe sintiéndose temerosa e indefensa, es una cuestión difícil de responder, puesto que intervienen muchas variables como la naturaleza propia del acontecimiento o los rasgos de personalidad del individuo que las vive. Sin embargo, se considera que minutos, horas o incluso días no es tiempo suficiente para procesar emocionalmente el impacto de un acontecimiento. Es más probable que con el curso de las semanas, meses e incluso años, la intensidad de las respuestas disminuya, a menos que el trauma sea crónico (Carlson & Dalenberg, 2000).

Todas las características señaladas son imprescindibles para que un acontecimiento sea considerado como traumático –*falta de control, valencia negativa y carácter repentino*– sin embargo, no son suficientes para causar, por ejemplo, un trastorno de estrés postraumático. No obstante, las tres características tienen un peso importante en la generación de respuestas postraumáticas de *intrusión, evitación y activación*, que serán desarrolladas más adelante.

### **Experiencias traumáticas**

Frente a todo lo que se ha expuesto, resulta inobjetable que son los acontecimientos traumáticos –guerras, asesinatos, desastres naturales, violaciones a los derechos humanos, etc.– los que configuran y desencadenan un conjunto de respuestas denominadas “experiencias traumáticas”. Sin embargo, debe reiterarse que los acontecimientos no siempre generan las mismas respuestas en los individuos, debido a la compleja articulación de variables que intervienen en los procesos traumáticos, como el género, la edad, los rasgos de personalidad, las historias de vida o, inclusive, los factores genéticos (Briere & Scott, 2006).

Técnicamente, “acontecimiento” refiere a un hecho, y “experiencia” a una reacción derivado de él. En el DSM-IV-TR, la experiencia traumática –integrada en el criterio A2– se describe como:

- La respuesta del sujeto a un acontecimiento traumático.
- Una respuesta que debe incluir “temor, desesperanza u horror intenso” (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], p. 435, 2001).

Como ya se ha señalado, existe una confusión conceptual entre, por un lado, la noción “acontecimiento” y, por otro, la de “experiencia”. La gran mayoría de los autores revisados (Carlson & Dalenberg, 2000; Lamprecht & Sack, 2002; van der Kolk, 2000) los presentan como sinónimos; sin embargo, en este trabajo se considera que, aunque efectivamente son constructos parecidos, sí existen distinciones sutiles entre uno y otro.

El acontecimiento traumático es un “hecho”, un evento objetivo en el que se producen actos, por lo general violentos, los cuales pueden causar muertes o lesiones físicas en los individuos; en este sentido, lo que sobresale de esta noción es lo que Francisca Hernández Borque (1976) denomina *facticidad primaria*, es decir, el hecho en sí mismo. Por su parte, la experiencia traumática puede ser entendida como un conjunto de respuestas afectivas, cognoscitivas, conductuales y fisiológicas, desencadenadas por el acontecimiento y mediadas por una interpretación subjetiva del individuo.

En este sentido, en el caso particular del estrés postraumático, las respuestas iniciales de miedo, desesperanza y horror intensos que se plantean en el criterio A-2 del DSM-IV-TR (2001), son resultado de una interpretación cognoscitiva instantánea que el sujeto hace del evento. El miedo surge en tanto se interpreta –consciente o inconscientemente– la situación como probable generadora de daños, de manera que el cuerpo reacciona de alguna forma. Por lo tanto, dada esta condición subjetiva, las respuestas no son necesariamente las mismas en todos los sujetos, ya que cada individuo hará una interpretación inmediata –consciente o inconsciente– del evento, a partir de su historia de vida, sus rasgos de personalidad e incluso su nivel de desarrollo, entre muchos otros factores. Algunos, en efecto, reaccionarán con mayor intensidad que otros.

La experiencia traumática es, en este sentido, un proceso de interpretación negativa del evento, el cual desencadenará una serie de respuestas afectivas, cognoscitivas, conductuales y fisiológicas en cadena. Dicho de otra forma, el acontecimiento –si es interpretado como intensamente negativo, bajo un esquema de percepción específico–, devendrá en “experiencia traumática”, generando respuestas de miedo, desesperanza u horror, las cuales serán la base de síntomas intrusivos, evitativos y de activación, propios de los fenómenos postraumáticos. En este sentido, una “experiencia traumática” es un conjunto de respuestas psicológicas con valencias negativas, las cuales a su vez pueden generar respuestas de tipo corporal; y un “acontecimiento traumático” es un hecho que las desencadena. En otros términos, una experiencia es necesariamente subjetiva, en tanto que un acontecimiento tiene carácter objetivo.

Ortony, Clore y Collins (1996) señalan que las emociones –entre ellas el miedo– proceden de las *interpretaciones cognitivas* impuestas a la realidad externa y no directamente de la realidad en sí misma. “Pensamos que las emociones surgen como resultado de ciertas clases de cogniciones (...) Nos parece que los aspectos fisiológicos, conductuales y expresivos de las emociones presuponen que ha tenido ya lugar este primer paso, el cognitivo.” (Ortony et al., 1996, p. 2).

Lo anterior da pauta para plantear una serie de preguntas inevitables: a) *¿En qué consisten esas respuestas específicas desencadenadas por los eventos o acontecimientos traumáticos?* y; b) *¿Qué tipo de trastornos se desarrollan como consecuencia de las experiencias traumáticas?*

### **Respuestas asociadas a acontecimientos traumáticos**

Diversos factores pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos influyen sobre las posibles respuestas a algún tipo de evento estresante. Ya se ha señalado que existe una amplia variabilidad en las respuestas desencadenadas por eventos traumáticos. Esta variación de síntomas se ha observado en estudios multiculturales como los de Marsella, Friedman, Gerrity y Scurfield (1996). Sin embargo, existe un eje de respuestas

transculturales comunes a la gran mayoría de las sociedades del mundo. Carlson y Rosser-Hogan (1994) han apuntado que mientras las manifestaciones de síntomas pueden variar un poco entre las sociedades humanas, las respuestas subyacentes al trauma son bastante consistentes entre las diversas culturas.

### **Respuestas Primarias**

Horowitz (1993) y van der Kolk (1987) propusieron dos categorías de *respuestas primarias*, seguidas a un amplio espectro de eventos traumáticos: síntomas de *reexperimentación* y de *evitación*, los cuales pueden manifestarse a través de diversos mecanismos cognoscitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos.

Este par de síntomas es abordado a profundidad en el siguiente capítulo, dedicado al estrés postraumático; sin embargo, baste señalar por el momento que es muy frecuente que los individuos *reexperimenten* o revivan a través de imágenes o pensamientos, algunos aspectos del evento estresante. Las manifestaciones más comunes de esta forma de reexperimentación pueden ser pesadillas, *flashbacks*, ansiedad, miedo, agitación, impulsos agresivos hacia otros o hacia sí mismos y analgesia. Por su parte, los síntomas de *evitación* ocurren porque existe un esfuerzo personal del sujeto por aliviar la ansiedad y el miedo asociados al trauma, evitando todo contacto posible con los recuerdos o imágenes del evento. Las manifestaciones más comunes son estados amnésicos, adormecimiento emocional, desrealización y distorsiones en la percepción de sí mismo o de los demás (Carlson & Dalenberg, 2000).

### **Respuestas Secundarias**

Además de los síntomas primarios de reexperimentación y evitación, Carlson y Dalenberg (2000) señalan que hay al menos otros ocho tipos de respuestas adicionales o secundarias que se asocian a experiencias traumáticas. Estas respuestas no son causadas directamente

por el acontecimiento, sino que surgen como resultado de haber presentado síntomas de reexperimentación y evitación.

Las ocho principales respuestas secundarias incluyen *depresión, agresión, abuso de sustancias, enfermedades físicas, baja autoestima, confusión de identidad, dificultad en las relaciones interpersonales, culpa y vergüenza.*

La *depresión* puede manifestarse por medio de pensamientos pesimistas, problemas de concentración, tristeza, sentimientos de desesperanza o apatía, retraimiento social, inactividad, aletargamiento, problemas para dormir o pérdida de apetito. La depresión puede aparecer como síntoma secundario cuando el núcleo de síntomas de reexperimentación y evitación conduce a sentimientos de pérdida de control provocados por la situación traumática.

Por su parte, la *agresión* suele surgir como síntoma secundario al reflejar estados de frustración generados por la presencia de reacciones primarias. La conducta agresiva puede dirigirse hacia sí mismo o hacia los demás a través de acciones violentas como intentos de suicidio, pero también puede manifestarse en desórdenes alimenticios, conducta sexual compulsiva o abuso de sustancias.

El *abuso de sustancias* es otro de los síntomas secundarios que se presenta en los individuos traumatizados. Varios autores (Chilcoat & Breslau, 1998; Stewart, Pihl, Conrod, & Dongier, 1998) coinciden en que la causa más probable del consumo de drogas es que la persona intenta controlar, con este tipo de estimulantes, los malestares primarios de reexperimentación y evitación.

Con sus investigaciones, Green, Epstein, Krupnick y Rowland (1997) demostraron que existen *enfermedades físicas* que se manifiestan como respuestas secundarias al trauma. La activación, por ejemplo, puede conducir a desórdenes gastrointestinales, ansiedad crónica, o tensión muscular. Además, personas expuestas a un alto nivel de estrés presentan mayor riesgo de contraer una enfermedad física debido a las bajas defensas inmunológicas que generan los estados crónicos de tensión emocional.

El daño en la *autoestima* también puede ser una respuesta secundaria al trauma, aunque existen pocos estudios empíricos sobre el tema (Carlson & Dalenberg, 2000). La baja autoestima se manifiesta con falta de confianza hacia sí mismo, una pobre autoimagen o evaluaciones negativas. También se puede identificar cuando la persona tiene poca iniciativa y una tendencia a rendirse rápidamente. Los problemas de autoestima se presentan como respuestas secundarias cuando el conjunto de síntomas primarios conducen a una evaluación negativa de sí mismo.

Los problemas de *identidad* también son manifestaciones secundarias al trauma y pueden manifestarse mediante diversas formas: inseguridad sobre la identidad propia, sentimientos de influencia pasiva, confusión sobre los deseos u objetivos personales. Se considera que los problemas de identidad son secundarios cuando los síntomas interfieren con el funcionamiento laboral y/o social del individuo.

Las dificultades en las *relaciones interpersonales* se presentan en sujetos cuyas experiencias traumáticas estuvieron relacionadas con serios problemas entre individuos. Las respuestas iniciales al trauma que llevan a tener dificultades en las relaciones interpersonales incluyen miedo, enojo, conductas agresivas, adormecimiento emocional y el intento constante y reiterado de evitar el contacto con las personas.

La *culpa* y *vergüenza* son emociones cercanas que también forman parte del conjunto de respuestas secundarias al trauma. La culpa incluye sentimientos de responsabilidad sobre los eventos adversos, mientras que la vergüenza se manifiesta con estados embarazosos y de desgracia. Es frecuente que los sobrevivientes de algún trauma se sientan responsables del daño ocurrido a otros, o experimenten culpa cuando ellos sobrevivieron a un cataclismo y el resto no pudo hacerlo.

Cabe mencionar que las ocho respuestas secundarias arriba descritas –*depresión, agresión, abuso de sustancias, enfermedades físicas, baja autoestima, problemas de identidad, dificultades en las relaciones interpersonales, culpa y vergüenza*– también pueden ser influenciadas por la percepción subjetiva de los individuos. Sin embargo, la característica central de estas respuestas es que surgen como resultado de los síntomas

primarios de reexperimentación y evitación, presentes en casi todas las categorías clínicas relacionadas con un trauma.

### **Modificación de esquemas cognoscitivos**

Por lo descrito líneas arriba, se ha podido identificar un amplio espectro de respuestas que pueden presentarse como consecuencia de haber vivido, –directa o indirectamente– un acontecimiento traumático. Sin embargo, no fue sino hasta hace relativamente poco tiempo cuando se incluyó en esta gama de reacciones psicológicas a aquellas que modificaban el esquema cognoscitivo del sujeto; es decir, lo que Pearlman (2003) llama experiencia de *sí mismo (self)* y del *mundo*.

Si bien es cierto que el esquema cognoscitivo del individuo que vive un evento traumático puede modificarse, se ha encontrado que este fenómeno psicológico también se presenta en individuos que no necesariamente presenciaron de manera directa dicho acontecimiento. A estas modificaciones en el esquema cognoscitivo del sujeto que no se vio expuesto sino en forma indirecta a un acontecimiento extremo, se le reconoce como Trauma Vicario o Traumatización Vicaria (TV).

Dicho en otros términos, el impacto del trauma suele verse reflejado de manera contundente en víctimas de guerra, en mujeres violadas, en sujetos torturados, en individuos que han sido secuestrados o asaltados de forma extremadamente violenta, etc., pero también puede identificarse en aquellos que no fueron víctimas directos del trauma, como familiares, amigos, o alguien que manifiesta un fuerte vínculo de empatía con la víctima. Esto significa que el impacto del trauma puede extenderse más allá de las víctimas primarias, alcanzando a víctimas secundarias, terciarias y aún cuaternarias.

Numerosos estudios realizados con psicoterapeutas que trabajaban con personas traumatizadas, muestran cómo los eventos descritos por sus pacientes produjeron cambios profundos en la manera en que los terapeutas se percibían a sí mismos y al ambiente que les rodeaba (Black & Weinreich, 2000; Haley, 1974; Herman, 1992; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995; Schauben & Frazier, 1995).

En 1990, McCann y Pearlman utilizaron el término trauma vicario para describir estas reacciones psicológicas. Los psicoterapeutas, como era obvio, no habían estado en el momento y el lugar donde sus clientes experimentaron el acontecimiento traumático; sin embargo, el vínculo empático que los unía durante el proceso terapéutico, provocó que muchos presentaran respuestas paralelas a las víctimas. A este conjunto de reacciones que modifican el esquema cognoscitivo del sujeto, se le conoce como trauma vicario (TV).

Inicialmente, el TV fue referido como el proceso en el cual se presentaban cambios profundos en el conjunto de aspectos del *self* del psicoterapeuta (Pearlman & Saakvitne, 1995a). Dichos cambios involucraban modificaciones en los esquemas cognoscitivos de los consejeros, como la identidad y los sistemas de memoria y creencias. Los autores señalan que el trauma vicario tiene su raíz en un vínculo de empatía o de conexión emocional que se establece entre el paciente y su terapeuta. Esta exposición reiterada y constante a las experiencias traumáticas de los clientes, puede generar un cambio en la forma en la que los consejeros se perciben a sí mismos, a los otros y al mundo que les rodea (Pearlman & Saakvitne, 1995a).

McCann y Pearlman (1990) se percataron de cómo el universo cognoscitivo de algunos terapeutas se alteraba debido a la “escucha” continua del material traumático de sus pacientes. Estos cambios en el esquema cognoscitivo afectaban sus sentimientos, relaciones interpersonales y vida anímica. McCann y Pearlman (1990) destacaron que los terapeutas también incorporaban en sus esquemas, imágenes y emociones dolorosas, todas asociadas a recuerdos traumáticos de sus pacientes.

El espectro de poblaciones vulnerables a trauma vicario no se reduce, sin embargo, al ámbito de la salud mental. Otros profesionistas se ubican en una situación similar, como los paramédicos, enfermeras, voluntarios de rescate, trabajadores sociales, policías, bomberos, periodistas, entre otros. Gabriel (1994), por ejemplo, examinó el impacto psicológico negativo en psicoterapeutas que trabajaban con personas infectadas de SIDA. Alexander, Chasney, Marshall, Campbell, Johnson y Wright (1989) estudiaron las reacciones paralelas que presentaban tanto las víctimas directas de abuso sexual, como enfermeras que interactuaban con los sobrevivientes. Lobel (1997) investigó los efectos

vicarios en diez terapeutas que trabajaban con víctimas de abuso sexual y encontraron en siete de ellos modificaciones en sus esquemas cognoscitivos. Follette, Polusny y Milbeck (1994) investigaron el impacto en profesionales de la salud y oficiales de policía que trabajaban con poblaciones traumatizadas. Pearlman y Mac Ian (1995) identificaron que consejeros sin una historia de trauma y que habían tenido contacto frecuente con personas traumatizadas se veían afectados en el área de la estima. Los autores también encontraron que aquellos que contaban con menor experiencia (menos de dos años) presentaban modificaciones en el área de la autoconfianza, intimidad y autoestima.

Otros estudios muestran que una historia de victimización se relaciona con niveles más elevados de síntomas, tanto de estrés postraumático como de trauma vicario. Pearlman y Mac Ian (1995) encontraron que psicoterapeutas con una historia personal de trauma presentaban más efectos negativos que aquellos sin una historia con esas características. Follete, Polusny y Milbeck (1994) también hallaron que dos grupos profesionales –de salud mental y abogados– con una historia de abuso infantil reportaban niveles significativamente más altos de síntomas que sus contrapartes sin abuso.

### **La Teoría constructivista del desarrollo del *self***

Los orígenes del trauma vicario se ubican en la Teoría Constructivista del Desarrollo del *Self* (TCDS), que es una combinación ecléctica de teorías psicoanalíticas, de aprendizaje social y de desarrollo cognoscitivo. La idea central de la TCDS es que todos los individuos poseen un “esquema cognoscitivo” que refleja sus creencias y expectativas de sí mismo (*self*), los otros y el mundo que le rodea (Janoff-Bulman, 1992). Estos “esquemas” se instauran como resultado del proceso de socialización, y sirven para organizar e interpretar las experiencias subsecuentes. La premisa fundamental de esta teoría es que los individuos construyen sus realidades a través del desarrollo de esquemas cognoscitivo o percepciones, que facilitan la comprensión de las experiencias de vida (Trippany, White, & Wilcoxon, 2004). En la TCDS se sugiere que ciertas áreas psicológicamente necesarias (seguridad, confianza, estima, control e intimidad) y sus esquemas correspondientes son

significativamente afectados por la experiencia indirecta del trauma (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995b).

La teoría constructivista del desarrollo del *self* pone énfasis en la función adaptativa de la conducta y las creencias individuales, lo cual indica que las reacciones de trauma vicario que presentan los terapeutas son normales y adaptativas (Trippany, White, & Wilcoxon, 2004).

De acuerdo a la TCDS, existen cinco componentes del *self*, que configuran las percepciones de la realidad de uno mismo:

- a) Marco de referencia.
- b) Capacidades del *self*.
- c) Recursos del *yo*.
- d) Necesidades psicológicas y esquemas cognoscitivos.
- e) Memoria y percepción (Pearlman & Saakvitne, 1995b).

Un *marco de referencia* significativo representa una necesidad humana fundamental (McCann & Pearlman, 1990). El marco de referencia se define como la estructura individual o el contexto que permite comprender el *self* y el mundo que le rodea (Pearlman & Saakvitne, 1995b). Dicho marco incluye la identidad propia, la visión del mundo y el sistema de creencias. Cualquier irrupción en el marco de referencia establecido puede generar desorientación así como dificultades potenciales en distintas áreas.

El segundo componente de la TCDS –*las capacidades del self*– se refiere a las capacidades internas que permiten al individuo mantener un sentido de identidad y una autoestima positiva, consistente y coherente (Pearlman & Saakvitne, 1995a). Estas capacidades del *self* ayudan a los individuos a regular emociones, sostener sentimientos positivos sobre sí mismos, y mantener relaciones con los demás. Las capacidades del *self* son susceptibles de desorganizarse cuando el sujeto experimenta trauma vicario, lo cual

puede derivar en una pérdida de identidad, dificultades interpersonales o problemas para controlar emociones negativas.

El tercer componente, *los recursos del yo*, permite a los individuos atender sus necesidades psicológicas y sus relaciones interpersonales con los demás. Algunos de estos recursos incluyen habilidades para prever consecuencias, establecer límites, y crear instancias de autoprotección (Pearlman & Saakvitne, 1995a).

Las *necesidades psicológicas* y los *esquemas cognoscitivos*, por su parte, incluyen necesidades de *seguridad, confianza, estima, intimidad y control*, las cuales reflejan necesidades psicológicas básicas de los individuos; también muestran cómo las personas procesan la información en el desarrollo de sus esquemas cognoscitivos (Pearlman & Saakvitne, 1995a). Particularmente, estas necesidades de seguridad, confianza, estima, intimidad y control, son fundamentales para la comprensión del TV, por lo que más adelante serán descritas las características de cada una.

Por último, la TCDS reconoce que la *memoria* y la *percepción* son manifestaciones complejas y multifactoriales. Cualquier experiencia es procesada a través de diversas modalidades: cognoscitiva (narrativa), visual, afectiva (emocional), somática, sensorial y la interpersonal (conductual). De manera que una “memoria completa” (no fragmentada) se codifica por medio de todas estas dimensiones, las cuales están integradas e interconectadas. Una memoria traumática, sin embargo, implica una disociación o desconexión de diferentes aspectos de la experiencia. El resultado es una “memoria fragmentada”. Un ejemplo de este tipo de memoria es cuando aparecen narraciones sin emociones o, por el contrario, sentimientos y/o emociones (ataques de pánico) o imágenes (*flashbacks*) sin un contexto narrativo que las justifique (Saakvitne & Pearlman, 1996).

### **Necesidades de seguridad**

Un sentido de seguridad es básico en este rubro. Las personas que experimentan TV pueden sentir que no hay puerto seguro que pueda protegerlos de una amenaza real o imaginaria. Según Pearlman (2003) altos niveles de espanto, vulnerabilidad y preocupación, pueden ser

formas en las cuales se manifiesta esta desorganización. Es común ser excesivamente precavido con respecto a la seguridad de los seres cercanos así como de la propia.

### **Necesidades de confianza**

De acuerdo a la TCDS, las necesidades de confianza reflejan la habilidad del individuo para confiar en sus propias percepciones y creencias, así como en la habilidad para confiar en los otros y así satisfacer sus necesidades emocionales, psicológicas y físicas. De acuerdo a esta teoría, todas las personas tienen una necesidad natural de confiar en ellos mismos y en los demás (Pearlman & Saakvitne, 1995a). Sin embargo, la exposición repetida a traumas indirectos sacude las bases de confianza bajo las cuales se sostiene el mundo del individuo. Por ejemplo, un terapeuta puede trabajar con pacientes que fueron víctimas de un ataque terrorista de un grupo minoritario y, a partir de eso, verse sacudida su confianza hacia otros grupos minoritarios (Trippany et. al., 2004). Frecuentemente, estas dificultades también generan efectos negativos en la autoestima.

### **Necesidades de estima**

Las necesidades de estima se manifiestan a través de una valoración hacia sí mismo y hacia los otros (Pearlman, 1995). Los individuos que presentan trauma vicario pueden cuestionar o poner en duda sus propias habilidades para ayudar o comprender a los demás.

### **Necesidades de intimidad**

Las necesidades de intimidad son definidas por Pearlman (2003) como el impulso de sentirse conectado con uno mismo y con los demás. La autora describe las consecuencias en esta área, como sentimientos de vacío cuando se está solo, o de serias dificultades para disfrutar el tiempo sin la compañía de alguien, así como una intensa necesidad de llenar el tiempo libre. Sin embargo, también es común lo contrario: evitar el contacto con los demás

o retraerse de cualquier relación. El trauma vicario puede provocar que el individuo se aleje o, por el contrario, se convierta en una persona dependiente de alguien significativo en su vida.

### **Necesidades de control**

Las necesidades de control están estrechamente relacionadas con el automanejo. Cuando los esquemas se ven modificados en esta área, las conductas y creencias pueden ser de impotencia y/o descontrol. Estas creencias conducen a un creciente cuestionamiento de la habilidad propia para hacer frente a la vida o hacerse cargo de ella (Pearlman & Saakvitne, 1995a).

### **Traumatización Vicaria (TV) y Estrés Traumático Secundario (ETS)**

Como se señaló líneas arriba, los efectos y las ramificaciones del trauma no se limitan a víctimas directas, sino que también se extienden a los individuos que le rodean, particularmente si éstos establecen un contacto empático con los primeros. Cuando el impacto traumático indirecto desencadena un conjunto de síntomas casi idénticos a los del Estrés Postraumático, al fenómeno se le denomina Estrés Traumático Secundario (ETS) (Baird & Kracen, 2006); mientras que si los efectos se manifiestan en una modificación en el esquema cognoscitivo del sujeto, se le reconocerá como Trauma Vicario (TV) (Pearlman, 2003). Ambos constructos son, en efecto, resultado de una experiencia indirecta o secundaria del trauma: algo así como un contagio emocional, o una transferencia de emociones reflejadas como en un espejo.

El TV es un proceso que puede manifestarse en personas que trabajan o tienen contacto cercano con víctimas de algún trauma. La persona que presenta trauma vicario “puede experimentar profundos efectos psicológicos, mismos que pueden ser destructivos y dolorosos (...) los cuales pueden persistir por meses o incluso años después de haber tenido contacto con personas traumatizadas” (McCann & Pearlmann, 1990, p.133).

El término trauma vicario fue acuñado en 1990 por McCann y Pearlman y describe el impacto psicológico que se genera en individuos que trabajan con sujetos traumatizados. El trauma vicario representa un proceso por el cual la experiencia interior es profunda y permanentemente modificada debido al vínculo empático que se establece con las experiencias de los demás (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995a). Por ello, los autores afirman que el costo de la empatía suele ser el trauma vicario.

En el ámbito de la dinámica terapéutica, existen tres condiciones que facilitan la aparición de TV:

- Un vínculo empático y una exposición del terapeuta al material traumático del paciente.
- Un vínculo empático y una exposición del terapeuta a la realidad de la crueldad humana.
- La participación del terapeuta en las representaciones traumáticas donde las respuestas de transferencia de los clientes recrean elementos del trauma inicial en el proceso terapéutico (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995a).

Pearlman y Saakvitne (1995b) describen al TV como una transformación permanente de las experiencias internas del psicoterapeuta que son resultado de un vínculo empático con el material traumático de los pacientes. Como se expuso líneas arriba, esta transformación involucra cambios en la identidad, visión del mundo, tolerancia, necesidades psicológicas, creencias sobre sí mismo, relaciones interpersonales, memoria, entre otros aspectos (Pearlman y Saakvitne, 1995b); es decir, manifiesta un conjunto de cambios en sus esquemas cognoscitivos, particularmente en cinco áreas: *seguridad, confianza, estima, control e intimidación*.

El TV también puede presentarse como resultado de haber sido testigo de atrocidades o de actos violentos cometidos contra un tercero, los cuales no necesariamente son resultado de una relación psicoterapéutica; estas reacciones son producto de una

experiencia sensorial derivada de historias, reconstrucciones o anécdotas relatadas por un tercero (Richardson, 2001).

Existen dos constructos cercanos al TV: la contratransferencia y el Estrés Traumático Secundario (ETS). A pesar de su estrecha relación, es posible identificar ciertas diferencias. La contratransferencia, por ejemplo, se refiere a una reacción emocional del terapeuta con respecto a la historia del paciente, la cual se presenta como resultado de experiencias de vida personales del consejero; mientras que el trauma vicario es sólo una reacción exclusiva del material traumático del paciente y no una respuesta a las experiencias de vida globales de su pasado.

En suma, tanto el ETS como el TV son constructos derivados de una experiencia indirecta de un evento traumático. La diferencia esencial consiste en que el primero genera respuestas similares al trastorno de estrés postraumático, esto es, síntomas de reexperimentación intrusiva, evitación y activación; mientras que el segundo sólo presenta modificaciones en el esquema cognoscitivo del sujeto.

A lo largo de este capítulo se describió la evolución histórica y conceptual del trauma psicológico, así como los diferentes y múltiples tipos de respuestas que puede generar. Sin embargo, existe una categoría que merece un abordaje especial debido a su importancia histórica, clínica, teórica y metodológica: el estrés postraumático (EPT). Por ello, a continuación se presenta un panorama general de este trastorno el cual es, además, la variable más importante abordada en la investigación.

## Capítulo 3

### **Estrés Postraumático (EPT)**

Del conjunto de categorías clínicas derivadas de acontecimientos traumáticos, el Estrés Postraumático (EPT) es, sin duda, la más representativa y estudiada de todas. Descrito por primera vez en el Manual Estadístico de Trastornos Mentales III en 1980, y posteriormente enriquecido en versiones sucesivas, el EPT se caracteriza por la presencia de síntomas que surgen de la exposición a uno o más acontecimientos traumáticos, los cuales representan un peligro real para la vida o una amenaza para la integridad física del individuo. Algunos investigadores coinciden en que dichas respuestas son normales, pero surgen de acontecimientos anormales poco habituales (Carlson & Dalenberg, 2000; Sosa & Capafóns, 2005).

Existen dos criterios oficiales clasificatorios con reconocimiento internacional para esta categoría: el Manual Estadístico de Trastornos Mentales y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

#### **El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)**

Los antecedentes oficiales de la categoría diagnóstica de estrés postraumático se publicaron en 1952 en el primer Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-I). Ahí, a las reacciones psicológicas producidas por la Segunda Guerra Mundial y la guerra de Corea, se les identificó como “*gross stress reaction*” (reacción severa de estrés); sin embargo, en ese periodo todavía no se identificaba ningún trastorno específico que fuera desencadenado por alguna exposición a un evento traumático, aunque ya estaban apareciendo innumerables publicaciones sobre el impacto emocional de catástrofes naturales como el terremoto que

sacudió Alaska en 1962 (Langdon & Parker, 1964) o el tornado de Mississippi en 1953 (Bloch, Silber, & Perry, 1956).

Años después, en 1968, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), publicó el segundo Manual Estadístico, en donde se sustituyó el término “reacción severa al estrés” por el de “malestar situacional transitorio” (Lamprecht & Sack, 2002, p. 225). En el DSM-II se describió a dicho malestar como una reacción aguda a una situación arrolladoramente estresante que podría tener diferentes grados de severidad. Sin embargo, el término aún carecía de una definición operacional lo cual limitaba la elaboración de un diagnóstico certero. Por ello, la APA creó una comisión a mediados de los años setenta, encabezada por Robert Spitzer, con el propósito de que se ampliaran los perfiles sintomatológicos de las 265 categorías clínicas abordadas en el Manual. La subcomisión encargada de los llamados “trastornos reactivos” –en la que participaron, entre otros, Nancy Anderson, Robert Lifton, Chaim Satan, Jack Smith, Robert Spitzer y Lyman Wynne– trabajó hasta desarrollar la categoría de estrés postraumático, que se hizo pública en el DSM-III en 1980 (Lamprecht & Sack, 2002).

A partir de ese momento se registró un incremento significativo en el número de publicaciones sobre EPT. De acuerdo a *Medline*, las investigaciones pasaron de 10 en 1980, a más de 200 en 1990. En el año 2000, el número de publicaciones se disparó a más de 600, siendo esta categoría una de las más estudiadas debido a su alta incidencia en diversas poblaciones (Lamprecht & Sack, 2002).

Pero fue hasta 1994 cuando el estrés postraumático se definió con mayor precisión en el DSM-IV a partir de la clasificación de sus síntomas, agrupados en lo que denominaron criterios diagnósticos del EPT. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales se describe de la siguiente manera:

*La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas que siguen a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física: el individuo es testigo de un*

*acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. (APA, 1999, p. 434).*

Como resultado de haber vivido un acontecimiento traumático, el sujeto puede experimentar tres sensaciones primarias muy específicas: miedo, horror y/o desesperanza (Criterio A2); las cuales, a su vez, podrán ser seguidas de un “cuadro sintomático” de “reexperimentación intrusiva”, “evitación persistente” y síntomas de “activación” (*arousal*) (Criterios B, C y D, respectivamente). Además, el cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes (Criterio E), y debe provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F).

### **La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)**

A diferencia de lo que ocurre en los Estados Unidos, en Europa se utilizan con mayor frecuencia los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la clasificación de enfermedades. Bajo el criterio del CIE-10 (World Health Organization [WHO], 2007), el estrés postraumático se ubica en la categoría de “reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación” y es definido de la siguiente manera:

*El estrés postraumático es un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza extraordinariamente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismo malestar generalizado en cualquier individuo – por ejemplo, catástrofes naturales producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen.*

El CIE-10 reporta que ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo de tipo compulsivo o asténico) o antecedentes de enfermedad neurótica pueden ser factores predisponentes para el EPT, pero no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo. El conjunto de síntomas que reporta el CIE-10 es muy parecido al que describe el DSM-IV-TR:

1. Episodios reiterados de revivir el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio y de anhedonia.
2. Suelen temerse e incluso evitarse situaciones o actividades evocadoras del trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él, o ambos a la vez.
3. También se puede presentar un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia y un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio.
4. Los síntomas se acompañan de ansiedad y depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.
5. La duración de los síntomas varía desde unas pocas semanas hasta meses.

En el CIE-10 se establecen las pautas para el diagnóstico, entre las cuales sobresalen las siguientes:

- El trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad.
- Un diagnóstico “probable” podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las

manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, obsesivo-compulsivo o episodio depresivo).

Aunque en términos generales los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y del CIE-10 son muy parecidos, existen algunas diferencias que vale la pena subrayar. En primer término, como se señaló líneas arriba, el CIE-10 propone un criterio distinto para valorar el carácter estresante de una situación o acontecimiento traumático: éste debe ser de una “naturaleza extraordinariamente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en cualquier individuo”. Asimismo, la presencia de síntomas de activación del Criterio D del DSM-IV-TR, no son indispensables en el CIE-10, pudiendo ser sustituidos por la incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma. A diferencia del DSM-IV-TR, los criterios diagnósticos del CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas.

Ambos criterios clasificatorios –los del DSM-IV-TR y los del CIE-10– presentan un cuadro muy completo de respuestas necesarias e imprescindibles que deben ser consideradas en la elaboración de un diagnóstico de EPT. Particularmente ambos ponen énfasis en la presencia irremplazable de un evento traumático que las desencadene; sin embargo, como ya se ha señalado insistentemente a lo largo de estos primeros dos capítulos, no todas las personas reaccionan de la misma forma ante un mismo evento por lo que deben considerarse una gran cantidad de variables o factores que intervienen en la consumación o no del trastorno de estrés postraumático.

A continuación se presentan algunos factores relevantes que influyen en la formación de EPT puesto que, como se sabe, no todo aquel que se expone a un suceso traumático necesariamente desarrollará este trastorno. De hecho, regularmente sólo el 25% de las personas que se exponen a un evento de este tipo, presenta un cuadro de estrés postraumático (Carlson & Dalenberg, 2000).

## **Factores que influyen en las respuestas al trauma**

La enorme variabilidad en las respuestas a la exposición de estresores traumáticos plantea la interrogante de por qué algunas personas desarrollan trastornos postraumáticos mientras otros no lo hacen. Carlson y Dalenberg (2000) proponen cinco factores que pueden explicar las variaciones en las respuestas al trauma:

1. Factores biológicos.
2. Nivel de desarrollo al momento del trauma.
3. Severidad del trauma.
4. Contexto social del individuo antes y después del trauma.
5. Eventos de vida pre y postraumáticos.

Los autores señalan que estos cinco factores impactan sobre las respuestas del individuo porque afectan sus percepciones de *valencia*, *falta de control* y *carácter repentino* del evento, términos que fueron abordados en el capítulo anterior. En este sentido, lo que hace que un acontecimiento sea considerado como traumático está relacionado con los cinco factores que median el impacto del evento, los cuales pueden incrementar o mitigar las respuestas del individuo.

### **Factores biológicos**

Es común que aquellos individuos con predisposición biológica a la ansiedad desarrollen reacciones más severas al momento de exponerse a una situación traumática. Existen tres dimensiones biológicas que pueden influir en las respuestas al trauma: una predisposición genética a la vulnerabilidad o a la resiliencia frente al trauma; una predisposición biológica no genética; y alteraciones biológicas que ocurren como respuesta a experiencias traumáticas previas.

Aunque especialistas en el área de la personalidad han estudiado las relaciones posibles entre las tendencias innatas y biológicas de la función cerebral con las respuestas temperamentales y afectivas al estrés o a eventos negativos (Davidson, 1992), por el momento existe poca evidencia empírica que establezca una predisposición genética para el estrés postraumático. Sin embargo, True, Rice, Eisen, Heath, Goldberg, Lyons y Nowak (1993) encontraron en una muestra de gemelos veteranos de guerra de Vietnam, que los factores genéticos explicaban de 13 a 34% de la varianza de síntomas de estrés postraumático.

### **Nivel de desarrollo en el momento del trauma**

Las respuestas al trauma son influenciadas por el nivel de desarrollo emocional, social y cognoscitivo que presenta el individuo en el momento del acontecimiento estresante. Los efectos son más intensos durante la infancia cuando el desarrollo en todas las áreas es insuficiente. Una variable importante que interviene en las posibles respuestas es, sin duda, el nivel de apego de los infantes. Un niño que haya desarrollado un apego seguro o lazos emocionales positivos con su cuidador tendrá mayores posibilidades de elaborar el trauma, a diferencia de aquel que presentó un apego inseguro. Adicionalmente, un niño con habilidades sociales y cognoscitivas tendrá mayor capacidad de obtener un respaldo social después de haber vivido un acontecimiento traumático y beneficiarse de sus efectos (Aber & Allen, 1987; Alexander, 1992; Coe, Dalenberg, Aransky, & Reto, 1995).

### **Severidad del trauma**

La severidad del acontecimiento traumático es el factor que ejerce mayor influencia en las respuestas individuales. Las características objetivas de un evento como la intensidad, la naturaleza y la duración, contribuyen en su conjunto en su severidad, porque de alguna forma determinan la percepción del individuo acerca del nivel de control y valencia negativa del acontecimiento. Los traumas más intensos son los que probablemente

provocarán mayores efectos primarios como miedo y desamparo, al tener una alta valencia negativa.

Si el acontecimiento traumático presenta un constante nivel de intensidad, es decir, si mantiene una duración mayor, éste tenderá a causar respuestas más severas puesto que entre más largo sea el periodo de tiempo del trauma más probabilidades tendrá el individuo de sentirse incapaz de controlar el evento estresante. Esto significa que a mayor sensación de pérdida de control, mayores serán los niveles de ansiedad y mayor la intensidad de síntomas. Los acontecimientos traumáticos de larga duración como los que viven los combatientes de alguna guerra prolongada o las personas secuestradas, presentan de manera concurrente estados depresivos por la incapacidad de controlar estos eventos.

### **Contexto social**

Existe evidencia empírica de que el contexto social del individuo previo (pretraumático) y posterior (postraumático) al evento desestabilizador ejerce una influencia importante en sus respuestas (Carlson, 1997). Antes del acontecimiento, el ambiente familiar y comunitario determinan las expectativas generales del individuo sobre el nivel de control y la valencia negativa. Por ello, el contexto social puede fortalecer o debilitar su habilidad para hacer frente al estresor traumático. Carlson y Dalenberg (2000) identifican variables *comunitarias, ambientales y familiares pretraumáticas* que pueden impactar en las respuestas del individuo: pobreza, nivel de violencia, bajo apoyo comunitario, descuido familiar, maltrato psicológico, abuso de sustancias, presencia de trastornos mentales en los cuidadores, métodos de disciplina rígidos y violencia doméstica.

El respaldo social, comunitario y familiar *postraumático* también ejerce una considerable influencia en las respuestas al trauma. En este rubro se incluye el apoyo de los miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo, y/o profesionales en el área de asistencia médica o psicoterapéutica. Este respaldo postraumático puede ayudar a restablecer las sensaciones de control y a reducir la valencia negativa de la experiencia. El soporte emocional de la familia es de vital importancia y abarca una amplia gama de

acciones, entre ellas el cuidado de la víctima, el ser capaz y estar dispuesto a escuchar sobre el evento traumático o demostraciones de interés por la persona a través de encuentros, visitas, cartas o llamadas telefónicas. En el caso de los niños, el respaldo es aún más importante, dada la enorme dependencia emocional que tienen con respecto a los adultos en muchos momentos de la vida (Carlson & Dalenberg, 2000).

### **Eventos de vida previos y subsecuentes**

Se sabe que el impacto de los eventos de vida estresantes previos y posteriores al trauma pueden incrementar o disminuir las respuestas del individuo (Carlson & Dalenberg, 2000). Sin embargo, la evidencia empírica disponible no resulta suficiente para determinar en qué medida afecta, ya sea beneficiando o perjudicando.

La literatura sobre estrés proporciona dos perspectivas al respecto, esto es, proponiendo cómo los eventos de vida afectan positiva o negativamente la habilidad de la persona para hacer frente en un futuro a experiencias estresantes. Una de ellas apunta que experimentar eventos estresantes “inocula” a una persona para que sea más resistente a subsecuentes eventos similares. En este sentido, algunos investigadores (Dienstbier, 1989; Eysenck, 1983; Norris & Murrell, 1998) han propuesto que los estresores de baja intensidad, así como los poco frecuentes pueden producir un efecto de endurecimiento que desensibiliza al individuo frente a los efectos de estresores del futuro.

Sin embargo, también existe evidencia empírica en el sentido contrario: los eventos estresantes previos también pueden dañar la habilidad de la persona para hacer frente a un trauma. Se han identificado elevados índices de EPT en poblaciones que viven en circunstancias estresantes (Neal & Turner, 1991) y más aún, se han encontrado relaciones muy marcadas entre las exposiciones previas a eventos traumáticos y el aumento en el riesgo de presentar estrés postraumático (Breslau, Chilcoat, Kessler, & Davis, 1999).

Carlson y Dalenberg (2000) integran ambas posturas bajo un modelo explicativo singular: los eventos previos que hacen que un trauma parezca más controlable y menos negativo podrían tener un *efecto moderador*; mientras que los eventos previos que hacen

que el evento traumático parezca menos controlable y más negativo, podrían tener un *efecto desensibilizador*.

De la misma forma, la experiencia de eventos estresantes posteriores a un trauma puede llevar a sensaciones de falta de control. Por ello, enfrentar experiencias de vida negativas como vivir en la pobreza, problemas maritales o una vida laboral estresante, podrían obstaculizar la recuperación del individuo de un trauma. Por el contrario, experiencias de vida positivas que ocurren después de un acontecimiento traumático, pueden mitigar su efecto nocivo incrementando la percepción de control.

## **Epidemiología**

Las tasas de prevalencia de EPT varían dependiendo de la población y de los instrumentos utilizados para la identificación de síntomas. Estudios realizados en Estados Unidos y países europeos han revelado resultados marcadamente diferentes, aún cuando estas naciones comparten características similares en cuanto a su nivel de desarrollo socioeconómico. No obstante, en términos generales las cifras indican que entre un 8% y un 16% de la población mundial sufrirá este trastorno en algún momento de su vida (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Y de ellos, el 50% se recuperará dentro de los primeros años posteriores al incidente, mientras que la otra mitad seguirá presentando síntomas 15 años después de haber experimentado el evento traumático; esto es, el trastorno se convertirá en crónico.

### **Epidemiología en el mundo**

En un estudio realizado en Estados Unidos –el *National Comorbidity Survey Report*– se reportó que la prevalencia del EPT a lo largo de toda la vida en población estadounidense es del 7.8%. Ahí se encontró que las mujeres presentaban el doble de probabilidad que los hombres de tener estrés postraumático en algún momento de sus vidas (Kessler, et. al., 1995). Ese porcentaje disminuyó a 6.8% en el último reporte publicado en 2005.

Otro estudio llevado a cabo en Alemania –el *Early Developmental Stages of Psychopathology*– mostró que la prevalencia de EPT a lo largo de toda la vida fue de tan sólo 1% para los hombres y de 2.2% para las mujeres, cifras considerablemente inferiores a las reportadas en estudios norteamericanos como el arriba señalado (Perkonigg, Kessler, Store, & Wittchen, 2000).

El *National Comorbidity Survey Report* mostró que más de la mitad de los hombres (60%) y la mitad de las mujeres (51%) se expondrán a lo largo de su vida al menos a un acontecimiento traumático; mientras que en el *Early Developmental Stages of Psychopathology* se reportó que solamente el 26% de los hombres y el 18% de las mujeres había experimentado al menos un evento estresante en su vida.

Las cifras arriba referidas muestran que en Estados Unidos se presentan mayores índices de exposición a eventos traumáticos que en los países europeos más desarrollados. No obstante, coinciden en un mismo hecho: solamente una cuarta parte de quienes se exponen a un acontecimiento de tipo traumático desarrollan trastorno de estrés postraumático.

Existen otros estudios realizados en poblaciones consideradas de alto riesgo, y en ellos también se encontraron marcadas diferencias, ya sea por el tamaño de la muestra, el tipo de experiencias abordadas o el lugar geográfico en el que se llevaron a cabo. Sosa y Capafóns (2005) han presentado indicadores de EPT en diferentes poblaciones de alto riesgo obtenidas en diversos estudios. La prevalencia estimada de estrés postraumático en veteranos de la guerra de Vietnam es de 30.9% para hombres y 26.9% para mujeres. En el caso de víctimas de accidentes de tráfico se ha informado que un 20% de ellos desarrolló EPT. Por su parte, 47% de las víctimas de violación y/o abuso sexual continuaban manifestando síntomas de estrés postraumático a tres meses de la violación. Las víctimas de algún tipo de acto criminal con EPT oscilan entre el 19% y el 75%. Pero las cifras más impactantes se encontraron en los prisioneros de guerra y en los supervivientes de campos de concentración, al reportar un 50% con síntomas postraumáticos. Los corresponsales de guerra también han sido estudiados por diversos investigadores y han encontrado una

prevalencia de EPT de 28% (Feinstein, Owen, & Blair, 2002; Simpson, & Boggs, 1999). En el capítulo tres se presentan detalladamente los estudios publicados al respecto.

### **Epidemiología en México**

En el caso de México existen pocos estudios sobre la prevalencia de estrés postraumático en población general, siendo dos los que se tienen identificados hasta la fecha (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, et al., 2003; Medina-Mora, Borges, Lara, Ramos, Zambrano, et al., 2005).

En ambos estudios se informó de una baja prevalencia de trastorno de estrés postraumático en población mexicana: 2.3% en mujeres y 0.49% en hombres. Asimismo, se encontró que 68% de los mexicanos de entre 18 y 65 años habían estado expuestos al menos a un suceso estresante en su vida, pero sólo uno de cada cuatro presentaba secuelas, cifras que coinciden con estudios realizados en otras regiones del mundo. De éstos, sólo el 2.5% acudió a algún tipo de tratamiento, aunque no necesariamente con el especialista adecuado (Medina, et. al., 2005).

Un estudio más reducido se llevó a cabo en una población de adolescentes del área metropolitana de la ciudad de México (Orozco, Borges, Benjet, Medina y López, 2008). Los resultados fueron similares a los dos anteriores, a pesar de que la población en la que se trabajó fue más homogénea y específica. De 3005 adolescentes entrevistados se encontró que el 68.9% reportaron por lo menos un evento traumático alguna vez en su vida. La prevalencia de trastorno de estrés postraumático en esta población fue de 1.8% (2.4% en mujeres y 1.2% en hombres).

### **Comorbilidad y diagnóstico diferencial**

Los datos disponibles sobre comorbilidad indican que el estrés postraumático regularmente se presenta asociado a otros trastornos mentales como los del estado de ánimo, los de

ansiedad, el abuso/dependencia de sustancias psicoactivas o los trastornos de personalidad. La comorbilidad, en este sentido, más que excepción es una regla.

Diversos estudios en poblaciones clínicas y generales reportan que aproximadamente de 50 a 90% de las personas con estrés postraumático crónico presentan trastornos comórbidos como trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por uso de sustancias (particularmente alcohol), trastornos de personalidad (límitrofe, evitativo, antisocial) y trastornos disociativos (Brady, Killeen, Brewerton, & Lucerini, 2000). Otras investigaciones publicadas en Estados Unidos revelan que el 88% de los hombres y 79% de las mujeres con EPT cumplían también los criterios para otro trastorno mental; mientras que 59% de los hombres y 44% de las mujeres presentaban tres o más diagnósticos al mismo tiempo (Sosa & Capafóns, 2005).

Además, se debe tener cierta claridad conceptual para elaborar un diagnóstico diferencial que no confunda los síntomas de EPT con otras perturbaciones. En este sentido, el DSM-IV-TR propone poner especial atención en otros trastornos, como el adaptativo, el de estrés agudo, el obsesivo-compulsivo y algunos de tipo psicótico. En el trastorno por estrés postraumático, por ejemplo, el factor estresante debe revestir una intensa gravedad como un peligro para la vida o para la integridad física del individuo; en cambio, en el trastorno adaptativo el factor estresante puede tener cualquier intensidad, aunque se presenten los mismos síntomas. Bajo este criterio, en el DSM-IV-TR (2001) se establece que:

*(...) el diagnóstico de trastorno adaptativo es apropiado tanto cuando las respuestas a un desencadenante extremo no reúnen los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático (o cualquier otro trastorno mental específico) como cuando el cuadro sintomático típico de trastorno por estrés postraumático aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente importantes, como el abandono del cónyuge o pérdida del puesto de trabajo. (p. 438)*

También existen muchas similitudes sintomáticas entre el trastorno de estrés postraumático (EPT) y el de estrés agudo (EA), sobre todo en cuanto a la presencia de pensamientos o conductas intrusivas, evitativas y de activación. No obstante, la diferencia sustancial se ubica en la duración de los síntomas: en el EA, el cuadro sintomático debe aparecer y resolverse en las primeras cuatro semanas posteriores al acontecimiento traumático, mientras que en el EPT los síntomas deben persistir más de un mes.

En el trastorno obsesivo-compulsivo también se presentan pensamientos intrusivos de carácter recurrente, pero a diferencia del estrés postraumático, éstos no son originados por un acontecimiento traumático. De la misma manera, los *flashbacks* típicos del EPT deben distinguirse de las ilusiones, alucinaciones y otras alteraciones perceptivas propias de la esquizofrenia o de otros trastornos psicóticos. En el DSM-IV-TR también se establece que cuando están de por medio compensaciones económicas, selecciones o determinaciones forenses, debe ponerse especial atención en los posibles engaños y la simulación que podrían intentar los individuos con el fin de obtener beneficios específicos.

## **Evaluación**

Evaluar el impacto psicológico, psiquiátrico y fisiológico de los acontecimientos traumáticos sobre los sujetos que los viven es una tarea compleja y delicada, sobre todo por el amplio espectro clínico que abarca el fenómeno, y la gran variedad de trastornos que pueden desencadenar; por ello, resulta complicado determinar con exactitud la cantidad de instrumentos que han sido diseñados con ese fin.

En la base de datos del Centro Nacional para el Trastorno de Estrés Postraumático de los Estados Unidos, sin embargo, se tienen registrados al menos 400 instrumentos, entre pruebas psicométricas, cuestionarios de auto reporte, entrevistas estructuradas y otros instrumentos de evaluación, que miden respuestas traumáticas en diferentes poblaciones (Lerner, 2009). La base de datos –la más grande del planeta sobre el tema– incluye referencias de más de 35,000 publicaciones especializadas de gran prestigio internacional. De esos 400 instrumentos, al menos 70 miden síntomas de EPT, tanto en niños,

adolescentes como adultos. Particularmente, en el caso del estrés postraumático existen cuatro formas que permiten evaluar la presencia de síntomas:

1. Pruebas psicológicas generales.
2. Registros fisiológicos.
3. Inventarios y escalas tipo auto informe.
4. Entrevistas clínicas y diagnósticas.

### **Pruebas psicológicas generales**

Las numerosas pruebas psicométricas existentes en la actualidad, evalúan una amplia variedad de manifestaciones clínicas, pero muy pocas son sensibles a la identificación de síntomas de EPT. Hay cuatro que son internacionalmente reconocidas:

- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2), particularmente dos subescalas específicas para EPT, la Escala PK y la escala PS.
- Inventario Clínico Multiaxial (MCMI, MCMI-II y MCMI-III), en particular la escala R del MCMI-III.
- Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI), en la subescala ARD-T.
- *Symptom Checklist-90*, en la escala SCL-PTSD.

### **Los registros psicofisiológicos**

Otra forma de obtener información sobre las respuestas a eventos traumáticos es a través de los registros psicofisiológicos; la mayoría son instrumentos que registran respuestas biológicas como tasa cardíaca, conductancia de la piel y respuesta electromiográfica. Sin embargo, por el momento no es posible identificar marcadores psicofisiológicos lo

suficientemente precisos como para diferenciar entre personas traumatizadas de las no traumatizadas.

Cabe mencionar que muchas de las respuestas fisiológicas no son exclusivas de personas que presentan síntomas de EPT, sino que también pueden ser indicadores de otros trastornos. Por ejemplo, el aumento en la tasa cardiaca no indica necesariamente que el sujeto esté manifestando una reacción intrusiva de algún recuerdo o imagen del acontecimiento traumático, sino que también puede deberse a muchas otras razones no relacionadas con EPT. Por todo ello, los investigadores sugieren poner especial atención en estos indicadores al elaborar un diagnóstico, ya que existe una alta probabilidad de equivocarse si sólo se utiliza esta vía; es preferible, por tanto, que los registros psicofisiológicos sean complementados con otras formas de evaluación más específicas.

### **Los inventarios y escalas tipo autoinforme**

Los inventarios y las escalas son los instrumentos más utilizados por clínicos e investigadores, dado el alto nivel de validez y confiabilidad de muchos de ellos. Existe una amplia variedad que identifican respuestas a eventos traumáticos en diferentes poblaciones (niños, adolescentes o adultos). La gran mayoría están validados en muestras anglosajonas y sólo unos pocos –en realidad no más de diez– han sido traducidos al español. Los instrumentos se clasifican en dos grandes categorías en función de las áreas que se van a evaluar (Sosa & Capafóns, 2005):

- Inventarios y escalas diseñadas para la evaluación de *eventos potencialmente traumatizantes*.
- Inventarios y escalas destinados a la evaluación de las *respuestas postraumáticas*.

Los primeros han sido diseñados para medir el nivel de exposición al trauma del paciente puesto que profundizan en la naturaleza y/o severidad de los estresores característicos del estrés postraumático. La gran mayoría de los instrumentos sondan el Criterio A1 del DSM-IV-TR, es decir, el amplio rango de eventos potencialmente

traumatizantes, entre los que destacan acontecimientos traumáticos de infancia, tortura, violencia doméstica, violación, robo, asaltos, secuestros, etc.

En cuanto a los segundos –los inventarios y escalas que evalúan respuestas postraumáticas– se centran en medir tanto el número como la intensidad de síntomas postraumáticos. Algunos sólo elaboran una estimación global de la posible presencia o ausencia de síntomas, mientras que otros también incluyen una valoración de la severidad de los mismos. La gran mayoría identifica los 17 síntomas establecidos en el DSM-IV-TR agrupados en los Criterios B, C y D. El número de reactivos varía de acuerdo al objetivo del instrumento, sin embargo, la gran mayoría presenta al menos 17 afirmaciones.

### **Las entrevistas clínicas y diagnósticas**

Las entrevistas están diseñadas para obtener información con un alto grado de precisión y objetividad, dado que es la forma que proporciona una relación más cercana con la persona que experimentó el acontecimiento traumático. Existen entrevistas de muchos tipos, unas más extensas que otras, pero la gran mayoría diseñadas para tener un mayor acercamiento que permita identificar los principales síntomas del EPT. Para seleccionar un tipo específico de entrevista se debe tomar en consideración los propósitos de la evaluación, el tiempo disponible y la experiencia del evaluador.

Por último, cabe destacar que para la elaboración de un diagnóstico clínico confiable se precisa de una evaluación multimodal que incluya cuestionarios, inventarios, entrevistas y si es posible, datos obtenidos de registros psicofisiológicos que corroboren las respuestas globales. Sin embargo, dada la imposibilidad de realizar este procedimiento multimodal en muchas investigaciones debido a las muestras relativamente grandes con las que se trabaja, resulta suficiente utilizar uno o dos instrumentos siempre y cuando tengan propiedades psicométricas aceptables para la población objetivo, tanto de validez como de confiabilidad.

Ya se ha mencionado líneas arriba que los síntomas postraumáticos suelen presentarse junto a otro tipo de respuestas comórbidas, como los trastornos del estado de

ánimo, trastornos somatomorfos, de ansiedad, entre muchos otros. En este sentido, es frecuente que en diversas investigaciones se apliquen de forma complementaria otro tipo de instrumentos que identifiquen esas manifestaciones secundarias. Los más utilizados son los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck, el Inventario Rasgo-Estado de Expresión de la Ira, el Inventario Rasgo-Estado de Ansiedad, el Cuestionario General de Salud, entre muchos otros.

Como ya se ha expuesto en estos dos capítulos, el EPT es un trastorno habitual en ciertas poblaciones de alto riesgo, como soldados, militares, paramédicos, bomberos, policías, etc. Aún así, no fue sino hasta hace relativamente poco tiempo cuando se comenzó a investigar a otro grupo que con frecuencia también está presente en situaciones de alto riesgo traumático: los periodistas. Muchos de ellos tienen entre sus tareas cubrir historias sobre eventos disímolos de orden traumático como desastres naturales, actos de violencia, incendios, violaciones a los derechos humanos, historias de víctimas, entre muchos otros.

En el siguiente capítulo se presenta un panorama general sobre esta línea de investigación –conocida a nivel internacional como “Periodismo y Trauma” –, la cual asocia las coberturas periodísticas de alto riesgo con determinadas respuestas postraumáticas de diversa índole.

## Capítulo 4

### Periodismo y Trauma

El 21 de abril de 1992, un homicida llamado Robert Harris fue ejecutado en la cámara de gases de San Quentin, en San Diego California. Por la brutalidad con la que acribilló a un par de adolescentes, el caso generó una enorme atención de los medios de comunicación norteamericanos, y un enjambre de periodistas se dio a la tarea de seguir el caso.

A las seis de la mañana de ese martes 21 de abril, Harris fue atado a la silla de ejecuciones y en presencia de 18 reporteros que cubrían la “nota”, murió asfixiado con gases de cianuro que emanaron de la cámara mortuoria. Sólo una ventana de cristal separaba al asesino de los periodistas que presenciaron la ejecución. Mayor cercanía con su muerte era prácticamente imposible.

Los periodistas observaron claramente cómo la cabeza erguida de Robert Harris se desplomaba por la intoxicación. Su rostro primero enrojeció y después se tornó azulado: el color pardo de la muerte.

Andrew Freinkel, Cheryl Koopman y David Spiegel (1994) –prominentes psiquiatras de la Universidad de Stanford– se dieron a la tarea de iniciar un estudio para identificar las respuestas emocionales que los 18 periodistas habían presentado durante y después de la ejecución. Después de haber aplicado un conjunto de instrumentos psicométricos, encontraron que un tercio de los periodistas mostró diversos síntomas disociativos y de ansiedad poco antes, durante y después de la ejecución, los cuales desaparecieron en las siguientes semanas, sin llegar a convertirse en síntomas crónicos.

Los efectos inmediatos fueron claros: una reportera lloró durante semanas, otros mostraron dificultades para concentrarse en los días subsiguientes, y una minoría expresó

indiferencia (adormecimiento emocional). Además, más de la mitad de la muestra se sintió distante de sus propias emociones, y el 60% se alejó de las personas como consecuencia del impacto.

La investigación de Freinkel, Koopman y Spiegel (1994) publicada en el *American Journal of Psychiatry* fue la primera en explorar los efectos traumáticos de una experiencia periodística en un escenario relativamente controlado. A decir de los autores, el impacto de ser testigo de una ejecución es sorprendentemente dañino, incluso cuando la vida propia no está en peligro, o cuando no existe una conexión emocional con la víctima.

A partir de este estudio inédito, se desencadenó una oleada de publicaciones sobre el tema. La gran mayoría examinaría cómo los eventos traumáticos ocurridos en distintos tiempos y espacios geográficos, afectaba a reporteros y fotógrafos que los presenciaban (Feinstein & Nicholson, 2005; Feinstein, Owen, & Blair, 2003; Regehr, Goldberg, & Hughes, 2002; Teegen & Grotwinkel, 2001). Roger Simpson y James Boggs (1999), sin embargo, fueron los primeros en advertir sobre el fuerte impacto que generan las guerras en los periodistas que las cubren.

La amplia gama de coberturas informativas sobre eventos emocionalmente perturbadores provocó que un grupo de especialistas promoviera el surgimiento de una línea de investigación conocida a nivel internacional como *Periodismo y Trauma*. A raíz de esa propuesta, se crearon grupos de estudio y organizaciones internacionales que promovieron encuentros, coloquios y congresos. *Dart Center for Journalism and Trauma* es la red internacional más reconocida en el mundo, que agrupa a especialistas de muchas disciplinas.

### **El periodismo, un oficio de alto riesgo emocional**

Como en otras profesiones, el periodismo presenta una buena dosis de riesgo, sobre todo cuando se cubren acontecimientos emocionalmente perturbadores o se establece un contacto muy cercano con víctimas de algún trauma psicológico.

Los estudios disponibles indican que con frecuencia los reporteros padecen estrés, soledad, una intensa competencia dentro y fuera de sus medios, así como diferentes formas de acoso sexual (Woodyear, 2003). Las extensas jornadas de trabajo, los altos niveles de estrés a los que se ven sometidos, los constantes ataques por parte de grupos de poder, así como la frecuente desprotección laboral, son factores que hacen de este grupo una población vulnerable a un fuerte desgaste emocional (Cardona, 2004; Ortega & Humanes, 2000).

Ortega y Humanes (2000) han revelado, por ejemplo, que nueve de cada diez periodistas españoles piensan que el estrés que experimentan es bastante elevado. Dentro de los factores más citados como estresantes señalan la “presión horaria”, la prolongada jornada laboral, la competencia con sus colegas, las presiones de la propia empresa y las presiones políticas.

Como consecuencia de los altos niveles de estrés y de las largas jornadas de trabajo que realizan, la vida privada del periodista suele verse afectada de muchas maneras. Arroyave y Blanco (2005) encontraron que lo absorbente del trabajo periodístico, en algunos casos se convierte en fuente de conflictos en la esfera personal y familiar. En sus grupos focales identificaron la presencia de múltiples problemas familiares, conflictos conyugales e inclusive altos índices de divorcios debido, entre otros factores, a la dinámica tan exigente de su profesión.

Aún así, -y pese a la presencia constante de dichas quejas- los índices de satisfacción personal son muy elevados en periodistas europeos. Weaver y Wilhoit (1996) han encontrado que, a pesar de la naturaleza demandante de su profesión, en Alemania 95% de los periodistas se manifiestan satisfechos con su trabajo; 87% en Francia; 85% en Canadá; 82% en Reino Unido y 77% en Estados Unidos.

La presencia de estos elevados índices de satisfacción se debe a múltiples razones, entre ellas al prestigio que puede representar formar parte del llamado “cuarto poder” y el reconocimiento social que implica su práctica (Arroyave & Blanco, 2005). Un periodista mexicano escribió que *glamour*, aventura, estatus, prestigio y fama, son peculiaridades en

la cara ideal de la profesión; pero que presión, tensión y preocupación constante era una visión más aproximada a su realidad (Riva Palacio, 2005).

De acuerdo a datos publicados en diversos artículos científicos, también se ha podido identificar que la mayoría de los periodistas del mundo ha sido testigos o ha cubierto al menos un evento traumático en algún momento de su historia profesional (Newman, Simpson, & Handschuh, 2003), y que los corresponsales de guerra presentan indicadores más elevados de estrés postraumático (28.6%), depresión (21.4%) y abuso de sustancias (14.3%), que los reporteros que no cubren conflictos armados (Feinstein, et al., 2002).

Newman et al. (2003) reportaron que de los 875 fotógrafos de su muestra, sólo 5.9% presentaba criterios propios de estrés postraumático (EPT). Pyevich et al., (2003) encontraron cifras semejantes: de una muestra de 906 reporteros, el 4.2% exhibió síntomas de EPT. Un porcentaje más alto fue reportado por Teegen y Grotwinkel (2001), al encontrar síntomas de estrés postraumático en 13% de los 61 reporteros de su muestra. Recientemente, Miho Hatanaka et al., (2010) identificaron que 6% de los 270 periodistas japoneses que participaron en su levantamiento presentaban síntomas de EPT. Sin embargo, de las investigaciones anteriores se puede inferir que, salvo los corresponsales de guerra, sólo una minoría de reporteros está en riesgo de presentar problemas psicológicos como estrés postraumático, ansiedad o depresión.

El mayor riesgo psicológico que viven los reporteros es, sin duda, cuando se enfrentan a una cobertura periodística que involucra algún tipo de acontecimiento traumático. Es en este ámbito donde se ubica el mayor número de investigaciones realizadas en diversas partes del mundo.

### **El trauma en periodistas**

De acuerdo a los datos publicados en diversos artículos especializados, se ha podido identificar que la mayoría de los periodistas que participaron en las investigaciones revisadas había sido testigo o había cubierto al menos un evento traumático en algún

momento de su historia profesional (Newman, et al., 2003; Pyevich, Newman, & Daleiden, 2003; Simpson & Boggs, 1999; Teegan & Grotwinkel, 2001); que la gran mayoría era resiliente frente a eventos traumáticos (Newman et al., 2003; Pyevich et al., 2003; Teegan y Grotwinkel, 2001; Simpson & Boggs, 1999); que existen al menos nueve factores de riesgo identificados en esta profesión, los cuales serán descritos más adelante (Newman et al., 2003; Pyevich et al., 2003; McMahon, 2001; Teegen & Grotwinkel, 2001; Simpson & Boggs, 1999); y que los corresponsales de guerra, a diferencia de otros reporteros, presentan indicadores más elevados de estrés postraumático, ansiedad y abuso de sustancias (Feinstein, Owen, & Blair, 2003). Todas estas características o factores se desarrollan a continuación.

### **Periodistas, testigos de eventos traumáticos**

En una muestra de 131 reporteros de Washington y Michigan, el 86% reportó haber tenido al menos una experiencia de este tipo (Simpson & Boggs, 1999). Por su parte, Newman et al., (2003) encontraron que de una muestra de 875 fotoreporteros el 98% estuvo expuesto al menos a un acontecimiento traumático como parte de su rutina de trabajo, siendo los accidentes automovilísticos, los incendios y los asesinatos los más comunes.

En otra muestra nacional de 906 periodistas norteamericanos de prensa escrita, el 96% también reportó haber cubierto al menos un evento traumático (Pyeovich, et al., 2003). Entre 61 periodistas norteamericanos y europeos se encontró que todos los participantes habían cubierto un acontecimiento traumático, y un alto porcentaje de ellos (92%) presentaba reacciones emocionales como miedo intenso, horror y desesperanza como respuesta a esos eventos (Teegen & Grotwinkel, 2001). La gran mayoría de los acontecimientos reportados en esos estudios estuvieron relacionados con muertes, violencia y sufrimiento humano.

## **Resiliencia y trauma en periodistas**

A pesar de que los periodistas están continuamente expuestos a eventos traumáticos, la literatura disponible reporta que la gran mayoría de ellos es resiliente; esto se evidencia con bajos niveles de estrés postraumático, ansiedad y depresión.

De 875 fotoreporteros que trabajaron con Newman et al. (2003), sólo 5.9% presentó criterios propios de estrés postraumático. De forma similar Pyevich, et al. (2003) encontraron que de su muestra de 906 reporteros, el 4.3% exhibía síntomas de EPT. Una cifra más alta fue reportada por Teegen y Grotwinkel (2001), al encontrar síntomas de estrés postraumático en 13% de los 61 reporteros.

Sin embargo, los resultados encontrados en corresponsales de guerra muestran índices más elevados de EPT que sus colegas que cubren otro tipo de noticias. Feinstein et al., (2003) reportaron que de su muestra, el 28.6% presentaban criterios diagnósticos de EPT, 21% síntomas de depresión y 14% abuso de sustancias. Estos niveles son más elevados que los encontrados, por ejemplo, entre paramédicos norteamericanos (Regehr, Goldberg, & Hughes, 2002). Simpson y Boggs (1999) encontraron cifras similares cuando compararon a corresponsales de guerra con periodistas que cubrían otras fuentes.

## **Factores de riesgo psicológico en reporteros que cubren noticias traumáticas**

Los estudios consultados sobre el tema destacan al menos nueve factores de riesgo para estrés postraumático en periodistas:

- *Exposición a un número elevado de coberturas traumáticas.* Las investigaciones señalan que los periodistas que cubren un mayor número de eventos traumáticos presentan mayores índices de EPT que aquellos que esporádicamente lo hacen (Newman, et al., 2003; Pyevich, et al., 2003; McMahon, 2001).
- *Exposición a coberturas traumáticas de alta intensidad.* Los datos al respecto señalan que, aunque se haya cubierto sólo una noticia de tipo traumático, pero si

ésta fue intensa y arrolladora, es probable que desencadene síntomas postraumáticos (Smith, 2008).

- *Exposición a una guerra.* Ser testigo de un conflicto bélico incrementa el riesgo de presentar síntomas de malestar psicológico (Feinstein et al., 2002; Simpson & Boggs, 1999).
- *Tiempo de ejercer el periodismo.* Los años que se tienen practicando el periodismo también han sido considerados como un importante factor de riesgo. Teegen y Grotwinkel (2001) han encontrado que los reporteros más jóvenes y con menos experiencia son los más vulnerables. Sin embargo, Simpson y Boggs (1999), McMahon (2001) y Newman (2003) mostraron que a más años de ejercer el periodismo, mayor es el riesgo de presentar síntomas de EPT. En este sentido, incluso los periodistas más veteranos no están exentos de presentar síntomas de malestar emocional.
- *Antecedentes de traumas personales.* Los reporteros que estuvieron expuestos a algún acontecimiento traumático en su infancia, adolescencia o edad adulta, previo a su ejercicio profesional, presentan mayor riesgo de desarrollar síntomas de EPT que aquellos que no tienen antecedentes traumáticos (Newman et. al., 2003; Pyevich, et. al., 2003; Teegen & Grotwinkel, 2001).
- *Bajo apoyo social percibido.* Las investigaciones reportan que el apoyo social es fundamental para evitar respuestas nocivas a mediano y largo plazo (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). Un bajo respaldo social posterior a una cobertura periodística puede incrementar los niveles de EPT (Newman et. al., 2003).
- *Cogniciones y emociones negativas.* Aunque existe poca evidencia al respecto, se ha encontrado que las percepciones negativas que tiene el reportero sobre sí mismo y el mundo que le rodea, están estrechamente relacionadas con el desarrollo de síntomas de estrés postraumático (Pyevich, et.al., 2003), así como la continua presencia de enojo, hostilidad y recelo (Marais & Stuart, 2005).

- *Dificultad para expresar emociones personales.* Si al reportero se le dificulta compartir y expresar sus emociones íntimas y personales, tiene más probabilidades de presentar síntomas de EPT (Teegen & Grotwinkel, 2001).
- *Poco reconocimiento de los directivos y/o colegas.* Debe señalarse que es poco frecuente que los jefes reconozcan el trabajo de sus subordinados, lo cual permea en la motivación y estado de ánimo de los reporteros. La intensa competencia entre colegas también es un elemento que impacta en la circularidad de esta dinámica (Weidmann, Fehm, & Fydrich, 2008).

Con lo expuesto en estos tres primeros capítulos, ya se tienen las herramientas teóricas suficientes como para dar paso a la presentación de los objetivos, preguntas de investigación, procedimiento y resultados de cada una de las fases del estudio.

## Justificación

“A medida que el campo del estrés traumático madure, una nueva generación de investigadores necesitará redescubrir la interconexión esencial de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y políticas del trauma.”

Judith Herman

La escasa información que existe sobre la temática de *Periodismo y Trauma en México* es una de las múltiples razones que se argumentan para justificar un trabajo de esta naturaleza. Después de haber realizado una detallada revisión de artículos y libros especializados, no se encontró ningún trabajo previo llevado a cabo en México que hubiera abordado el tema desde alguna de sus múltiples dimensiones. La totalidad de lo publicado –tal y como se reseñó en el capítulo anterior– se concentra en experiencias periodísticas de otros países, particularmente Estados Unidos, Canadá y algunas naciones europeas.

Pero existen también otras razones de contexto igualmente poderosas que justifican el abordaje de este proyecto. A raíz de la denominada “guerra contra el narcotráfico” emprendida por el gobierno de Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012), los niveles de violencia en México se multiplicaron vertiginosamente: entre diciembre de 2006 y mayo de 2011 se registraron más de 70 mil ejecuciones (Mendoza, 2012) y cerca de 17,000 desaparecidos (Blancas, 2011). Además, en tan solo un año (2010) 700 mil personas tuvieron que emigrar a Estados Unidos, o desplazarse hacia otras regiones del país con el fin de resguardarse de los embates de la violencia (Job, 2011).

Estas condiciones generaron que México se ubicara en el lugar 16 entre los países más violentos de todo el mundo, situándolo por encima de naciones en donde se desarrollaba alguna guerra formal (Centro de Investigación para el Desarrollo A. C. [CIDAC], 2009). Durante 2010, por ejemplo, se registraron más homicidios en Ciudad Juárez que en todo el territorio de Afganistán en el mismo periodo (Mora, 2011). Bajo una

coyuntura de este tipo, caminar por las calles de Bagdad resultaba más seguro que hacerlo por Ciudad Juárez, Reynosa o Culiacán.

En esta dirección, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que la violencia es, en efecto, un problema grave de salud pública, y en consecuencia ha instado a los diferentes gobiernos para que tomen medidas con el fin de disminuir sus efectos (OMS, 2002). Como se sabe, un contexto de este tipo coadyuva, inexorablemente, en el surgimiento y desarrollo de diversos problemas sociales y de salud, entre ellos la presencia de trastornos mentales. Las propias autoridades mexicanas han reconocido esta realidad, particularmente en territorios donde operan con mayor fuerza las células del crimen organizado (Valadez, 2008).

Las estadísticas epidemiológicas del país indican que una significativa mayoría de mexicanos (68%) habrá de lidiar con una experiencia traumática –probablemente de carácter violento– al menos una vez en su vida: quizás una muerte inesperada y repentina de alguien cercano, un accidente, un asalto que ponga en riesgo la integridad física, un secuestro *express*, o probablemente ser testigo de alguna atrocidad inusual y súbita (Medina-Mora, et al, 2005). Además, según el Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO), en el país se quintuplicó la posibilidad de ser asesinado y se triplicó el riesgo de ser secuestrado si se comparan indicadores de 2007 y 2010 (Arteaga, 31 octubre 2011).

Estos porcentajes de riesgo, sin embargo, podrían estar aumentando considerablemente en profesionistas cuyas actividades se desarrollan en zonas y contextos de violencia permanente, como los reporteros y fotógrafos mexicanos que abordan temas de narcotráfico. Algunos de ellos, en efecto, están cubriendo *in situ* la cotidianidad de la “guerra” contra el crimen organizado y su secuela de *levantones*, secuestros, asesinatos, decapitaciones y *ajusticiamientos* entre bandas de sicarios, eventos que pudieran estar impactando negativamente en su salud emocional. Otros tantos mantienen estrecha relación con víctimas civiles de esta guerra y muestran día con día –mediante imágenes fotográficas, reportajes o entrevistas– historias de dolor y tragedia difíciles de procesar. Los periodistas son, en este sentido, los ojos que están mirando de cerca el horror de la violencia.

Por otra parte, al riesgo inherente que representa cubrir periodísticamente la guerra contra el narcotráfico, se debe añadir una cifra inédita de agresiones, amenazas, secuestros y asesinatos en contra de los propios comunicadores. De 2000 a mayo de 2012 fueron asesinados 80 periodistas a lo largo y ancho del país. Además, de 1991 a mayo de 2009, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) radicó 718 expedientes relacionados con violaciones a los derechos de periodistas y comunicadores. Los expedientes describen amenazas de muerte, secuestros, *levantones* y agresiones físicas y psicológicas, todos derivados de su actividad profesional (Olivares, 2009). Por lo anterior, Reporteros sin Fronteras (RsF), la Federación Internacional de Periodistas (FIP), Campaña Emblema de Prensa (CEP), así como la propia Organización de las Naciones Unidas (ONU) han insistido que México es uno de los países más peligrosos del mundo para ejercer el periodismo (EFE, 2011; EFE, 2012; RsF, 2012).

Lidiar con eventos traumáticos ya sea en forma directa o indirecta (esto es, en su condición de periodista-víctima o periodista-testigo), desencadena respuestas emocionales diversas, las cuales si no se les presta la debida atención, pueden convertirse en agentes patógenos que deriven en trastornos psicológicos como estrés postraumático, ansiedad generalizada, depresión mayor o somatizaciones diversas.

En este sentido, es preciso mirarse en el espejo de otras experiencias semejantes. En Colombia, otrora la nación más peligrosa de América Latina para la seguridad de periodistas, se han implementado medidas de atención psicológica para profesionales de la comunicación, una vez que pudieron identificar –aunque fuera de manera poco ortodoxa– que la guerra estaba impactando negativamente en su salud emocional. A partir de la identificación del problema y sobre todo de la aceptación del mismo, fue posible comenzar a tomar medidas de solución.

Bajo esta lógica argumentativa, se consideró fundamental dar un primer paso exploratorio en esta dirección identificando si, efectivamente, un sector de reporteros y fotógrafos mexicanos estaba presentando síntomas postraumáticos derivados de su ejercicio periodístico, en un contexto nacional de guerra y violencia. Esto con el fin de implementar en un futuro estrategias de prevención, protección y/o intervención que pudieran diseñarse

en investigaciones posteriores. Pero, para ello, se necesita dar un primer paso elemental: identificar si, efectivamente, esta población está acusando las consecuencias emocionales de lidiar con la violencia, y reconocer los *significados* que los periodistas le otorgan a sus experiencias que viven a diario. Es decir, por un lado cuantificar el impacto emocional y, por otro, conocer etnográficamente algunos testimonios de periodistas que cubren sistemáticamente noticias de narcotráfico. Una primera aproximación de este tipo resulta imprescindible para la realización de futuras investigaciones. Tal es el reto del presente trabajo que, al mismo tiempo, da inicio a una nueva línea de investigación inédita en México, conocida a nivel internacional como *Periodismo y Trauma*.

## MÉTODO

### Preguntas de investigación

Tomando en consideración los altos niveles de violencia que se presentan en algunas regiones del país (Buendía & Laredo, 2010; CIDAC, 2009), las elevadas cifras de homicidios registrados (Mendoza, 2012), las agresiones y amenazas en contra de comunicadores (Article 19, 2012), así como las numerosas coberturas periodísticas que estos últimos realizan sobre temas de narcotráfico, las preguntas centrales que se plantean en esta investigación son las siguientes:

- ¿Cuáles son las *prevalencias* de *síntomas* de Estrés Postraumático (EPT), ansiedad, depresión, consumo de alcohol y dependencia al cigarro en una muestra de periodistas mexicanos de distintos medios y fuentes?
- ¿Existen *diferencias significativas* entre los periodistas que cubren temas de narcotráfico (nota roja, seguridad, procuración de justicia, crimen organizado y derechos humanos, fuerzas armadas, etc.) y los de otras fuentes (economía, política, laboral, deportes, entre otras), en cuanto a la presencia de dichos síntomas?
- ¿Existen *relaciones* entre este conjunto de síntomas (incluidos los esquemas cognoscitivos), de acuerdo a ciertas características sociodemográficas y laborales de los periodistas?
- ¿Cómo describen los reporteros y fotógrafos mexicanos que cubren noticias de narcotráfico sus propias “experiencias subjetivas” (sentido, significaciones) en relación con los síntomas postraumáticos que presentan y los acontecimientos que los originaron?

## Objetivos generales

- Evaluar las *prevalencias* de *síntomas* de Estrés Postraumático (EPT), ansiedad, depresión, consumo de alcohol y dependencia al cigarro en una muestra de periodistas mexicanos de distintos medios y fuentes.
- Identificar si existen *diferencias significativas* entre los periodistas que cubren temas de narcotráfico y los de otras fuentes, en cuanto a la presencia de dichos síntomas.
- Identificar si existen *relaciones* entre este conjunto de síntomas (incluidos los esquemas cognoscitivos) de acuerdo a ciertas características sociodemográficas y laborales de los periodistas.
- Describir y sistematizar las experiencias subjetivas de reporteros y fotógrafos mexicanos que cubren noticias de narcotráfico, en relación con los síntomas postraumáticos que presentan y los acontecimientos que los originaron.

## Definición conceptual de variables

- **Estrés Postraumático (EPT)**

El Estrés Postraumático (EPT) es un trastorno clasificado por el DSM-IV-TR y el CIE-10 que se caracteriza por la presencia de *síntomas* que surgen de la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde el individuo se ve involucrado en hechos que representan un peligro real para su vida o para su integridad física y/o psicológica. Los síntomas también pueden presentarse cuando el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien cuando el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana, acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves.

Los síntomas más representativos de EPT son los siguientes:

- Miedo, horror y/o desesperanza intensos, durante y poco después del evento traumático.
- Síntomas de *reexperimentación intrusiva* que duren más de un mes.
- Síntomas de *evitación* que duren más de un mes.
- Síntomas de *activación* que duren más de un mes.

- **Periodistas, reporteros y fotógrafos**

El periodismo es una forma de comunicación social en la que se presentan, describen y analizan hechos de interés público. En términos generales, quienes ejercen este oficio son conocidos como *periodistas*, los cuales pueden realizar diferentes funciones (Leñero y Marín, 1986).

Particularmente, a quien investiga y redacta notas informativas, entrevistas y reportajes, se le llama *reportero* (Campbell, 2002; Leñero & Marín, 1986; Riva Palacio, 2005). A éste se le debe distinguir de los articulistas, editorialistas, columnistas o editores, ya que a pesar de su estrecha colaboración con ellos, cada uno desarrolla funciones diferentes. Pero todos –cualquiera que sea el género que practiquen o el medio en que se desenvuelvan–, son conocidos como periodistas.

Sin embargo, según Leñero y Marín, el *reportero* es el sujeto clave del periodismo informativo. Busca noticias, hace entrevistas y realiza reportajes como un “cazador en permanente estado de alerta” (Leñero & Marín, 1986, p. 24). Es la pieza fundamental de toda institución periodística y “dista mucho de identificarse con las masas burocráticas de turnos fijos y de expectativas puestas en los días de descanso y vacaciones. La pasión periodística mueve, arrebatada, sacude a quien quiere ser reportero” (Leñero & Marín, 1986, p. 27).

Un *reportero* es, en suma, aquel profesionista de la comunicación que recoge noticias, hace entrevistas, realiza reportajes y está en permanente contacto con los hechos

públicos más relevantes, los cuales pueden desarrollarse en un “elegante Palacio Real o en un frío y lúgubre depósito de cadáveres” (Riva Palacio, 2005, p. 25).

Leñero y Marín (1986) distinguen varios tipos o clases de reporteros: de planta, asuntos especiales, de guardia, enviado especial, corresponsal y reportero gráfico (fotógrafo). Estos últimos se dedican a lo que se conoce como periodismo fotográfico o gráfico, que es una forma específica de documentar hechos mediante imágenes.

Por razones metodológicas y de control de variables, en este trabajo se utiliza la palabra periodista únicamente para aludir al reportero y al fotógrafo, excluyendo de la asignación a editores, articulistas o columnistas (aunque, de antemano se sabe que, en estricto rigor éstos también lo son).

- **Periodistas que cubren noticias de narcotráfico**

En el presente estudio se definen conceptualmente a los *periodistas que cubren noticias de narcotráfico* como aquellos fotógrafos y reporteros que se dedican de manera sistemática a las coberturas periodísticas de temas relacionados con el cultivo, elaboración, distribución y venta ilícita de drogas ilegales, así como de los fenómenos de violencia, sociales, jurídicos y/o de salud pública que estos generan.

En este sentido, se pueden identificar ocho grandes áreas temáticas en la labor profesional de estos periodistas, en el entendido de que no siempre abordan todas en su conjunto:

1. Coberturas de violencia que involucran muertes, asesinatos, matanzas, decapitaciones, desollamientos, *narcofosas*, enfrentamientos, fuegos cruzados, secuestros, y todos aquellos eventos de índole violenta relacionados con narcotráfico y crimen organizado.
2. Actuación de los cuerpos policíacos, el Ejército y la Marina en el ámbito la “guerra” contra el crimen organizado.

3. Acciones, esquemas y estrategias de operación de los cárteles del narcotráfico, así como sus estructuras, jerarquías y formas de organización.
4. Actos de corrupción que se establecen entre estos actores sociales.
5. Procedimientos jurídicos y penales relacionados con el narcotráfico.
6. Violación de los derechos humanos como consecuencia de este fenómeno.
7. El conjunto de desgracias civiles (asesinatos, secuestros, *levantones*, desaparecidos, etc.) producidos durante la “guerra contra el narcotráfico” con toda su carga dramática de dolor y sufrimiento humano; y
8. Problemas de salud pública generados por la violencia y el tráfico de drogas.

## Método de investigación

El método utilizado en esta investigación es de tipo *mixto*, con una primera fase cuantitativa, seguida por una cualitativa (Creswell & Plano, 2007; Tashakkori & Teddlie, 2003).

Los *métodos mixtos* son procedimientos y estrategias de investigación que incluyen la recolección, análisis e integración (o combinación) de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio. En este sentido, los métodos mixtos pretenden captar una “imagen” más amplia y completa de los fenómenos estudiados, integrando en una misma investigación tanto datos numéricos como descripciones cualitativas (Creswell & Plano, 2007). La mayoría de las estrategias cuantitativas utilizadas en este tipo de estudios son *experimentales* o *correlacionales*, mientras que las cualitativas pueden ser *estudios de caso*, *narrativos*, *etnográficos*, o *fenomenológicos*.

Las investigaciones con diseños mixtos surgieron hace más de cuatro décadas, sin embargo, con la publicación del libro de Tashakkori y Teddlie titulado *Hanbook of mixed methods in social and behavior research* (2003) el término “métodos mixtos” comenzó a ser sistematizado con mayor rigor y precisión. Del conjunto de información disponible sobre métodos mixtos se sabe que pueden estructurarse al menos bajo tres formas diferentes: fusionando (*merging*), conectando (*connecting*), o incrustando datos cuantitativos y cualitativos (*embedding*). De estas posibles combinaciones emergen múltiples tipologías como diseños “exploratorios”, “explicativos” o de “incrustación”, los cuales en su conjunto integran más de 40 estrategias o modelos de investigación que articulan datos cuantitativos y cualitativos (Creswell & Plano, 2007; Tashakkori & Teddlie, 2003).

Durante el último lustro, las denominadas Ciencias de la Salud han incorporado formalmente estrategias mixtas en diversas áreas (O’Cathain, Murphy, & Nicholl, 2007), como la de “cuidados intensivos” (Wallen & Berger, 2004), “enfermería” (Andrew & Halcomb, 2006) o “salud mental” (Rogers, Day, Randall, & Bentall, 2003). Aunque en menor cantidad, los métodos mixtos también han empezado a utilizarse en investigaciones

sobre trauma psicológico (Banyard & Williams, 2007; Creswell & Zhang, 2009; Evans, Ehlers, Mezey, & Clark, 2007).

### **Diseño de investigación**

En la presente investigación se utilizó un *diseño exploratorio, descriptivo y correlacional mixto* de dos fases, bajo la tipología de conexión de datos (*connecting data*) (Creswell & Plano, 2007; Campbell & Stanley, 2005; Dankhe, 1986). Dado que éste es el primer estudio que se realiza en México sobre el tema, su carácter es *exploratorio y descriptivo-correlacional*. El diseño *transversal* que aquí se presenta es de dos fases secuenciales, y el levantamiento de datos cuantitativos y cualitativos se realizó durante un periodo de tres años (2009-2011), en un contexto nacional de violencia y “guerra” contra el narcotráfico.

Creswell y Plano (2007) afirman que una manera de “conectar datos” en una estrategia mixta es realizando –en primera instancia– un procedimiento cuantitativo (recolección y análisis de datos) para posteriormente –y con el fin de responder el resto de las preguntas de investigación–, seleccionar de esa muestra original sólo a determinados participantes para incluirlos en una fase cualitativa posterior.

Bajo esta estrategia específica, en la fase cuantitativa de la presente investigación se aplicaron seis instrumentos que identifican respuestas postraumáticas en una muestra de periodistas mexicanos (*Checklist*, *TABS*, Inventarios de ansiedad y depresión de Beck, *AUDIT*, y *Fagerström*), dos de los cuales primero tuvieron que validarse para población mexicana (*Checklist* y *TABS*) debido a que dicho procedimiento no se había realizado hasta el momento.

Una vez que se obtuvieron las prevalencias, correlaciones y diferencias por grupos (primera fase cuantitativa), se eligieron de esa muestra a periodistas que presentaron síntomas postraumáticos para realizarles entrevistas a profundidad (segunda fase cualitativa) con el fin de identificar los *significados* que le atribuyen a sus experiencias, y de reconocer el *contexto* micro y macro en el que se desenvuelven. Fue de esta manera como se *conectaron* los datos cuantitativos (aplicación de instrumentos e identificación de

periodistas con síntomas postraumáticos) con los cualitativos (realización de entrevistas a profundidad).

Aunque más adelante se proporcionan detalles metodológicos específicos de cada una de las fases, en la Figura 1 se puede observar el procedimiento general que se utilizó en la presente investigación.

**Figura 1.** Descripción de las fases de investigación

<p style="text-align: center;"><b>PRIMERA FASE</b></p> <p style="text-align: center;">Cuantitativa</p>	<p style="text-align: center;"><b>SEGUNDA FASE</b></p> <p style="text-align: center;">Cualitativa</p>
<p style="text-align: center;"><b>Etapa 1:</b></p> <p>1.1. Validación psicométrica de instrumentos.</p> <p style="text-align: center;"><b>Etapa 2:</b></p> <p>2.1. Aplicación de instrumentos validados.</p> <p>2.2. Identificación de <i>prevalencias</i> de síntomas.</p> <p>2.3. Identificación de <i>correlaciones</i> y <i>diferencias</i> estadísticamente significativas entre grupos.</p>	<p>Presentación <i>etnográfica</i> de testimonios de periodistas con síntomas postraumáticos.</p> <p>Descripción <i>tipológica</i> de eventos y respuestas psicológicas.</p>

A continuación se presentan tanto la metodología como los resultados obtenidos en cada una de las dos fases de esta investigación.

# 1. PRIMERA FASE

## CUANTITATIVA

## **Etapa 1: Validación psicométrica de instrumentos**

### **Objetivo general**

- Establecer la validez y confiabilidad de dos instrumentos: el *PTSD Checklist (PCL)* (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993) y el *Trauma and Attachment Belief Scale (TABS)* (Pearlman, 2003).

### **Objetivos específicos**

- Traducir y adaptar el *PTSD Checklist (PCL)* (Weathers et al., 1993) y el *Trauma and Attachment Belief Scale (TABS)* (Pearlman, 2003).
- Aplicar ambos instrumentos con el objetivo de medir su validez y confiabilidad.

### **Muestreo**

- No probabilístico e intencional por invitación. Este tipo de muestreo se caracteriza por una intención deliberada de obtener muestras mediante la inclusión de grupos “típicos” o con características muy definidas. En este sentido, el investigador invita directa e intencionalmente a ciertos individuos de una población específica para que participen en el estudio proporcionando información sobre el tema abordado (Polit, 2002; Silva, 1993).

### **Instrumentos**

- *PTSD Checklist* (Weathers, et al., 1993).
- *Trauma and Attachment Belief Scale, TABS* (Pearlman, 2003).

El *PTSD Checklist (PCL)* (Weathers, et al., 1993) es un instrumento de auto reporte que evalúa síntomas de estrés postraumático (EPT). Existen dos versiones del PCL, una

para su aplicación en civiles y otra en militares. El instrumento presenta una escala Likert de 1 a 5 puntos, y agrupa 17 reactivos los cuales corresponden al conjunto de síntomas identificados en el DSM-IV-TR para los criterios B, C y D: reexperimentación intrusiva, evitación y activación, respectivamente.

Por su parte, el *Trauma and Attachment Belief Scale, TABS* (Pearlman, 2003) es un instrumento de auto reporte que evalúa esquemas cognoscitivos (creencias sobre uno mismo y sobre los demás) y está constituido por 84 reactivos. El *TABS* evalúa “percepciones” y “creencias” en cinco áreas que son sensibles a los efectos de experiencias traumáticas: “seguridad”, “confianza”, “estima”, “intimidad” y “control”.

El instrumento usa una escala Likert de uno a seis puntos (1 = Completamente en desacuerdo, 6 = Completamente de acuerdo). El *TABS* fue diseñado para su aplicación en personas de 17 años en adelante. La versión original norteamericana reporta un alfa de Cronbach total de .96 y una confiabilidad test-retest de .75. Esta misma versión presenta diez factores, todos ellos relacionados con esquemas cognoscitivos (seguridad, confianza, estima, intimidad y control) de sí mismo y del mundo (los otros).

### ***PTSD Checklist (Lista de Chequeo para EPT)***

#### **Participantes**

La muestra utilizada en el proceso de validación del *PTSD Checklist* estuvo constituida por 100 periodistas de diversas fuentes (justicia, nota roja, fuerzas armadas, derechos humanos, política, economía, laboral, iglesia, ciencia y cultura, espectáculos, deportes, entre otras) y distintos medios de comunicación (periódicos, revistas, internet, radio y televisión) de 16 de los 32 estados de la República.

Los *criterios de inclusión* que se utilizaron en el levantamiento de datos de esta primera etapa fueron los siguientes:

- Que fueran reporteros y/o fotógrafos.

- Edad abierta.
- Sexo indistinto.
- Cualquier fuente.
- Cualquier medio.

El único *criterio de exclusión* fue:

- Que tuvieran únicamente un cargo administrativo, desvinculado del trabajo periodístico de campo (por ejemplo jefe de producción, comercialización, publicidad, etc.).

Al participar en la investigación, todos los periodistas otorgaron su consentimiento informado y manifestaron su aprobación con los fines del estudio. A los participantes se les informó sobre los objetivos, procedimientos y posibles beneficios de la investigación. También se les comunicó que su participación en el levantamiento de datos era completamente voluntaria, y que si decidían retirarse en algún momento, estaban en su completo derecho de hacerlo. A todos y cada uno de los periodistas se les garantizó el anonimato, y se les comunicó que la información derivada del estudio iba a ser resguardada con absoluta confidencialidad.

### **Procedimiento**

Como primer paso, –y dado que no existía una versión estandarizada del instrumento para población mexicana– el *Checklist* fue traducido y adaptado del inglés al español por un grupo de psicólogos con dominio del idioma. En el proceso de traducción se decidió incorporar palabras de uso común, así como giros verbales propios de la cultura mexicana, sin que con ello se perdiera el significado original de las oraciones. Posteriormente, esta versión fue revisada por otro grupo de psicólogos bilingües, quienes manifestaron su conformidad con la traducción. El instrumento fue denominado “Lista de Chequeo para TEPT, versión civil”.

Sin embargo, al instrumento se le realizaron algunos ajustes y adaptaciones con el fin de focalizar su uso en periodistas. Por ejemplo, la indicación que aparece en las instrucciones de la versión civil original se presenta así: “A continuación hay una lista de problemas y molestias que algunas veces presenta la *gente* como respuesta a *experiencias estresantes*. Por favor lea cuidadosamente y marque cuánta molestia le han causado estos problemas durante el último mes”.

Las oraciones anteriores fueron adaptadas de la siguiente forma: “A continuación hay una lista de problemas y molestias que algunas veces presentan los *reporteros* como respuesta a *coberturas y/o experiencias periodísticas estresantes*. Por favor lea cuidadosamente y marque cuánta molestia le han causado estos problemas durante el último mes”.

Como podrá observarse, se modificó “gente” por “reporteros”, y “experiencias estresantes” por “coberturas y/o experiencias periodísticas estresantes”. En cuanto al contenido de los reactivos la adaptación fue similar, sustituyéndose sólo las frases “*experiencia estresante*” por “*experiencia periodística estresante*”.

Al final del instrumento se añadió una pregunta abierta en la que se le solicitó al reportero que describiera la “*experiencia periodística estresante*” que tuvo en mente mientras respondía las preguntas; esto con el fin de corroborar que la vivencia estuviera efectivamente relacionada con su actividad profesional, y no con una experiencia desencadenante ajena al ámbito periodístico. De esta forma se pudo determinar la naturaleza “traumática” de la experiencia a partir del criterio A1. En el DSM-IV-TR se establece que un evento es traumático cuando representa un “peligro para su vida (...) o para su integridad física”; cuando el individuo es “testigo de un acontecimiento en el que se producen muertes o heridos”; o cuando conoce a través de cualquier persona acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas” (APA, 2001, p. 435).

Una vez realizada la traducción al español, se procedió a diseñar una página *web* en la que se ubicó la Lista de Chequeo. Además del instrumento, en la página también se incluyó material informativo elemental sobre los propósitos de la investigación. Para el diseño técnico de los cuestionarios, se utilizó el programa *Visual Studio 2005*, lenguaje de

programación *Visual Basic* y una base de datos *SQL*. En la Figura 2 se muestra el diseño final de la página *web* tal y como fue presentada a los periodistas que respondieron los instrumentos.

**Figura 2.** Página *web* en la que se ubicaron los instrumentos



Posteriormente, se realizó un pilotaje técnico con 30 personas para identificar errores técnicos, tanto de la página *web* como del instrumento. El pilotaje consistió en aplicar los cuestionarios vía *internet* con el fin de saber si surgían problemas que obstaculizaran el proceso de obtención de datos. De esta forma se pudieron identificar los siguientes errores:

1. Problemas en la generación de contraseñas.
2. Lentitud de la página.
3. Errores de “dedo” al transcribir los cuestionarios.
4. Confusión en los mandatos (menús).

Una vez corregidos los errores, los instrumentos se “*subieron*” al dominio [www.estresperiodistico.org](http://www.estresperiodistico.org). Al mismo tiempo se enviaron invitaciones por correo electrónico a 253 reporteros de todo el país para que participaran en el proceso de validación. A cada uno de ellos se le otorgó una contraseña única, personal e intransferible, con la que pudieron tener acceso a los cuestionarios. De los 253 periodistas invitados a participar, sólo 100 respondieron en su totalidad el instrumento.

## **Resultados**

Para obtener la validez de constructo del *PTSD Checklist* y la confiabilidad global y por factores se realizaron los siguientes análisis estadísticos: identificación de frecuencias para cada pregunta, y análisis de discriminación de reactivos por el método de grupos contrastados (*t* de Student para muestras independientes, puntajes altos vs. bajos). Todos los reactivos discriminaron entre el grupo alto y bajo, de manera que fueron incorporados para el análisis factorial. El coeficiente KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) fue de .844.

Posteriormente, se realizó el análisis factorial con rotación ortogonal varimax para obtener la validez del instrumento, y se obtuvieron tres factores acorde a lo que señala la literatura científica sobre el tema: activación, intrusión y evitación. Como se puede observar en la Tabla 1, todos los reactivos obtuvieron cargas mayores a .40 y ninguno se ubicó en más de un factor. La carga más alta fue de .914 (“Evitar actividades o situaciones que le recordaban esa experiencia estresante”), y la más baja de .432 (“Pérdida de interés en actividades que solía disfrutar”).

El factor de *activación* identificó síntomas de ansiedad relacionados con problemas de concentración, irritabilidad, ataques de ira, dificultades para dormir, sobresaltos o adormecimiento emocional (*numbness*). Por su parte, el factor *intrusivo* reportó si las personas presentaban imágenes o pensamientos involuntarios e incontrolables relacionados con el evento traumático como pesadillas, flashbacks o respuestas de tipo fisiológico (latidos fuertes del corazón, dificultades para respirar, excesiva sudoración, etc.). Finalmente, el factor de *evitación* identificó si los individuos realizaban esfuerzos

deliberados por evadir pensamientos o sentimientos relacionados con el evento traumático (eludir conversaciones, actividades, situaciones, personas, o amnesia parcial o total, etc.).

Tabla 1  
*Factores del Checklist*

Reactivos	Factor 1 <i>Activación</i>	Factor 2 <i>Intrusión</i>	Factor 3 <i>Evitación</i>
¿Sentirse irritado o tener explosiones de rabia?	.826		
¿Sentir como si no tuviera expectativas para el futuro?	.814		
¿Tener dificultades para concentrarse?	.770		
¿Dificultades para dormir o permanecer dormido?	.728		
¿Sentirse emocionalmente adormecido (insensible) o incapaz de sentir cariño por personas cercanas a usted?	.703		
¿Estar muy alerta, vigilante o a la defensiva?	.684		
¿Sentirse nervioso o fácilmente sobresaltado?	.673		
¿Sentirse muy alterado cuando algo le recordaba esa experiencia estresante?		.812	
¿Sueños repetitivos, perturbadores de esa experiencia?		.811	
¿De pronto actuar o sentir como si esa experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si usted la estuviera reviviendo)?		.726	
¿Tener reacciones físicas (por ejemplo, latidos fuertes del corazón, dificultad para respirar, sudoración, etc.) cuando algo le recordaba esa experiencia estresante?		.666	
¿Recuerdos, pensamientos o imágenes repetitivas perturbadoras de una experiencia periodística estresante?		.663	
¿Evitar actividades o situaciones que le recordaban esa experiencia estresante?			.914
¿Evitar pensar o hablar sobre esa experiencia periodística estresante o evitar sentir algo en relación a ella?			.840
¿Dificultades para recordar partes importantes de esa experiencia?			.564
¿Sentirse distante o apartado de la gente?			.513
¿Pérdida de interés en actividades que solía disfrutar?			.432
Valor Eigen	5.02	3.42	2.67
Porcentaje de varianza explicada	29.57	20.13	15.70

El coeficiente de confiabilidad del instrumento (Alfa de Cronbach) fue de .92, y la varianza total explicada de 65.40%. Como se puede observar en la Tabla 2, la confiabilidad del primer factor (activación) fue de .89, del segundo .85 (intrusión) y del tercero .78 (evitación).

Tabla 2  
*Números de reactivos y confiabilidad por factor del Checklist*

Factor	Número de reactivos	Alfa de Cronbach
1. Activación	7	.89
2. Intrusión	5	.85
3. Evitación	5	.78

***Trauma and Attachment Belief Scale, TABS (Escala de Creencias, Trauma y Apego, ECTA)***

**Participantes**

La muestra que participó en el proceso de validación del *TABS* estuvo constituida por 627 profesionistas de diversas especialidades (abogados, médicos, trabajadores sociales, ingenieros, historiadores, pedagogos, maestros, entre otros), de los cuales 100 (16%) fueron periodistas. Al momento de la aplicación, –salvo 65 reporteros y 12 fotógrafos que radicaban en el interior de la república–, el resto de los participantes ejercía su especialidad en el Distrito Federal.

Los *criterios de inclusión* que se utilizaron fueron los siguientes:

- Que fueran profesionistas en activo no importando el área en la que se desempeñaran.
- Edad abierta.
- Sexo indistinto.

El único *criterio de exclusión* fue:

- Profesionistas que no ejercieran su especialidad o profesionistas retirados.

## **Procedimiento**

El proceso de traducción y adaptación del *TABS* fue exactamente el mismo que se implementó para el *PTSD Checklist*. En este caso también se decidió incorporar palabras de uso común, así como giros verbales propios de la cultura mexicana, sin que con ello se perdiera el significado original de las oraciones. El instrumento fue traducido como “Escala de Creencias, Trauma y Apego (ECTA)”.

Debido a su elevado número de reactivos, el proceso de aplicación de la ECTA se tuvo que realizar por dos vías diferentes: *internet* y mediante el uso tradicional (papel y lápiz). A un grupo de 100 periodistas de distintos estados del país se le aplicó la ECTA por medio de la misma página electrónica utilizada para la validación del *PTSD Checklist*. El resto de los profesionistas (médicos, ingenieros, trabajadores sociales, etc.) respondieron el instrumento bajo el método tradicional cara a cara (utilizando papel y lápiz). Para esto último, un grupo de estudiantes de psicología de una universidad privada del Distrito Federal instrumentó el levantamiento de datos, previa capacitación por parte del investigador. Al igual que en el caso de la Lista de Chequeo, cada uno de los profesionistas que participaron en el levantamiento otorgó su consentimiento informado al momento de responder la Escala de Creencias Trauma y Apego (ECTA).

## **Resultados**

Para obtener la validez de constructo de la *ECTA* y la confiabilidad global y por factores se realizaron los siguientes análisis estadísticos: identificación de frecuencias para cada pregunta, y análisis de discriminación de reactivos por el método de grupos contrastados (*t* de Student para muestras independientes). Los 84 reactivos que constituyen el instrumento original discriminaron entre el grupo alto y bajo, de manera que se incorporaron al análisis factorial. El coeficiente KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) fue de .926.

Posteriormente, para obtener la validez de constructo del instrumento se realizó un análisis factorial con rotación ortogonal varimax. Se obtuvieron cinco factores que fueron denominados de la siguiente forma:

1. Cogniciones negativas sobre sí mismo (*CogNegS*).
2. Cogniciones positivas sobre sí mismo (*CogPosS*).
3. Dificultades para relacionarse con los demás (*DifRD*).
4. Desconfianza hacia la gente (*DesGen*).
5. Cogniciones sobre inseguridad (*CogIns*).

En las Tablas 3, 4, 5, 6 y 7 se puede observar cómo quedaron constituidos cada uno de los factores, así como el valor Eigen, el porcentaje de varianza explicada, y el coeficiente de confiabilidad (Alfa de Cronbach) de cada uno de ellos. También se incluyeron en esos esquemas las cargas factoriales de los reactivos, ordenados de mayor a menor valor. El coeficiente de confiabilidad total del instrumento (Alfa de Cronbach) fue de .92, y la varianza total explicada de 33.93%. A continuación se presentan las características de cada uno de los factores obtenidos.

### **Factor 1. Cogniciones negativas sobre sí mismo (*CogNegS*).**

Este factor describe e identifica creencias y percepciones negativas de sí mismo, las cuales en su conjunto se manifiestan por medio de pensamientos, actitudes y comportamientos que reflejan *inseguridad, desconfianza, baja autoestima, intimidación y descontrol*.

El impacto del trauma –como se señaló en el Capítulo 2–, se puede manifestar modificando los esquemas cognoscitivos de las personas. Pearlman (2003) apunta que estos cambios alteran, en efecto, las percepciones de seguridad, confianza, estima, intimidación y control del sujeto, a grado tal que el “mundo interior” ya no vuelve a ser el mismo.

Según la autora, el resquebrajamiento de la “*seguridad*” surge de violaciones o amenazas de violación al propio cuerpo, casa, propiedades o seres queridos. Esta sensación también puede originarse debido a la vivencia de “experiencias de muerte”, o por exposición a “imágenes violentas” o situaciones de “extremo terror” que ponen en peligro la integridad del individuo. La “creencia” que sobresale en estas personas es la de que no

hay lugar seguro que pueda proteger del peligro, de que todos estamos destinados de manera inexorable a ser dañados, o que la inseguridad es un rasgo inevitable de la vida.

Por su parte, la “*desconfianza*” se puede manifestar de diversas maneras: miedo a ser dependiente de alguien, enojo crónico, amargura, o constante desacuerdo con los demás. También es común que los sujetos sean demasiado cautos a grado tal que no puedan construir relaciones de confianza con los otros, ya sean amigos o pareja. Con regularidad sospechan de las motivaciones de los demás, incluyendo las de sus seres más cercanos. Algunos autores consideran que la desorganización en esta área es el sello principal del trauma psicológico (Brothers, 1995; Pearlman, 2003).

Otra de las respuestas que emergen del trauma en el área cognoscitiva es la disminución de la “*autoestima*”. El individuo se siente humillado, degradado, rechazado o devaluado. Esta sensación suele estar acompañada de culpa y enojo, así como también de síntomas depresivos. Las personas con baja autoestima consideran que todo lo malo que les ocurre lo merecen porque “son los responsables” (Pearlman, 2003).

El trauma también irrumpe como cognición negativa en el ámbito de la “*intimidad*”. Con frecuencia, las personas afectadas se alejan de los demás y evitan conversaciones o experiencias que inviten a una cercanía emocional, por lo que difícilmente permiten ser conocidas. Se aíslan y evaden cualquier cercanía con conocidos o desconocidos, puesto que son incapaces de compartir sus propias emociones; tienen miedo de hacerlo. Viven una existencia casi de reclusión. Para estas personas, las situaciones que requieren de un contacto interpersonal –por mínimo que éste sea– representan un verdadero desafío.

Finalmente, la sensación sobredimensionada de no tener el “*control*” sobre la propia vida es también una respuesta cognitiva, y surge de experiencias en las que fue imposible “hacer algo” mientras se vivía de manera directa el trauma, o cuando no se pudo ayudar a quien lo estaba viviendo. Esta sensación de falta de control al momento de la experiencia traumática suele repetirse aún en situaciones en donde no existe amenaza alguna. La percepción de descontrol también se manifiesta por medio de actitudes agresivas, las cuales en realidad pueden ser mecanismos defensivos que intentan proteger ilusoriamente de la

propia vulnerabilidad, aflicción o dolor emocional que se experimenta. El descontrol, por tanto, incluye acciones, sentimientos y conductas.

Los reactivos que constituyen el factor de *Cogniciones negativas sobre sí mismo* pueden observarse en la Tabla 3.

Tabla 3

*Factor 1: “Cogniciones negativas sobre sí mismo”*

Reactivos	Cargas Factoriales
82. Me siento fuera de lugar en todos lados (S-Intimidad)	.651
76. Respeto muy poco a la gente que conozco mejor (O-Estima)	.616
73. En el fondo soy una mala persona (S-Estima)	.613
71. Creo que alguien va a lastimarme (S-Seguridad)	.603
83. Si la gente realmente me conociera, les desagradaría (S-Estima)	.601
75. Cuando estoy solo(a), es como si nadie estuviera ahí, ni siquiera yo (S-Intimidad)	.566
78. Hago un mal trabajo, a menos que yo sea el líder (O-Control)	.540
54. Me siento amenazado(a) por otros (S-Seguridad)	.530
60. Tengo miedo de lo que podría hacerme a mí mismo (S-Seguridad)	.529
72. Hago cosas que ponen a los demás en peligro (O-Seguridad)	.517
46. Me siento indefenso(a) entre los adultos (O-Control)	.507
74. Realmente nadie me conoce (O-Intimidad)	.486
63. Cuando las personas que quiero no están conmigo, creo que están en peligro (O-Seguridad)	.480
81. Temo hacerme daño (S-Seguridad)	.458
36. Siento celos de la gente que siempre se controla (S-Control)	.448
69. Me siento mal cuando necesito ayuda (S-Control)	.443
59. Con frecuencia siento que las personas tratan de controlarme (O-Control)	.441
55. Cuando estoy con otras personas, me siento solo(a) (O-Intimidad)	.440
64. Me ocurren cosas malas por ser una mala persona (S-Estima)	.431
37. La gente importante de mi vida está en peligro (O-Seguridad)	.422
56. Tengo problemas para controlarme (S-Control)	.419
19. Desconfío de mis instintos (S-Confianza)	.418
66. Para sentirme bien, necesito estar a cargo (O-Control)	.413
23. Me siento vacío(a) cuando estoy solo(a) (S-Intimidad)	.402
Valor Eigen	9.569
Porcentaje de varianza explicada	11.39
Alfa de Cronbach	.910

## Factor 2. Cogniciones positivas sobre sí mismo (*CogPosS*)

Este factor es justamente la cara opuesta del primero, y están incluidos en él los reactivos que aluden a pensamientos y creencias de carácter *positivo* que se tienen sobre sí mismo, los cuales –de alguna u otra manera–, fortalecen la estructura *yoica* del individuo. Estos pensamientos y creencias positivos se manifiestan también en las áreas de *seguridad*, *confianza*, *autoestima*, *intimidad* y *control*. Los reactivos del factor dos reflejan el polo contrario del primero (Tabla 4).

Tabla 4  
Factor 2: “Cogniciones positivas sobre sí mismo”

Reactivos	Cargas Factoriales
51. Soy una buena persona (S-Estima)	.798
49. Tengo buen juicio (S-Confianza)	.797
58. Puedo tomar buenas decisiones (S-Confianza)	.790
44. Me gusta la gente (O-Estima)	.722
42. Merezco que me ocurran cosas buenas (S-Estima)	.704
21. Me siento bien conmigo mismo(a) casi todos los días (S-Estima)	.670
7. Puedo confiar en mi propio juicio (S-Confianza)	.668
70. Mis amigos están ahí cuando los necesito (O-Confianza)	.647
20. Me siento cercano(a) a muchas personas (O-Intimidad)	.632
47. Aunque pensara en lastimarme, no lo haré (S-Seguridad)	.563
9. Cuando lastiman mis sentimientos, yo mismo(a) puedo hacerme sentir mejor (S-Intimidad)	.554
29. Puedo controlar el dañar a otros (O-Seguridad)	.541
84. Espero con ansia pasar el tiempo solo (S-Intimidad)	-.514
12. Si la necesito, la gente me ayudará (O-Confianza)	.469
27. Nunca me lastimaría yo mismo(a) (S-Seguridad)	.443
14. Algunos de mis momentos más felices los paso con otras personas (O-Intimidad)	.428
62. Yo soy mi mejor amigo(a) (O-Confianza)	.411
Valor Eigen	8.208
Porcentaje de varianza explicada	9.77
Alfa de Cronbach	.723

### **Factor 3. Dificultades para relacionarse con los demás (*DifRD*)**

Por su parte, el factor tres describe sensaciones de inseguridad y descontrol al establecer relaciones interpersonales, las cuales pudieran ser resultado de una vivencia traumática. Las personas con puntajes altos en ésta área cognoscitiva se perciben temerosas, indecisas y desconfiadas a grado tal que deciden tomar distancia, apartándose de los demás (Tabla 5).

Tabla 5  
*Factor 3: “Dificultad para relacionarse con los demás”*

Reactivos	Cargas Factoriales
5. Se me dificulta ser yo mismo(a) si hay gente a mi alrededor (S-Control)	.585
15. Siento como si perdiera el control (S-Control)	.531
4. Aún cuando estoy con mis amigos y familia, no me siento integrado (O-Intimidad)	.502
34. Me cuesta mucho trabajo tomar decisiones (S-Confianza)	.481
35. Me siento alejado(a) de la gente (O-Intimidad)	.460
11. Siento como si la gente me estuviera lastimando todo el tiempo (S-Seguridad)	.441
Valor Eigen	4.291
Porcentaje de varianza explicada	5.10
Alfa de Cronbach	.831

### **Factor 4. Desconfianza hacia la gente (*DesGen*)**

En el cuarto factor se agrupan los reactivos que describen recelo y suspicacia hacia la mayoría de las personas, o hacia situaciones que en otras circunstancias no ameritarían un juicio severo. En este factor se manifiestan pensamientos y creencias relacionados con desconfianza, pesimismo, incredulidad, prejuicios y descontrol (Tabla 6).

Tabla 6  
*Factor 4: “Desconfianza hacia la gente”*

Reactivos	Cargas Factoriales
26. Confiar en las personas es de tontos (O-Confianza)	.613
61. Las personas que confían en los demás son estúpidas (O-Confianza)	.516
39. La gente es mala (O-Estima)	.470
25. Desearía carecer de sentimientos (S-Control)	.429
28. Con frecuencia pienso lo peor de los demás (O-Estima)	.421
Valor Eigen	3.366
Porcentaje de varianza explicada	4.00
Alfa de Cronbach	.824

#### **Factor 5. Cogniciones sobre inseguridad (*CogIns*)**

Por último, el quinto factor describe básicamente las percepciones y creencias que tiene la persona sobre la peligrosidad del mundo, y refleja sensaciones de vulnerabilidad y desprotección en las que se encuentra o percibe. De manera implícita, en este factor se encuentra presente una sensación de daño latente e inexorable (Tabla 7).

Tabla 7  
*Factor 5: “Cogniciones sobre inseguridad”*

Reactivos	Cargas Factoriales
32. El mundo es peligroso (S-Seguridad)	.606
43. Me preocupa lo que los demás me puedan hacer (S-Seguridad)	.467
52. La gente difícilmente cumple sus promesas (O-Confianza)	.431
6. Pienso que nadie está a salvo del peligro (O-Seguridad)	.428
31. Desconfío de lo que la gente me dice (O-Confianza)	.416
Valor Eigen	3.070
Porcentaje de varianza explicada	3.65
Alfa de Cronbach	.689

En suma, los cinco factores arriba expuestos configuran en su conjunto una multiplicidad de pensamientos y creencias, todos ellos sensibles a los efectos de experiencias traumáticas. Como se ha podido observar, las manifestaciones más claras en este espectro se presentan en áreas relativas a la “seguridad”, “confianza”, “estima”, “intimidad” y “control” del individuo (Ver Capítulo 2).

## **Conclusiones**

De los análisis realizados se concluye que tanto la Lista de Chequeo para TEPT como la Escala de Creencias, Trauma y Apego (ECTA) para población mexicana presentan propiedades psicométricas aceptables. No obstante, la versión final de este último instrumento quedó reducido a 57 reactivos (27 menos que el original), y cinco factores (5 menos que la versión norteamericana). Por su parte, la Lista de Chequeo se mantuvo inalterable, tanto en número de reactivos como de factores. Ambos instrumentos en su versión final para población mexicana se muestran en el Anexo A.

Ahora bien, una vez finalizado el proceso de estandarización de instrumentos de la etapa uno, se procedió a la implementación de la etapa dos, con el fin de dar respuesta a tres preguntas de investigación del presente estudio. A continuación se muestran los objetivos, procedimiento y resultados de la segunda etapa cuantitativa de la primera fase.

## Etapa 2: Aplicación de instrumentos a periodistas

### Objetivo general

- Evaluar las *prevalencias* de *síntomas* de Estrés Postraumático (EPT), ansiedad, depresión, consumo de alcohol y dependencia al cigarro en una muestra de periodistas mexicanos de distintos medios y fuentes.

### Objetivos específicos

- Identificar si existen *diferencias significativas* entre los periodistas que cubren temas de narcotráfico y los de otras fuentes, en cuanto a la presencia de dichos síntomas.
- Identificar si existen *correlaciones* entre este conjunto de síntomas (incluidos los esquemas cognoscitivos), de acuerdo a ciertas características sociodemográficas y laborales.

### Muestreo

- No probabilístico e intencional por invitación. Este tipo de muestreo se caracteriza por una intención deliberada de obtener muestras mediante la inclusión de grupos “típicos” o con características muy definidas. En este sentido, el investigador invita directa e intencionalmente a ciertos individuos de una población específica para que participen en el estudio proporcionando información sobre el tema abordado (Polit, 2002; Silva, 1993).

### Participantes

Los *criterios de inclusión* que se utilizaron en esta segunda etapa fueron los siguientes:

- Que fueran reporteros y/o fotógrafos.
- Edad abierta.
- Sexo indistinto.
- Cualquier fuente.
- Cualquier medio.

Dos fueron los *criterios de exclusión*:

- Que tuvieran únicamente un cargo administrativo, desvinculado del trabajo periodístico de campo (por ejemplo jefe de producción, comercialización, publicidad, etc.).
- Que fueran únicamente editores, columnistas o articulistas.

En el levantamiento de datos participaron 140 periodistas mexicanos de 23 de los 32 estados que conforman el territorio nacional (Figura 3). El 34.3% desempeñaba su trabajo en la región norte-noreste, 10.7% en el bajío, 43.5% en el centro del país y 11.5% en el sureste<sup>1</sup> (Tabla 8).

En cuanto al género, 53.4% son hombres y 46.6% mujeres. El 19.8% del total se ubicaba entre los 20 y 29 años, 61.2% entre 30 y 44 años, y 19% entre 45 y 59 años. La media de edad fue de 36 años, con una desviación estándar de 7.5, y una edad mínima de 21 y una máxima de 54 años.

---

<sup>1</sup> La zona Norte-Noreste incluyó los estados de Chihuahua, Coahuila, Durango, Nuevo León, Tamaulipas, Baja California y Sinaloa. La zona del Bajío incluyó a Aguascalientes, Querétaro, Guanajuato, Jalisco y Michoacán. El Centro de México al Distrito Federal, Estado de México, Morelos y Puebla. Y finalmente la zona Sur-Sureste incluyó a los estados de Chiapas, Campeche, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán.

Tabla 8

*Datos socio-demográficos y laborales de la muestra*

Variables socio-demográficas y laborales	<i>n</i>	%
<b>Sexo:</b>		
Hombres	75	53.4
Mujeres	65	46.6
<b>Edad:</b>		
20-29 años	28	19.8
30-44 años	86	61.2
45-59 años	26	19
<b>Estado civil:</b>		
Soltero(a)	42	30
Casado(a)	63	45
Divorciado(a)	22	15.7
Viudo(a)	13	9.3
<b>Actividad:</b>		
Reportero	108	77.1
Fotógrafo	32	22.9
<b>Fuente:</b>		
Narcotráfico	89	63.5
Otras	51	36.5
<b>Medio:</b>		
Impresos	76	54.2
Electrónicos	23	16.4
Ambos	41	29.4
<b>Zona geográfica:</b>		
Norte-noreste	48	34.3
Bajío	15	10.7
Centro de México	61	43.5
Sur-sureste	16	11.5
<b>¿Ha sido amenazado?</b>		
Sí	98	70
No	42	30
<b>¿Ha cubierto eventos estresantes?</b>		
Sí	133	95
No	7	5

De los periodistas participantes, 77.1% fueron reporteros y 22.9% fotógrafos. 54.2% trabajaba para medios impresos (periódicos y/o revistas), 16.4% para medios electrónicos (televisión, radio y/o internet) y 29.4% combinaba ambos (escritos y electrónicos).

El 63.5% de los periodistas cubría sistemáticamente noticias relacionados con el narcotráfico (Seguridad y justicia, Fuerzas armadas, nota roja, policíaca, derechos humanos, etc.) y el resto (36.5%) otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, deportes, ciencia y cultura, etc.). De entre los periodistas que cubrían temas relacionados con el narco, 55.4% eran hombres y 44.6% mujeres.

**Figura 3.** Los estados sombreados estuvieron incluidos en el levantamiento de datos



## Instrumentos

Los instrumentos aplicados fueron los siguientes:

- Lista de Chequeo para estrés postraumático (Weathers, et al., 1993).
- Escala de Creencias, Trauma y Apego (ECTA) (Pearlman, 2003).
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; Robles, Varela, Jurado, & Páez, 2001).
- Inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, et al., 1998).
- Audit (Villamil, Valencia, Medina-Mora, & Juárez, 2009).
- Prueba de dependencia a la nicotina (Becona & Vázquez, 1998; Fagerström, 1978).
- Cuestionario sociodemográfico y laboral.

La Lista de Chequeo (*Checklist*) (Weathers, et al., 1993) es un instrumento de auto reporte que evalúa síntomas de estrés postraumático (EPT) en población mexicana. Existen dos versiones, una para su aplicación en civiles y otra en militares. En esta investigación se utilizó la primera.

El instrumento agrupa 17 reactivos, los cuales corresponden al conjunto de síntomas identificados en el DSM-IV-R para los criterios B, C y D: reexperimentación intrusiva, evitación y activación, respectivamente. A los profesionistas se les instruyó para que indicaran cuánta molestia les había causado cada uno de los síntomas durante el último mes, usando una escala Likert de uno a cinco puntos, que va de “Ninguna” a “Demasiada”. La versión original norteamericana reporta una confiabilidad total de .96 (alfa de Cronbach), y la versión mexicana de .92.

Por su parte, la Escala de Creencias, Trauma y Apego (ECTA) (Pearlman, 2003) es un instrumento de auto reporte que evalúa esquemas cognoscitivos (“pensamientos” y “creencias” sobre uno mismo y sobre los demás), y la versión mexicana está constituido por 57 reactivos. Particularmente, la ECTA evalúa creencias relacionadas con cinco áreas que son sensibles a los efectos de experiencias traumáticas: “seguridad”, “confianza”, “estima”, “intimidad” y “control”.

El instrumento utiliza una escala Likert de 1 a 6 puntos (1=Completamente en desacuerdo, 6=Completamente de acuerdo). La Escala de Creencias, Trauma y Apego fue diseñada para su aplicación en personas de 17 años en adelante. La versión original norteamericana reporta un alfa de Cronbach total de .96 y una confiabilidad test-retest de .75 (Pearlman, 2003). Por su parte, la versión estandarizada para población mexicana presenta un alfa de .92.

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es un instrumento de auto reporte que evalúa presencia de sintomatología ansiosa. Esta escala fue desarrollada por Beck en 1988 y está constituida por 21 reactivos, los cuales se califican en una escala Likert de cuatro puntos (0 significa “poco o nada” y 3 “severamente”). La versión mexicana del BAI (Robles, et al., 2001) presenta una aceptable consistencia interna (alfa de Cronbach de .84), una alta confiabilidad Test Retest ( $r = .75$ ), y una validez convergente adecuada (los índices de correlación entre el BAI y el IDARE fueron moderados, positivos y con una  $p < .05$ ). Su estructura es de cuatro factores principales, la cual coincide con la referida por otros autores en su versión original (Osman, Beverly, Kopper, Barrios, Joylene, et al., 1997).

Por su parte, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) es una escala que mide presencia y severidad de síntomas depresivos, y está constituida por 21 reactivos en forma de oraciones. El instrumento identifica sentimientos de fracaso, culpa y castigo, insatisfacción, odio a sí mismo, impulsos suicidas, períodos de llanto, problemas de sueño, cansancio, pérdida de apetito y libido, indecisión, aislamiento, irritabilidad, imagen corporal, entre otras respuestas depresivas. La versión mexicana del BDI (Jurado, et al., 1998) presenta una aceptable consistencia interna (alfa de Cronbach = .87,  $p < .000$ ). El análisis factorial de la versión mexicana, igual que la original, se compone de tres factores, y su validez concurrente es aceptable (la correlación estadística entre el BDI y la escala de Zung fue:  $r = 0.70$ ,  $p < .000$ ).

El AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) es un instrumento de tamizaje, estructurado y autoaplicable, diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual está formado por 10 preguntas. Las tres primeras se relacionan con la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, las tres siguientes evalúan la dependencia, y

las cuatro últimas se refieren a problemas causados por el alcohol. Cada pregunta está constituida de tres a cinco opciones de respuesta, a las que se les asignan valores progresivos de cero a cuatro. El AUDIT presenta un alfa de Cronbach de 0.81 (Villamil, et al., 2009) y posee un buen índice de correlación con el MAST (Michigan Alcohol Screening Test) ( $r = 0.88$ ) (APA, 2001).

Por último, la prueba de Fagerström (1978) detecta los grados de dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos y está constituida por seis reactivos; cuatro de ellos son de respuesta dicotómica (sí/no), y los otros dos se responden según una escala Likert de cuatro puntos (0 a 3 puntos). La interpretación fluctúa de “No dependencia” a “Dependencia muy fuerte”. El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido en diferentes muestras oscila de 0.56 a 0.64 (Becona & Vázquez, 1998).

Por último, se aplicó un cuestionario sociodemográfico y laboral del que se obtuvo información elemental del periodista como sexo, edad, estado civil, fuente que cubre, amenazas recibidas, entre otros datos.

### **Procedimiento**

La aplicación de los instrumentos se realizó por medio de internet, bajo el mismo procedimiento utilizado en la validación de la etapa 1. Básicamente, se decidió utilizar este mecanismo de acopio de datos por dos razones fundamentales: por un lado, debido a la dificultad que representaba aplicar los instrumentos de manera personal (cara a cara), dada la ubicación del investigador (Distrito Federal) con respecto a algunos periodistas participantes (interior de la República). Y en segundo lugar, por la facilidad que brinda este mecanismo para poder responder los instrumentos en el momento en que los periodistas así lo decidieran, sin sujetarse a una cita u horario predeterminado de aplicación.

Mediante correos electrónicos, llamadas telefónicas, o de manera personal se invitó a 938 periodistas de todo el país para que participaran en la investigación. De ellos, 161 (15%) contestaron los instrumentos, pero al revisar sus respuestas, se encontró que 21

cuestionarios estaban incompletos, por lo que se decidió eliminarlos de la muestra quedando solamente 140 participantes (13%) para el análisis final.

Al participar en la investigación, todos los periodistas otorgaron su consentimiento informado y manifestaron su aprobación del estudio. A los participantes se les notificó sobre los objetivos, procedimientos y posibles beneficios de la investigación. También se les comunicó que su participación en el levantamiento de datos era completamente voluntaria, y que si decidían retirarse en algún momento, estaban en su completo derecho de hacerlo. A todos y cada uno de los periodistas se les garantizó que la información derivada del estudio iba a ser resguardada con absoluta confidencialidad.

Una vez que otorgaron su consentimiento, se les proporcionó una contraseña con el fin de que accedieran a los cuestionarios. Al ingresar a la sección donde se ubicaban los instrumentos, cada periodista tuvo la oportunidad de responderlos a cualquier hora y desde cualquier lugar del país.

Finalmente, –y como una forma de retribución por haber participado en el estudio–, a los periodistas se les ofreció la interpretación de sus resultados, indicándoles, sin embargo, que dicha elucidación no representaba ningún diagnóstico, sino una primera aproximación a su estado en el momento en que fueron respondidos los instrumentos. Cuando los puntajes obtenidos fueron significativamente elevados, se les sugirió que acudieran con un especialista para que realizara una valoración multimodal más profunda. En la página *web* se anexó una lista de lugares que proporcionaban algún tipo de atención psicológica.

Una vez finalizado el proceso de recolección de datos, se procedió a transferirlos al programa estadístico SPSS versión 19 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para su análisis final.

## **Análisis estadístico**

Los datos obtenidos se analizaron con el programa SPSS 19, y para cada una de las variables se emplearon diferentes estrategias estadísticas. Se examinaron frecuencias y porcentajes de los resultados, medias aritméticas, desviación estándar, pruebas *t de Student* y análisis de correlación de Pearson. Las prevalencias se obtuvieron a partir de los “puntos de corte” específicos para cada uno de los instrumentos de medición.

Para el análisis estadístico de los datos se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1. Se identificaron las prevalencias de síntomas (EPT, ansiedad, depresión, consumo de alcohol y cigarro) en la muestra total de periodistas mediante el establecimiento de “puntos de corte” específicos para cada variable.
2. Se identificaron las prevalencias de síntomas (EPT, ansiedad, depresión, consumo de alcohol y cigarro) desagregadas por tipo de fuente, particularmente en periodistas que cubrían de manera sistemática noticias de narcotráfico.
3. Mediante la aplicación de pruebas *t de Student*, se identificaron si existían diferencias estadísticamente significativas por sexo, actividad (reportero/fotógrafo) y fuente (narcotráfico/otras), en cuanto a la presencia de los diferentes síntomas.
4. Se determinaron las correlaciones entre síntomas (EPT, activación, intrusión, evitación, ansiedad, depresión, consumo de alcohol, cigarro, cogniciones negativas, cogniciones positivas, dificultad para relacionarse, desconfianza hacia la gente y cogniciones sobre inseguridad) en la muestra total de periodistas, mediante el análisis de correlación de Pearson.
5. Se determinaron las correlaciones de síntomas entre periodistas que cubren sistemáticamente noticias de narcotráfico.
6. Se determinaron las correlaciones de síntomas entre fotógrafos.
7. Se determinaron las correlaciones de síntomas entre periodistas que nunca habían cubierto eventos traumáticos.

## **Resultados**

### **Prevalencia de síntomas de Estrés Postraumático (EPT) en periodistas mexicanos**

Utilizando un punto de corte de 44, la prevalencia de síntomas de EPT en la muestra total fue de 33.9%. Cabe señalar que en la gran mayoría de los estudios se ha utilizado este punto de corte para identificar síntomas de EPT (Terhakopian, Sinaii, Engel, Schnurr, & Hoge, 2008); sin embargo en otras investigaciones el punto de tamizaje ha sido menor (30) o mayor (50) al que se estableció para este estudio (Andrykowsky, Cordova, Studts, & Miller, 1998; Elhai, Contractor, Palmieri, Forbes, & Richardson, 2011; Lang & Stein, 2005; Weathers et al., 1993).

En cuanto a la prevalencia desagregada por fuente, se encontró que 19.4% de los periodistas que abordaban temas ajenos al ámbito del narcotráfico presentaba síntomas de EPT. Por su parte, la prevalencia en periodistas (reporteros y fotógrafos) que cubrían sistemáticamente noticias de narcotráfico y crimen organizado fue significativamente mayor con 41.1%. Sin embargo, los fotógrafos fueron los que presentaron los indicadores más altos: 54.2%.

También se calcularon por separado las medias tanto de los puntajes totales de EPT como de los tres factores que lo constituyen (activación, intrusión y evitación). De esta forma, se obtuvieron medias por género (mujeres/hombres), actividad profesional (reporteros/fotógrafos), tipo de fuente [Periodistas de Narcotráfico (PdN)/Periodistas de Otras Fuentes (PoF)], y amenazas recibidas [Periodistas Amenazados (PA)/Periodistas no Amenazados (PnA)]. En la Tabla 9 se muestran los resultados obtenidos.

Tabla 9  
*Medias de puntajes del PTSD Checklist por grupo (total y por síntomas)*

	Media total	Síntomas		
	EPT	Activación	Intrusión	Evitación
<b>Muestra Total</b>	<b>38.78</b>	<b>18.80</b>	<b>9.82</b>	<b>10.17</b>
Mujeres	37.47	18.22	9.59	9.67
Hombres	<b>38.78</b>	18.71	9.81	<b>10.26</b>
PdN	<b>41.36</b>	<b>19.97</b>	<b>10.55</b>	<b>10.84</b>
PoF	31.69	15.44	8.00	8.25
Reporteros	36.15	17.46	9.18	9.52
Fotógrafos	<b>45.29</b>	<b>22.08</b>	<b>11.58</b>	<b>11.63</b>
PA	38.07	18.52	9.72	9.83
PnA	38.38	18.38	9.68	<b>10.32</b>

**PdN**= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

**PoF**= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

**PA**= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

**PnA**= Periodistas no amenazados.

Como se puede observar en la Tabla 9, en lo que se refiere a puntajes totales de EPT, dos de los grupos se ubican por arriba de la media de la muestra que es de 38.78, y el otro (los hombres) presenta la misma cifra. El más alto fue el grupo de fotógrafos (45.29), seguido por los reporteros que cubren noticias de narcotráfico (41.36).

En cuanto a la presencia de síntomas de activación, la media de la muestra fue de 18.80, y sólo dos grupos reportaron cifras más altas: los fotógrafos (22.08) y los periodistas de narcotráfico (19.97). En el caso de la presencia de síntomas intrusivos también fueron dos los grupos ubicados encima de la media de la muestra (9.82): los fotógrafos (11.58) y los periodistas de narcotráfico (10.55).

En cuanto a la presencia de síntomas de evitación, cuatro grupos fueron los que quedaron por arriba de la media de la muestra (10.17): fotógrafos (11.63), periodistas de narcotráfico (10.84), los periodistas hombres (ya fueran reporteros o fotógrafos) (10.26), y los periodistas no amenazados (10.32). Como se puede observar, los fotógrafos y los periodistas que cubren noticias de narcotráfico se ubicaron en todos los casos por encima de las medias totales.

Por otra parte, los periodistas hombres y los amenazados reportaron una media más alta únicamente en una variable (evitación). Sin embargo, los que cubren fuentes ajenas al

tema de narcotráfico y las mujeres no reportaron ninguna variable por encima de la media de la muestra total.

Asimismo, se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes, con la finalidad de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al género (hombre/mujer), fuente [Periodistas de Narcotráfico (PdN)/Periodistas de Otras Fuentes (PoF)], actividad profesional (reporteros/fotógrafos), y amenazas recibidas [Periodistas Amenazados (PA)/Periodistas no Amenazados (PnA)], en cuanto a la presencia de EPT (puntajes totales). En la Tabla 10 se presentan los resultados de dichas pruebas.

En cuanto a la presencia de EPT no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ( $p = 0.61$ ), ni tampoco entre los grupos de periodistas amenazados y no amenazados ( $p = 0.91$ ). Sin embargo sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas por “tipo de fuente” y “actividad profesional”, siendo los periodistas que cubren temas de narcotráfico quienes reportan una media más alta en comparación con los de “otras fuentes” ( $p = 0.00$ ). Por su parte, los fotógrafos también reportan una media significativamente más alta que los reporteros ( $p = 0.00$ ), (Tabla 10).

Tabla 10

*Diferencias por género, fuente, actividad profesional y amenazas en cuanto a la presencia de síntomas de Estrés Postraumático*

<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Mujeres		Hombres			
37.47	13.66	38.78	13.52	.500	0.61
PdN		PoF			
41.36	12.81	31.69	12.80	3.70	0.00
Reporteros		Fotógrafos			
36.15	13.19	45.29	12.53	-3.02	0.00
PA		PnA			
38.07	12.63	38.38	15.56	0.11	0.91

**M**= Media aritmética.

**DE**= Desviación estándar.

**PdN**= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

**PoF**= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

**PA**= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

**PnA**= Periodistas no amenazados.

Por otra parte, en la Tabla 11 se muestran los resultados obtenidos al realizar pruebas *t* de Student por cada grupo de síntomas, considerando género, tipo de fuente, actividad profesional y amenazas.

Como se puede observar, al considerar el género no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los tres grupos de síntomas (activación  $p = 0.73$ ) (intrusión  $p = 0.76$ ) (evitación  $p = 0.50$ ). Tampoco se identificaron diferencias significativas cuando se compararon a los periodistas amenazados con los no amenazados (activación  $p=0.63$ ) (intrusión  $p = 0.21$ ) (evitación  $p = 0.50$ ). Sin embargo, en cuanto al tipo de fuente, se encontraron diferencias en todos los síntomas: activación ( $p = 0.00$ ), intrusión ( $p = 0.00$ ) y evitación ( $p = 0.01$ ), siendo los periodistas de narcotráfico quienes reportaron medias más altas en comparación con los de otras fuentes. Lo mismo ocurrió cuando se comparó a los reporteros con los fotógrafos; estos últimos presentaron medias significativamente más altas que los primeros en todos los síntomas: activación ( $p = 0.01$ ), intrusión ( $p = 0.01$ ) y evitación ( $p = 0.04$ ).

Tabla 11

*Diferencias por género, fuente, actividad profesional y amenazas, en cuanto a la presencia de síntomas de Estrés Postraumático (activación, intrusión y evitación)*

M	Grupo	M	DE	M	DE	t	p	
Total		Grupo 1		Grupo 2				
Activación								
18.80	1. Mujeres	18.22	7.88	18.71	7.43	.335	0.73	
	2. Hombres							
	1. PdN	19.97	6.94	15.44	8.10	3.02	0.00	
	2. PoF							
	1. Reporteros	17.46	7.14	22.08	8.27	-2.70	0.01	
	2. Fotógrafos							
9.82	1. PA	18.52	6.75	18.38	9.36	-.077	0.93	
	2. PnA							
	Intrusión							
	9.82	1. Mujeres	9.59	3.86	9.81	3.99	0.85	0.76
		2. Hombres						
		1. PdN	10.55	4.0	8.0	3.14	3.34	0.00
2. PoF								
1. Reporteros		9.18	3.80	11.58	3.81	-2.73	0.01	
2. Fotógrafos								
10.17	1. PA	9.72	3.98	9.68	3.82	-.054	0.95	
	2. PnA							
	Evitación							
	10.17	1. Mujeres	9.67	4.52	10.26	4.68	0.66	0.50
		2. Hombres						
		1. PdN	10.84	4.64	8.25	4.03	2.84	0.01
2. PoF								
1. Reporteros		9.52	4.59	11.63	4.32	-2.0	0.04	
2. Fotógrafos								
10.17	1. PA	9.83	4.49	10.32	4.87	0.521	0.60	
	2. PnA							

**M**= Media aritmética.

**DE**= Desviación estándar.

**PdN**= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

**PoF**= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

**PA**= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

**PnA**= Periodistas no amenazados.

## Prevalencia de síntomas de ansiedad en periodistas mexicanos

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) identifica presencia y severidad de síntomas (mínimo, leve, moderado y severo). El primero se determina cuando el puntaje total se ubica entre 0 y 5 puntos; el segundo entre 6 y 15; el tercero entre 16 y 30; y el último entre 31 y 63 puntos. Bajo estos parámetros, el 5.2% de los periodistas de la muestra total presentó niveles mínimos de ansiedad; 25.2% leves; 43.5% moderados; y 26.1% severos (Tabla 12). Sin embargo, considerando un punto de corte de 16 para establecer la presencia de sintomatología moderada o severa, la prevalencia de ansiedad en la muestra total fue de 69.6%.

Con respecto a la prevalencia desagregada por fuente, se encontró que 56.1% de los periodistas que abordaban temas ajenos al ámbito del narcotráfico presentó síntomas moderados o severos. No obstante, la prevalencia en periodistas (reporteros y fotógrafos) que cubrían sistemáticamente noticias de narcotráfico y crimen organizado fue significativamente mayor: 77%. Es decir, tres de cada cuatro periodistas mostraron síntomas de ansiedad.

Tabla 12  
*Prevalencia de síntomas de ansiedad en la muestra total*

	Mínimo	Leve	Moderado	Severo	Total
Periodistas de narcotráfico	0.9%	13.9%	27.8%	21.8%	64.4%
Periodistas de otras fuentes	4.3%	11.3%	15.7%	4.3%	35.6%
<b>Muestra total</b>	<b>5.2%</b>	<b>25.2%</b>	<b>43.5%</b>	<b>26.1%</b>	<b>100%</b>

Como se señaló, la prevalencia de síntomas de ansiedad en periodistas (reporteros o fotógrafos) que cubren sistemáticamente notas de narcotráfico es considerablemente más

alta (77%) que la presentada por periodistas de otras fuentes (56.1%). En la Tabla 13 se muestra un cuadro con el porcentaje de cada uno de los niveles (mínimo, leve, moderado y severo), desagregado por fuente. Dichas proporciones se obtuvieron por separado, de manera que cada uno de los grupos forma un cien por ciento.

Tabla 13  
*Prevalencias de síntomas de ansiedad desagregada por fuente*

	Mínimo	Leve	Moderado	Severo	Total
Periodistas de narcotráfico	1.4%	21.6%	43.2%	33.8%	100%
Periodistas de otras fuentes	12.2%	31.7%	43.9%	12.2%	100%

Al igual que en el procedimiento para identificar la prevalencia de EPT, en este caso se calcularon las medias de los puntajes totales de ansiedad. De esta forma, se obtuvieron medias por género (mujeres/hombres), actividad profesional (reporteros/fotógrafos), tipo de fuente [Periodistas de Narcotráfico (PdN)/Periodistas de Otras Fuentes (PoF)], y amenazas recibidas [Periodistas Amenazados (PA)/Periodistas no Amenazados (PnA)]. En la Tabla 14 se muestran los resultados obtenidos.

Tabla 14  
*Medias de puntajes de síntomas de ansiedad*

	M	DE
<b>Muestra Total</b>	<b>23.01</b>	11.91
Mujeres	<b>24.06</b>	11.13
Hombres	21.50	12.51
PdN	<b>25.42</b>	11.35
PoF	18.15	11.45
Reporteros	21.33	11.81
Fotógrafos	<b>27.38</b>	11.23
PA	22.83	11.38
PnA	22.37	13.21

**PdN**= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

**PoF**= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

**PA**= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

**PnA**= Periodistas no amenazados.

Como se puede observar en la Tabla 14, en lo que se refiere a puntajes totales de ansiedad, tres de los grupos se ubican por arriba de la media de la muestra que es de 23.01. El grupo más alto fue el de fotógrafos (27.38), seguido por los periodistas que cubren noticias de narcotráfico (25.42) y finalmente el de las mujeres (24.06).

Asimismo, se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes, con la finalidad de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al género (hombre/mujer), fuente [Periodistas de Narcotráfico (PdN)/Periodistas de Otras Fuentes (PoF)], actividad profesional (reporteros/fotógrafos), y amenazas recibidas [Periodistas Amenazados (PA)/Periodistas no Amenazados (PnA)], en cuanto a la presencia de síntomas de ansiedad (puntajes totales). En la Tabla 15 se presentan los resultados de dichas pruebas.

Tabla 15

*Diferencias por género, fuente, actividad profesional y amenazas, en cuanto a la presencia de síntomas de ansiedad*

M	DE	M	DE	t	p
Mujeres		Hombres			
24.06	11.13	21.50	12-51	-1.16	0.24
PdN		PoF			
25.42	11.35	18.15	11.45	3.27	0.00
Reporteros		Fotógrafos			
21.33	11.81	27.38	11.23	-2.32	0.22
PA		PnA			
22.83	11.38	22.37	13.21	-.188	0.85

M= Media aritmética.

DE= Desviación estándar.

PdN= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

PoF= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

PA= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

PnA= Periodistas no amenazados.

En cuanto a la presencia de síntomas de ansiedad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ( $p = 0.24$ ), ni tampoco entre los grupos de periodistas amenazados y no amenazados ( $p = 0.85$ ), ni entre reporteros y fotógrafos ( $p = 0.22$ ) (Tabla 15). La única diferencia estadísticamente significativa se estableció entre los periodistas que cubren sistemáticamente noticias de narcotráfico y los de “otras fuentes” ( $p = 0.00$ ), siendo los primeros quienes presentan una media más alta (25.42) que los segundos (18.15).

### **Prevalencia de síntomas de depresión en periodistas mexicanos**

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) –al igual que el de ansiedad– identifica presencia y severidad de síntomas (mínimo, leve, moderado y severo). El primero se determina cuando el puntaje se ubica entre 0 y 9 puntos; el segundo entre 10 y 16; el tercero entre 17 y

29; y el último entre 30 y 63 puntos. Bajo estos parámetros, el 42.2% de los periodistas de la muestra total presentó niveles mínimos de depresión; 24.8% leves; 29.4% moderados; y 3.7% severos (Tabla 16).

De esta forma, considerando un punto de corte de 17 para establecer la presencia de sintomatología moderada o severa, la prevalencia total de depresión en esta muestra fue de 33.1%. En cuanto a la prevalencia desagregada por fuente, se encontró que 13.9% de los periodistas que abordaban temas ajenos al ámbito del narcotráfico presentaban síntomas depresivos. Sin embargo, la prevalencia en periodistas (reporteros y fotógrafos) que cubrían sistemáticamente noticias de narcotráfico y crimen organizado fue significativamente mayor: 42.5%. Es decir, dos de cada cinco periodistas de esta fuente estaban deprimidos.

Tabla 16  
*Prevalencia de síntomas de depresión de la muestra total*

	Mínimo	Leve	Moderado	Severo
Periodistas de narcotráfico	22.9%	15.6%	24.8%	3.7%
Periodistas de otras fuentes	19.3%	9.2%	4.6%	0.0%
<b>Muestra total</b>	42.2%	24.8%	29.4%	3.7%

Como se señaló líneas arriba, la prevalencia de síntomas depresivos en periodistas (reporteros y fotógrafos) que cubren sistemáticamente noticias de narcotráfico es considerablemente más alta (42.5%) que la presentada por periodistas de otras fuentes (13.9%). En la Tabla 17 se muestra un cuadro con el porcentaje de cada uno de los niveles (mínimo, leve, moderado y severo), desagregado por fuente. Dichas proporciones se obtuvieron por separado, de manera que cada uno de los grupos forma un cien por ciento.

Tabla 17

*Prevalencias de síntomas de depresión desagregada por fuente*

	Mínimo	Leve	Moderado	Severo
Periodistas de narcotráfico	34.2%	23.3%	37.0%	5.5%
Periodistas de otras fuentes	58.3%	27.8%	13.9%	0.0%

Al igual que en los anteriores procedimientos, se calcularon las medias de los puntajes totales de depresión. De esta forma, se obtuvieron medias por género (mujeres/hombres), actividad profesional (reporteros/fotógrafos), tipo de fuente [Periodistas de Narcotráfico (PdN)/Periodistas de Otras Fuentes (PoF)], y amenazas recibidas [Periodistas Amenazados (PA)/Periodistas no Amenazados (PnA)]. En la Tabla 18 se muestran los resultados obtenidos.

Tabla 18

*Medias de puntajes de síntomas de depresión*

	M	DE
<b>Muestra Total</b>	<b>12.60</b>	8.62
Mujeres	<b>14.43</b>	8.81
Hombres	10.91	8.18
PdN	<b>14.38</b>	8.61
PoF	8.97	7.35
Reporteros	12.52	9.02
Fotógrafos	12.52	7.30
PA	12.32	8.86
PnA	<b>12.97</b>	8.15

**PdN**= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

**PoF**= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

**PA**= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

**PnA**= Periodistas no amenazados.

Como se puede observar en la Tabla 18, en lo que se refiere a los puntajes totales de depresión, sólo dos grupos se ubican por arriba de la media de la muestra que es de 12.60. El grupo más alto fue el de mujeres (14.43), seguido por los periodistas que cubren noticias de narcotráfico (14.38) y los periodistas no amenazados (12.97).

Asimismo, se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes, con la finalidad de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al género (hombre/mujer), fuente [Periodistas de Narcotráfico (PdN)/Periodistas de Otras Fuentes (PoF)], actividad profesional (reporteros/fotógrafos), y amenazas recibidas [Periodistas Amenazados (PA)/Periodistas no Amenazados (PnA)], en cuanto a la presencia de síntomas depresivos (puntajes totales). En la Tabla 19 se presentan los resultados de dichas pruebas.

Tabla 19  
*Diferencias por género, fuente, actividad profesional y amenazas, en cuanto a la presencia de síntomas de depresión*

<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Mujeres</b>		<b>Hombres</b>			
14.43	8.81	10.91	8.18	-2.13	0.03
<b>PdN</b>		<b>PoF</b>			
14.38	8.61	8.97	7.35	3.15	0.00
<b>Reporteros</b>		<b>Fotógrafos</b>			
12.52	9.02	12.52	7.30	.002	0.99
<b>PA</b>		<b>PnA</b>			
12.32	8.86	12.97	8.15	.356	0.72

**M**= Media aritmética.

**DE**= Desviación estándar.

**PdN**= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

**PoF**= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

**PA**= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

**PnA**= Periodistas no amenazados.

Como se puede observar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre reporteros y fotógrafos ( $p = 0.99$ ) en cuanto a la presencia de síntomas depresivos, ni tampoco entre los grupos de periodistas amenazados y no amenazados ( $p=0.72$ ) (Tabla 19). No obstante, las mujeres presentaron síntomas de depresión significativamente más elevados que los hombres ( $p = 0.03$ ). Mismo fenómeno ocurrió entre los periodistas que cubren noticias de narcotráfico y los de “otras fuentes” ( $p = 0.00$ ), siendo los primeros quienes presentan una media significativamente más alta (14.38) que los segundos (8.97).

### Niveles de consumo de alcohol en periodistas mexicanos

El AUDIT fue diseñado con el fin de detectar tres niveles de riesgo en el consumo de alcohol. El nivel “seguro” se determina cuando el puntaje es igual o menor a ocho; el “riesgoso” cuando de ubica entre nueve y 18; y el “dañino” igual o mayor a 19. Bajo estos criterios de tamizaje, el 76.4% de los periodistas de la muestra total presentó consumo “seguro”, mientras que el 23.6% se ubicó en niveles de “riesgo” o “dañino” (Tabla 20); y en cuanto al porcentaje desagregado por fuente, se encontró que 25.7% de los que cubrían noticias de narcotráfico se ubicaban en la misma categoría de “riesgo” o “dañina” (Tabla 21).

Tabla 20  
*Niveles de consumo de alcohol (muestra total)*

	Seguro/Normal	Riesgoso o Dañino	Total
Periodistas de narcotráfico	50.0%	17.3%	67.3%
Periodistas de otras fuentes	26.4%	6.4%	32.8%
<b>Muestra total</b>	76.4%	23.6%	100%

En la Tabla 21 se muestra un cuadro con el porcentaje de cada uno de los niveles (seguro, riesgoso o dañino), desagregado por fuente. Dichas proporciones se obtuvieron por separado, de manera que cada uno de los grupos forma un cien por ciento.

Tabla 21  
*Niveles de consumo de alcohol desagregada por fuente*

	Seguro/Normal	Riesgoso o Dañino	Total
Periodistas de narcotráfico	74.3%	25.7%	100%
Periodistas de otras fuentes	80.6%	19.4%	100%

Al igual que en el procedimiento para identificar la prevalencia de síntomas de EPT, ansiedad y depresión, en el caso del consumo de alcohol se calcularon las medias de los puntajes totales. De esta forma, se obtuvieron medias por género (mujeres/hombres), actividad profesional (reporteros/fotógrafos), tipo de fuente [Periodistas de Narcotráfico (PdN)/Periodistas de Otras Fuentes (PoF)], y amenazas recibidas [Periodistas Amenazados (PA)/Periodistas no Amenazados (PnA)]. En la Tabla 22 se muestran los resultados obtenidos.

Como se puede observar, en lo que se refiere a los puntajes totales de consumo de alcohol, tres de los grupos se ubican por arriba de la media de la muestra que es de 7.48. El grupo más alto fue el de periodistas que cubre noticias de narcotráfico (8.38), seguido por los reporteros (de todas las fuentes) (8.27) y finalmente el de los hombres (7.89).

Tabla 22  
*Medias de puntajes de consumo de alcohol*

	M	DE
<b>Muestra Total</b>	<b>7.48</b>	7.17
Mujeres	6.88	8.16
Hombres	<b>7.89</b>	7.79
PdN	<b>8.38</b>	8.23
PoF	4.95	6.98
Reporteros	<b>8.27</b>	8.69
Fotógrafos	4.63	3.73
PA	7.12	7.58
PnA	4.85	5.90

**PdN**= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

**PoF**= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

**PA**= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

**PnA**= Periodistas no amenazados.

Asimismo, se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes, con la finalidad de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al género (hombre/mujer), fuente [Periodistas de Narcotráfico (PdN)/Periodistas de Otras Fuentes (PoF)], actividad profesional (reporteros/fotógrafos), y amenazas recibidas [Periodistas Amenazados (PA)/Periodistas no Amenazados (PnA)], en cuanto a los niveles de consumo de alcohol (puntajes totales). En la Tabla 23 se presentan los resultados de dichas pruebas.

Tabla 23

*Diferencias por género, fuente, actividad profesional y amenazas, en cuanto a los niveles de consumo de alcohol (puntajes totales)*

M	DE	M	DE	t	p
Mujeres		Hombres			
6.88	8.16	7.89	7.79	.518	0.60
PdN		PoF			
8.38	8.23	4.95	6.98	1.61	0.11
Reporteros		Fotógrafos			
8.27	8.69	4.63	3.73	2.37	0.02
PA		PnA			
7.12	7.58	4.85	5.90	-1.53	0.12

M= Media aritmética.

DE= Desviación estándar.

PdN= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

PoF= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

PA= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

PnA= Periodistas no amenazados.

En cuanto al consumo de alcohol, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ( $p = 0.60$ ), ni tampoco entre los grupos de periodistas amenazados y no amenazados ( $p = 0.12$ ), así como tampoco entre periodistas de narcotráfico y los de otras fuentes ( $p = 0.11$ ) (Tabla 2). La única diferencia estadísticamente significativa se estableció entre reporteros y fotógrafos ( $p = 0.02$ ), siendo los primeros los que tienen una media más alta (8.27) que los segundos (4.63).

### **Niveles de dependencia a la nicotina en periodistas mexicanos**

Los puntajes para determinar el grado de dependencia física al cigarro (nicotina) en la prueba de Fagerström se ubican entre tres y 10 puntos. Un resultado entre cero y dos puntos indica que el sujeto “no presenta dependencia”; tres y cuatro identifica una “dependencia débil”; cinco y seis “dependencia moderada”; siete y ocho “fuerte”; y, finalmente, nueve y 10 “dependencia muy fuerte”.

En este estudio se tomaron en cuenta los puntajes iguales o superiores a cinco para identificar una dependencia al cigarro. En consecuencia, el porcentaje de dependencia (moderada, fuerte o muy fuerte) de la muestra total fue de 8.3%, y en cuanto al valor desagregado por fuente, se encontró que 9.7% de los periodistas que cubrían noticias de narcotráfico presentaba el mismo nivel de dependencia.

Al igual que en los anteriores procedimientos, se calcularon las medias de los puntajes totales. De esta forma, se obtuvieron medias por género (mujeres/hombres), actividad profesional (reporteros/fotógrafos), tipo de fuente [Periodistas de Narcotráfico (PdN)/Periodistas de Otras Fuentes (PoF)], y amenazas recibidas [Periodistas Amenazados (PA)/Periodistas no Amenazados (PnA)]. En la Tabla 24 se muestran los resultados obtenidos.

Tabla 24  
*Medias de puntajes de dependencia a la nicotina*

	M	DE
<b>Muestra Total</b>	<b>1.31</b>	2.25
Mujeres	<b>1.45</b>	3.07
Hombres	1.19	1.95
PdN	1.02	2.40
PoF	<b>2.06</b>	2.83
Reporteros	1.21	2.44
Fotógrafos	<b>1.71</b>	2.97
PA	<b>1.37</b>	2.53
PnA	0.36	1.16

**PdN**= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

**PoF**= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

**PA**= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

**PnA**= Periodistas no amenazados.

Como se puede observar en la Tabla 24, en lo que se refiere a los puntajes totales de dependencia al cigarro, cuatro de los grupos se ubican por arriba de la media de la muestra que es de 1.31. El grupo más alto fue el de periodistas que cubren noticias ajenas al narcotráfico (2.06), seguido por los fotógrafos (1.71), las mujeres (1.45), y finalmente el de los periodistas amenazados (1.37).

Asimismo, se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes, con la finalidad de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al género (hombre/mujer), fuente [Periodistas de Narcotráfico (PdN)/Periodistas de Otras Fuentes (PoF)], actividad profesional (reporteros/fotógrafos), y amenazas recibidas [Periodistas Amenazados (PA)/Periodistas no Amenazados (PnA)], en cuanto a los niveles de dependencia a la nicotina (puntajes totales). En la Tabla 25 se presentan los resultados de dichas pruebas.

Tabla 25

*Diferencias por género, fuente, actividad profesional y amenazas, en cuanto a los niveles de dependencia a la nicotina (puntajes totales)*

<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Mujeres</b>		<b>Hombres</b>			
1.45	3.07	1.19	1.95	-0.394	0.69
<b>PdN</b>		<b>PoF</b>			
1.02	2.40	2.06	2.83	-1.357	0.18
<b>Reporteros</b>		<b>Fotógrafos</b>			
1.21	2.44	1.71	2.97	-0.648	0.52
<b>PA</b>		<b>PnA</b>			
1.37	2.53	0.36	1.16	-2.83	0.006

**M**= Media aritmética.

**DE**= Desviación estándar.

**PdN**= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

**PoF**= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

**PA**= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

**PnA**= Periodistas no amenazados.

En cuanto a los niveles de dependencia a la nicotina no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ( $p = 0.69$ ), ni tampoco entre los periodistas de narcotráfico y los de otras fuentes ( $p = 0.18$ ), así como tampoco entre reporteros y fotógrafos ( $p = 0.52$ ). La única diferencia estadísticamente significativa se estableció entre periodistas amenazados y no amenazados ( $p = 0.006$ ), siendo los primeros quienes presentan una media más alta (1.37) que los segundos (0.36), (Tabla 25).

## Esquemas cognoscitivos de periodistas mexicanos

En el caso de la identificación de percepciones y creencias, se calcularon por separado las medias tanto de los puntajes totales como de los cinco factores que constituyen la Escala de Creencias, Trauma y Apego (ECTA) (Pearlman, 2003). De esta forma, se obtuvieron medias por género (mujeres/hombres), actividad profesional (reporteros/fotógrafos), tipo de fuente [Periodistas de Narcotráfico (PdN)/Periodistas de Otras Fuentes (PoF)], y amenazas recibidas [Periodistas Amenazados (PA)/Periodistas no Amenazados (PnA)]. En la Tabla 26 se muestran los resultados obtenidos.

Como se puede observar, en lo que se refiere a los puntajes totales de la ECTA, cuatro de los grupos se ubican por arriba de la media de la muestra que es de 149.09. El más alto fue el de periodistas que cubren noticias de narcotráfico (153.81), seguido por los fotógrafos (153.63), los hombres (151.81) y los periodistas amenazados (149.88).

Tabla 26  
*Medias de puntajes de la ECTA por grupo (total y por factores)*

	Media total	Factores				
	ECTA	CogNegS	CogPosS	DifRD	DesGen	CogIns
<b>Muestra Total</b>	<b>149.09</b>	<b>57.75</b>	<b>43.54</b>	<b>16.41</b>	<b>12.55</b>	<b>18.84</b>
Mujeres	144.53	54.97	42.71	<b>17.00</b>	12.16	17.68
Hombres	<b>151.81</b>	<b>59.36</b>	<b>43.64</b>	16.19	<b>12.62</b>	<b>20.00</b>
PdN	<b>153.81</b>	<b>59.95</b>	43.30	<b>17.82</b>	<b>13.37</b>	<b>19.37</b>
PoF	137.86	52.21	43.07	13.96	10.46	18.14
Reporteros	147.09	57.06	43.00	16.15	12.11	18.77
Fotógrafos	<b>153.63</b>	<b>58.58</b>	<b>44.00</b>	<b>17.95</b>	<b>13.47</b>	<b>19.63</b>
PA	<b>149.88</b>	<b>58.64</b>	43.46	16.39	12.15	<b>19.24</b>
PnA	145.54	54.58	42.69	<b>16.92</b>	<b>13.00</b>	18.35

**PdN**= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

**PoF**= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

**PA**= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

**PnA**= Periodistas no amenazados.

**CogNegS**= Cogniciones Negativas sobre sí mismo.

**CogPosS**= Cogniciones Positivas sobre sí mismo.

**DifRD**= Dificultades para relacionarse con los demás.

**DesGen**= Desconfianza hacia la gente.

**CogIns**= Cogniciones sobre inseguridad.

En cuanto al factor uno denominado *Cogniciones negativas sobre sí mismo (CogNegS)* la media de la muestra fue de 57.75, y cuatro grupos reportaron cifras más altas: los periodistas de narcotráfico (59.95), los hombres (59.36), los amenazados (58.64), y los fotógrafos (58.58).

El segundo factor –*Cogniciones positivas sobre sí mismo (CogPosS)*– presentó una media de 43.54, y sólo dos grupos se ubicaron por encima del promedio: los fotógrafos (44.00) y los hombres (43.64).

En el tercer factor denominado *Dificultades para relacionarse con los demás (DifRD)*, cuatro fueron los grupos que quedaron por arriba de la media de la muestra (16.41): los fotógrafos (17.95), los periodistas de narcotráfico (17.82), las mujeres (17.00) y los no amenazados (16.92).

El cuarto factor –*Desconfianza hacia la gente (DesGen)*–, presentó una media de 12.55, y cuatro grupos se ubicaron por arriba del promedio: los fotógrafos (13.47), los periodistas de narcotráfico (13.37), los no amenazados (13.00), y los hombres (12.62).

Finalmente, en el quinto factor denominado *Cogniciones sobre Inseguridad (CogIns)*, cuatro fueron los grupos que quedaron por arriba de la media de la muestra (18.84): los hombres (20.00), los fotógrafos (19.63), los periodistas que cubren noticias de narcotráfico (19.37), y los amenazados (19.24).

Como se puede observar, los fotógrafos se ubicaron en todos los casos por encima de las medias totales; y salvo un factor –*Cogniciones positivas sobre sí mismo (CogPosS)*–, lo mismo ocurrió con los reporteros que cubrían sistemáticamente noticias de narcotráfico.

Posteriormente se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes, con la finalidad de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al género (hombre/mujer), fuente [Periodistas de Narcotráfico (PdN)/Periodistas de Otras Fuentes (PoF)], actividad profesional (reporteros/fotógrafos), y amenazas recibidas [Periodistas Amenazados (PA)/Periodistas no Amenazados (PnA)], en cuanto a los puntajes totales de la ECTA. En la Tabla 27 se presentan los resultados de dichas pruebas.

Tabla 27

*Diferencias por género, fuente, actividad profesional y amenazas, en cuanto a los puntajes totales de la ECTA*

<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Mujeres		Hombres			
144.53	35.21	151.81	35.32	.947	0.34
PdN		PoF			
153.81	36.15	137.86	31.28	1.99	0.05
Reporteros		Fotógrafos			
147.09	33.87	153.63	40.25	-7.10	0.47
PA		PnA			
149.88	35.22	145.54	35.83	-.521	0.60

**M**= Media aritmética.

**DE**= Desviación estándar.

**PdN**= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

**PoF**= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

**PA**= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

**PnA**= Periodistas no amenazados.

Como se puede observar en la Tabla 27, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ( $p = 0.34$ ), reporteros y fotógrafos ( $p = 0.47$ ), ni tampoco entre los grupos de periodistas amenazados y no amenazados ( $p < 0.60$ ) (Tabla 2). Sin embargo sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas por “tipo de fuente”, siendo los periodistas que cubren temas de narcotráfico quienes reportan una media más alta en comparación con los de “otras fuentes” ( $p = 0.05$ ).

En la Tabla 28 se muestran los resultados obtenidos al realizar pruebas  $t$  de Student por factor, considerando género, tipo de fuente, actividad profesional y amenazas.

Tabla 28

*Diferencias por género, fuente, actividad profesional y amenazas, por cada uno de los factores de la ECTA*

M Total	Grupo	M Grupo 1	DE	M Grupo 2	DE	t	p	
<i>Cogniciones Negativas sobre sí mismo (CogNegS)</i>								
57.75	1. Mujeres							
	2. Hombres	54.97	20.09	59.36	18.70	1.04	0.30	
	1. PdN							
	2. PoF	59.95	20.00	52.21	17.10	1.75	0.05	
	1. Reporteros							
	2. Fotógrafos	57.06	18.75	58.58	21.78	-.300	0.76	
	1. PA							
	2. PnA	58.64	19.46	54.58	19.14	-.892	0.37	
	<i>Cogniciones Positivas sobre sí mismo (CogPosS)</i>							
	43.54	1. Mujeres						
2. Hombres		42.71	9.04	43.64	9.41	0.46	0.64	
1. PdN								
2. PoF		43.30	7.35	43.07	12.31	0.09	0.92	
1. Reporteros								
2. Fotógrafos		43.00	9.17	44.00	9.53	-.415	0.67	
1. PA								
2. PnA		43.46	8.88	42.69	10.07	-.351	0.72	
<i>Dificultades para relacionarse con los demás (DifRD)</i>								
16.41		1. Mujeres						
	2. Hombres	17.00	6.90	16.19	6.66	-.547	0.58	
	1. PdN							
	2. PoF	17.82	6.66	13.96	6.24	2.56	0.01	
	1. Reporteros							
	2. Fotógrafos	16.15	6.85	17.95	6.32	-1.02	0.39	
	1. PA							
	2. PnA	16.39	6.59	16.92	7.18	.334	0.73	
	<i>Desconfianza hacia la gente (DesGen)</i>							
	12.55	1. Mujeres						
2. Hombres		12.16	5.38	12.62	5.07	.404	0.68	
1. PdN								
2. PoF		13.37	5.37	10.46	4.24	2.50	0.02	
1. Reporteros								
2. Fotógrafos		12.11	5.26	13.47	4.89	-1.01	0.31	
1. PA								
2. PnA		12.15	5.10	13.00	5.42	.692	0.49	
<i>Cogniciones sobre inseguridad (CogIns)</i>								
18.84		1. Mujeres						
	2. Hombres	17.68	4.94	20.00	4.19	.486	0.02	
	1. PdN							
	2. PoF	19.37	4.56	18.14	4.84	1.14	0.25	
	1. Reporteros							
	2. Fotógrafos	18.77	4.58	19.63	4.99	-.705	0.48	
	1. PA							
	2. PnA	19.24	4.56	18.35	4.92	-.810	0.42	

**M**= Media aritmética.

**DE**= Desviación estándar.

**PdN**= Periodistas que cubren sistemáticamente noticias sobre narcotráfico.

**PoF**= Periodistas que cubren otras fuentes (economía, política, laboral, iglesia, educación, salud, cultura, deportes, espectáculos, etc.).

**PA**= Periodistas amenazados y/o agredidos en algún momento de su trayectoria profesional debido a su trabajo periodístico.

**PnA**= Periodistas no amenazados.

Como se puede observar en la Tabla 28, en tres de los cinco factores (*CogNegS*  $p=0.05$ ) (*DifRD*  $p=0.01$ ) (*DesGen*  $p=0.02$ ) los periodistas que cubren noticias de narcotráfico presentaron medias significativamente más altas que sus colegas de otras fuentes.

Por su parte, al considerar el género, sólo en un factor (*Cogniciones sobre inseguridad*) se presentaron diferencias estadísticamente significativas (*CogIns*,  $p=0.02$ ), siendo los hombres los que se ubicaron por arriba de las mujeres. En el resto de los factores no se encontraron diferencias (*CogNegS*,  $p = 0.30$ ) (*CogPosS*,  $p=0.64$ ) (*DifRD*,  $p=0.58$ ) (*DesGen*,  $p=0.68$ ). Por último, en el factor que muestra *cogniciones positivas sobre sí mismo* no se encontraron diferencias en ningún grupo [género (hombre/mujer); fuente (Periodistas de Narcotráfico/Periodistas de otras Fuentes); actividad profesional (reporteros/fotógrafos); y amenazas recibidas (Periodistas Amenazados/Periodistas no Amenazados)].

### **Correlaciones de síntomas**

Una vez que se identificaron las diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos (sexo, actividad periodística, fuente, etc.), en cuanto a la presencia de síntomas y signos de malestar (EPT, ansiedad, depresión, consumo de alcohol, dependencia a la nicotina y percepciones y creencias), se procedió a determinar las correlaciones entre dichos síntomas, de acuerdo a ciertas características sociodemográficas y laborales.

Tomando como base los criterios de Cohen (1992), se estableció que una “correlación baja” era de 0.00 a 0.20, una “correlación moderada” de 0.21 a 0.40, y una “correlación alta” de 0.41 en adelante. A continuación se presentan en diferentes tablas los resultados más significativos de este procedimiento, haciendo énfasis en aquellas correlaciones en las que figura el estrés postraumático (EPT).

### **Correlaciones de síntomas en la muestra total de periodistas**

Como puede observarse en la Tabla 29, al realizarse las correlaciones de síntomas en la muestra total de periodistas, se encontró que el EPT se relacionaba de manera positiva con diez de los trece síntomas o signos de malestar. Ocho de ellos se ubicaron en el rango de “correlación alta” con puntajes superiores a 0.41, y dos en “correlación moderada”. Las correlaciones más altas se establecieron entre el puntaje total de EPT y los síntomas de *evitación* (0.900), y las *Cogniciones negativas sobre sí mismo* y el puntaje total de la Escala de Creencias, Trauma y Apego (0.941). La correlación más baja se presentó entre EPT y *Cogniciones sobre inseguridad* (0.258).

Cabe destacar que otras correlaciones altas se establecieron entre el puntaje total de EPT y los tres factores que lo constituyen: *activación* (0.900), *intrusión* (0.736) y *evitación* (0.827), lo cual ratifica la validez del instrumento Lista de Chequeo. También se encontraron correlaciones significativas entre EPT y *ansiedad* (0.674), y EPT y *depresión* (0.514).

En cuanto a las correlaciones entre EPT y los factores de la ECTA, se encontró que la más alta se estableció con *Dificultades para relacionarse con la gente* (0.508), y la más baja con *Cogniciones sobre inseguridad* (0.258). Finalmente, EPT no correlacionó con *alcohol, cigarro* ni con *Cogniciones positivas sobre sí mismo*.

Al identificar otras correlaciones en las que no estuviera presente el EPT, se encontró que *ansiedad* y *depresión* correlacionaron de manera significativamente alta (0.460), al igual que esta última con *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.496) y con el puntaje total de la ECTA (0.587). Una correlación moderada se estableció entre la *ansiedad* y el *alcohol* (0.293). Como era de esperarse, se encontró una correlación negativa entre *depresión* y *Cogniciones positivas sobre sí mismo* (-0.503), y entre estas últimas y las *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (-0.333).

Es importante señalar que el puntaje total de la ECTA correlacionó de manera significativamente elevada con los cinco factores que lo constituyen, lo cual corrobora la validez del instrumento: *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.941), *Cogniciones*

*positivas sobre sí mismo (-0.560), Dificultades para relacionarse con los demás (0.838), Desconfianza hacia la gente (0.685) y Cogniciones sobre inseguridad (0.577).*

En suma, –y con excepción del alcohol y cigarro–, el estrés postraumático correlacionó de manera significativa con todos los síntomas y/o signos de malestar emocional.

Tabla 29

*Correlaciones de síntomas en la MUESTRA TOTAL de periodistas*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	EPT	9	10	11	12	13	14
1 Ansiedad	--	.460**	.293**	-.091	.651**	.400**	.566**	.674**	.276*	.190	.375**	.185	.076	.310**
2 Depresión		--	.128	-.037	.480**	.301**	.453**	.514**	.496**	-.503**	.614**	.306**	.222*	.587**
3 Alcohol			--	.127	.147	.080	.117	.142	-.107	-.028	-.182	-.220	-.059	-.139
4 Cigarro				--	.010	-.057	-.159	-.064	.064	-.134	-.027	.009	.154	.020
5 Activación					--	.471**	.592**	.900**	.490**	.171	-.476**	.411**	.197	.491**
6 Intrusión						--	.536**	.736**	.279**	-.044	.359**	.159	.299**	.273*
7 Evitación							--	.827**	.369**	-.163	.393**	.352**	.177	.395**
8 EPT								--	.486**	-.140	.508**	.399**	.258*	.493**
9 CogNegS									--	-.333**	.738**	.594**	.579**	.941**
10 CogPosS										--	-.427**	-.226*	-.010	-.560**
11 DifRD											--	.550**	.375**	.838**
12 DesGen												--	.375**	.685**
13 CogIns													--	.577**
14 ECTA														--

\* Correlación significativa al nivel 0.01 (2-colas).

\*\* Correlación significativa al nivel 0.05 (2-colas).

**Nota:**

**EPT**= Estrés Postraumático (puntaje total).

**CogNegS**= Cogniciones Negativas sobre sí mismo.

**CogPosS**= Cogniciones Positivas sobre sí mismo.

**DifRD**= Dificultades para relacionarse con los demás.

**DesGen**= Desconfianza hacia la gente.

**CogIns**= Cogniciones sobre inseguridad.

**ECTA**= Escala de Creencias, Trauma y Apego (puntaje total).

### Correlaciones de síntomas en periodistas de narcotráfico

Por otra parte, cuando solamente se tomó en consideración a los periodistas (reporteros y fotógrafos) que sistemáticamente habían cubierto noticias relacionadas con el narcotráfico, se encontró que el EPT se relacionaba de manera positiva con nueve de los trece síntomas o signos de malestar. Seis de ellos se ubicaron en el rango de “correlación alta” con puntajes superiores a 0.40, y tres en “correlación moderada” (Tabla 30).

Al igual que en la muestra total, las correlaciones más altas en periodistas de narcotráfico se establecieron entre el puntaje total de EPT y los tres factores que lo constituyen: *activación* (0.873), *intrusión* (0.723) y *evitación* (0.830). También se encontraron correlaciones significativas entre EPT y *ansiedad* (0.600), y EPT y *depresión* (0.437). Por su parte, cuatro de los cinco factores de la ECTA correlacionaron con EPT: *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.372), *Dificultades para relacionarse con los demás* (0.499), *Desconfianza hacia la gente* (0.292) y el puntaje total de la ECTA (0.395). Sin embargo, la correlación más alta se estableció entre la Escala de Creencias, Trauma y Apego, y las *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.965).

También se encontraron correlaciones significativamente altas entre los síntomas de *activación* y *ansiedad* (0.612); *activación* y *depresión* (0.429); *evitación* y *ansiedad* (0.471); *evitación* y *depresión* (0.413); y una correlación moderada entre *intrusión* y *ansiedad* (0.310).

Al identificar correlaciones en las que no estuviera presente el estrés postraumático, se encontró que *ansiedad* y *depresión* correlacionaron moderadamente (0.371), al igual que la primera con el consumo de *alcohol* (0.325) y con *Dificultades para relacionarse con los demás* (0.285). Como era de esperarse, también se encontró una correlación negativa entre *depresión* y *Cogniciones positivas sobre sí mismo* (-0.458), y entre estas últimas y las *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (-0.555), y los síntomas de *activación* (-0.313).

Por su parte, las *Cogniciones negativas sobre sí mismo* presentaron una correlación alta con la *depresión* (0.471), y una moderada con los síntomas de *activación* (0.349) y de *evitación* (0.308). El factor denominado *Dificultades para relacionarse con los demás*

correlacionó de forma significativamente alta con la *depresión* (0.583), *activación* (0.473), *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.767), *Cogniciones positivas sobre sí mismo* (0.501), *Desconfianza hacia la gente* (0.521), y con el puntaje total de la ECTA (0.833). Y en forma moderada correlacionó con *ansiedad* (0.285), síntomas *intrusivos* (0.278) y con *Cogniciones sobre inseguridad* (0.352).

Finalmente, el factor que identifica *Desconfianza hacia la gente* correlacionó con *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.584), y las *Cogniciones sobre inseguridad* se relacionaron con síntomas intrusivos (0.303), *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.559) y con *Desconfianza hacia la gente* (0.282).

Es importante señalar que el puntaje total de la ECTA correlacionó de manera significativamente elevada con los cinco factores que lo constituyen: *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.965), *Cogniciones positivas sobre sí mismo* (0.681), *Dificultades para relacionarse con los demás* (0.833), *Desconfianza hacia la gente* (0.681) y *Cogniciones sobre inseguridad* (0.577). El puntaje total de la ECTA también correlacionó de manera significativa con *depresión* (0.525), *activación* (0.380) y *evitación* (0.349).

En suma, –y con excepción del alcohol y cigarro–, la presencia de estrés postraumático (EPT) correlacionó con todos los síntomas y/o signos de malestar emocional de la submuestra de periodistas que cubrieron sistemáticamente noticias relacionadas con el narcotráfico.

Tabla 30

*Correlaciones de síntomas en periodistas de la fuente NARCOTRÁFICO*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	EPT	9	10	11	12	13	14
1 Ansiedad	--	.371**	.325*	.009	.612**	.310**	.471**	.600**	.134	.124	.285*	.058	-.114	.146
2 Depresión		--	..200	.006	.429**	.171	.413**	.437**	.471**	-.458**	.583**	.274*	.184	.525**
3 Alcohol			--	.229	.198	.120	.163	.196	-.143	-.014	-.209	-.343*	-.124	-.185
4 Cigarro				--	.057	.062	-.133	-.002	.196	-.048	.038	.140	.269	.157
5 Activación					--	.408**	.560**	.873**	.349**	-.313*	.473**	.314*	-.091	.380**
6 Intrusión						--	.522**	.723**	.215	-.117	.278*	.032	.303*	.190
7 Evitación							--	.830**	.308*	.254	-.414**	.306*	.042	.349**
8 EPT								--	.372**	.226	.499**	.292*	.061	.395**
9 CogNegS									--	-.555**	.767**	.584**	.559**	.965**
10 CogPosS										--	.501**	.380**	.173	.681**
11 DifRD											--	.521**	.352**	.833**
12 DesGen												--	.282*	.681**
13 CogIns													--	.577**
14 ECTA														--

\* Correlación significativa al nivel 0.01 (2-colas).

\*\* Correlación significativa al nivel 0.05 (2-colas).

**Nota:**

**EPT**= Estrés Postraumático (puntaje total).

**CogNegS**= Cogniciones Negativas sobre sí mismo.

**CogPosS**= Cogniciones Positivas sobre sí mismo.

**DifRD**= Dificultades para relacionarse con los demás.

**DesGen**= Desconfianza hacia la gente.

**CogIns**= Cogniciones sobre inseguridad.

**ECTA**= Escala de Creencias, Trauma y Apego (puntaje total).

### **Correlaciones de síntomas en fotógrafos de la fuente de narcotráfico**

Por otra parte, también se identificaron relaciones de síntomas entre fotógrafos que cubrían sistemáticamente noticias de narcotráfico, y se encontró que el EPT correlacionó de manera positiva con ocho de los trece síntomas, y todos se ubicaron en el rango de “correlación alta” con puntajes superiores a 0.41. (Tabla 31).

Igual que en los casos anteriores, las correlaciones más altas en este grupo se establecieron entre el puntaje total de EPT y los tres factores que lo constituyen: *activación* (0.882), *intrusión* (0.466) y *evitación* (0.801). También se encontraron correlaciones significativas entre EPT y *ansiedad* (0.678), y EPT y *depresión* (0.473). Por su parte, tres de los cinco factores de la ECTA correlacionaron con EPT: *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.526), *Desconfianza hacia la gente* (0.531) y el puntaje total de la ECTA (0.474). Sin embargo, al igual que en los grupos anteriores (muestra total y periodistas de narcotráfico) la correlación más alta entre fotógrafos se estableció entre la Escala de Creencias, Trauma y Apego (ECTA), y las *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.951).

Por separado se encontraron correlaciones significativamente altas entre las respuestas de *activación* y los siguientes síntomas: *ansiedad* (0.688), *depresión* (0.554), *evitación* (0.560), *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.530), *Desconfianza hacia la gente* (0.507), y con el puntaje total de ECTA (0.470). Finalmente, también se relacionaron los síntomas de *evitación* y *ansiedad* (0.542).

Por otra parte, al identificar correlaciones en las que no estuviera presente el estrés postraumático, se encontró que la depresión estaba relacionada con *Dificultades para relacionarse con los demás* (0.577), *Desconfianza hacia la gente* (0.619) y con la ECTA. Al igual que en los dos grupos anteriores, la depresión correlacionó en forma negativa con las *Cogniciones positivas sobre sí mismo* (-0.605) y con las *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (-0.565). Como único caso de todos los grupos investigados, en los fotógrafos se presentó una correlación negativa entre ansiedad y dependencia a la nicotina (cigarro) (-0.537).

En cuanto al ámbito de las percepciones y creencias de los fotógrafos, se encontraron las siguientes correlaciones: las *Dificultades para relacionarse con los demás* correlacionaron con *Cogniciones negativas* (0.732), *Cogniciones positivas sobre sí mismo* (0.763) y con *Desconfianza hacia la gente* (0.865). Por su parte, esta última correlacionó con *Cogniciones negativas* (0.644), y *positivas sobre sí mismo* (0.611). El factor denominado *Cogniciones sobre inseguridad* correlacionó de forma significativamente alta con las *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.665).

Por último, es importante señalar que el puntaje total de la ECTA correlacionó de manera significativamente elevada con los cinco factores que lo constituyen: *Cogniciones negativas* (0.951), *Cogniciones positivas* (0.772), *Dificultades para relacionarse con los demás* (0.863), *Desconfianza hacia la gente* (0.767) y *Cogniciones sobre inseguridad* (0.598).

Tabla 31

*Correlaciones de síntomas en FOTÓGRAFOS*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	EPT	9	10	11	12	13	14
1 Ansiedad	--	.270	.191	-.537*	.688**	.121	.542**	.678**	.198	-.037	.190	.164	-.089	.137
2 Depresión		--	.162	-.079	.554**	-.019	.328	.473*	.406	-.605**	.577**	.619**	.144	.546*
3 Alcohol			--	-.162	.003	.237	.056	.090	-.031	.218	.058	-.123	.246	.047
4 Cigarro				--	-.317	-.364	-.452	-.466	-.040	.136	.031	.137	-.138	.016
5 Activación					--	.096	.560**	.882**	.530*	.235	.332	.507*	.107	.470*
6 Intrusión						--	.286	.466*	.062	-.085	.070	.117	.159	.058
7 Evitación							--	.801**	.383	.170	.316	.396	.109	.359
8 EPT								--	.526*	.199	.366	.531*	.162	.474*
9 CogNegS									--	-.565*	.732**	.644**	.665**	.951**
10 CogPosS										--	.763**	.611**	.284	.772**
11 DifRD											--	.865**	.193	.863**
12 DesGen												--	.135	.767**
13 CogIns													--	.598**
14 ECTA														--

\* Correlación significativa al nivel 0.01 (2-colas).

\*\* Correlación significativa al nivel 0.05 (2-colas).

**Nota:**

**EPT**= Estrés Postraumático (puntaje total).

**CogNegS**= Cogniciones Negativas sobre sí mismo.

**CogPosS**= Cogniciones Positivas sobre sí mismo.

**DifRD**= Dificultades para relacionarse con los demás.

**DesGen**= Desconfianza hacia la gente.

**CogIns**= Cogniciones sobre inseguridad.

**ECTA**= Escala de Creencias, Trauma y Apego (puntaje total).

### **Correlaciones de síntomas en periodistas que nunca cubrieron eventos traumáticos**

Como era previsible, en el caso de los periodistas que jamás establecieron algún contacto con eventos estresantes (*Tabla 32*), no se observó ninguna relación significativa entre la mayoría de los síntomas estudiados. Sin embargo, sobresalen cuatro correlaciones muy altas en este grupo: *depresión* y *Desconfianza hacia la gente* (0.907); ésta última y síntomas de evitación (0.961); *Cogniciones sobre inseguridad* y *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.941); esta última y la ECTA (0.934); y, finalmente, la Escala de creencias, trauma y apego y *Dificultades para relacionarse con los demás* (0.899).

Tabla 32

*Correlaciones de síntomas entre periodistas que NUNCA han cubierto eventos estresantes*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	EPT	9	10	11	12	13	14
1 Ansiedad	--	.356	.992	-.500	.254	.021	.192	.238	.079	-.170	-.419	.087	.339	-.024
2 Depresión		--	-.934	.277	.601	.420	.602	.712	.622	.548	.590	.907*	.417	.778
3 Alcohol			--	-.603	-.877	-.934	-.472	-.992	-.722	-.870	-.870	-.670	-.441	-.878
4 Cigarro				--	.912	.277	-.419	.500	.987	.918	.918	-.189	.982	.911
5 Activación					--	.535	.299	.889*	.836	.094	.461	.402	.808	.672
6 Intrusión						--	.388	.745	-.078	-.692	-.278	.223	-.111	-.251
7 Evitación							--	.653	-.010	.021	-.035	.961**	-.146	.178
8 EPT								--	.540	-.105	.222	.697	.453	.452
9 CogNegS									--	-.581	.797	.267	.941*	.934*
10 CogPosS										--	-.852	-.250	-.407	-.800
11 DifRD											--	.233	.586	.899*
12 DesGen												--	.083	.442
13 CogIns													--	.791
14 ECTA														--

\* Correlación significativa al nivel 0.01 (2-colas).

\*\* Correlación significativa al nivel 0.05 (2-colas).

**Nota:**

**EPT**= Estrés Postraumático (puntaje total).

**CogNegS**= Cogniciones Negativas sobre sí mismo.

**CogPosS**= Cogniciones Positivas sobre sí mismo.

**DifRD**= Dificultades para relacionarse con los demás.

**DesGen**= Desconfianza hacia la gente.

**CogIns**= Cogniciones sobre inseguridad.

**ECTA**= Escala de Creencias, Trauma y Apego (puntaje total).

## Conclusiones de la primera fase

Como se expuso en apartados anteriores, las dos etapas que conforman la primera fase del presente estudio se centraron en obtener y analizar datos de carácter cuantitativo. En primer término, se estandarizaron dos instrumentos para población mexicana, los cuales identificaban respuestas postraumáticas: la *Lista de chequeo para EPT* y la *Escala de creencias, trauma y apego* (ECTA). Ambos instrumentos presentaron propiedades psicométricas aceptables (Ver pág. 93).

La estandarización de estos dos instrumentos en población mexicana hizo posible el desarrollo de la segunda etapa del estudio, es decir, la aplicación de la totalidad de los instrumentos en una muestra diferente de 140 periodistas. Fue de este modo como se obtuvieron las prevalencias de síntomas (ansiedad, depresión, EPT, etc.), las diferencias entre grupos (reporteros-fotógrafos; mujeres-hombres; reporteros de narcotráfico-reporteros de otras fuentes, etc.) y, finalmente, las correlaciones de síntomas.

De esta primera fase cuantitativa destacan datos reveladores que merecen ser discutidos. Los indicadores muestran, en efecto, que un porcentaje significativamente elevado de periodistas mexicanos –particularmente los que cubren noticias de narcotráfico– presentan síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión, hecho que los ubica como una población de alto riesgo.

De los resultados obtenidos en el estudio sobresale que 33.9% de los periodistas de la muestra total presentaron síntomas de EPT. No obstante, cuando esta información se desagregó por tipo de fuente, las prevalencias se modificaron. En este sentido, los periodistas que cubren sistemáticamente notas de narcotráfico presentaron una prevalencia de 41%, mientras que los reporteros de otras fuentes se ubicaron en 19.4%. El caso de los fotógrafos es especialmente alarmante al presentar una prevalencia de 54.2%; es decir, uno de cada dos fotógrafos de la muestra manifestó síntomas de EPT.

Pero estos indicadores de estrés postraumático en periodistas mexicanos sólo revelan su justa proporción cuando se les compara con los obtenidos en otros estudios, los cuales podrían servir como puntos de referencia para saber dónde están ubicados los periodistas del país. Como se mostró en el Capítulo 4, las prevalencias de EPT encontradas en estudios anteriores tienen un rango que va de 5.9 a 28.6% (Hatanaka, et al., 2010; Newman, 2003; Teegen & Grotwinkel, 2001). Los corresponsales de guerra fueron, en este sentido, los que presentaron la prevalencia más alta, con 28.6% (Feinstein, et al., 2003). Como se podrá observar, los indicadores de EPT en periodistas mexicanos que cubren sistemáticamente notas de narcotráfico son superiores a los presentados en otras partes del mundo, incluidos los corresponsales de guerra que cubrieron conflictos en Chechenia, Bosnia, Sarajevo o Medio Oriente.

Algo similar ocurre con el resto de los indicadores psicopatológicos obtenidos en el presente estudio. La prevalencia de síntomas de ansiedad en periodistas mexicanos (reporteros y fotógrafos) fue de 69.9%. Sin embargo, cuando la información se desagregó por tipo de fuente se encontró que los periodistas que cubren sistemáticamente notas de narcotráfico presentaban una prevalencia de 77%, mientras que los reporteros de otras fuentes (política, economía, laboral, iglesia, cultura, etc.) se ubicaban en 56.1%. Es decir, tres de cada cuatro periodistas de narcotráfico se mostraron ansiosos como resultado de su trabajo profesional en zonas de violencia, y uno de cada dos periodistas de otras fuentes presentaron indicadores “moderados” o “severos”. En ambos casos los indicadores son bastante elevados.

La ansiedad es, como se sabe, una experiencia interior en la que todo es inquietud y desasosiego. Es un permanente estado de alerta del organismo que produce un sentimiento indefinido de inseguridad. En este sentido, algunos autores señalan que la ansiedad es un miedo indefinido sin objeto (Byrne, 2000; Perkins, Kemp & Corr, 2007; Rojas, 2004). Los principales signos, –tal y como se describió en el Capítulo 2–, se manifiestan por medio de preocupaciones excesivas, impaciencia, irritabilidad y/o a través de manifestaciones corporales como temblores, tics nerviosos, sequedad en la boca, sensación de mareo, taquicardia, dificultad para respirar, etc.

Por su parte, la prevalencia de síntomas depresivos fue igualmente elevada. El 33% de los periodistas de la muestra total presentaron criterios que los ubicaban en niveles “moderados” o “severos”. Sin embargo, al desagregar la información por fuente, se encontró que los periodistas que cubren notas de narcotráfico presentaban una prevalencia de 41.1%, mientras que los reporteros de otras fuentes mostraban niveles significativamente más bajos que los primeros (13.9%).

Como se expuso en capítulos previos, la depresión es un estado subjetivo de tristeza que dura al menos dos semanas, el cual puede manifestarse por medio de apatía, pérdida de interés, melancolía, falta de iniciativa, insomnio o hipersomnia, irritabilidad, problemas de memoria, fatiga o cansancio, entre otros signos.

En cuanto al consumo de alcohol se encontró que 23.6% de la muestra total se ubicaban en un nivel de “riesgo” o “dañino” pero, a diferencia de los casos anteriores, al desagregar la información por fuente las variaciones no fueron significativas. Los periodistas de narcotráfico mostraron una prevalencia de alcohol (consumo “riesgoso” o “dañino”) de 25.7%, y los de otras fuentes de 19.4%.

Por su parte, los niveles de dependencia a la nicotina fueron los más bajos de todos. Sólo 8.3% de la muestra total se ubicó en niveles de dependencia “moderada”, “fuerte” o “muy fuerte”. En cuanto a los valores desagregados por fuente se encontró que los periodistas de narcotráfico presentaban una prevalencia de 9.7%, mientras que los reporteros de otras fuentes se ubicaban en 5.6%.

Todos los datos anteriores corroboran el fuerte impacto emocional que presentan los periodistas que cubren sistemáticamente notas de narcotráfico. Las diferencias entre estos periodistas y los que cubren otras fuentes es significativa en términos estadísticos, tanto en puntajes totales de EPT ( $p = 0.05$ ), síntomas intrusivos ( $p = 0.00$ ), evitativos ( $p = 0.01$ ) y de activación ( $p = 0.00$ ), como en ansiedad ( $p = 0.00$ ) y depresión ( $p = 0.00$ ). Por su parte, los fotógrafos también presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los reporteros en cuanto a los puntajes totales de EPT ( $p = 0.00$ ), lo cual se corrobora en la elevada prevalencia que éstos registran (58.8%).

En el ámbito de las percepciones y creencias, los indicadores son igualmente reveladores. Los puntajes totales de la ECTA muestran diferencias estadísticamente significativas entre los periodistas que cubren temas de narcotráfico y los de otras fuentes ( $p = 0.05$ ). Lo mismo ocurrió en tres de los cinco factores que constituyen el instrumento: *cogniciones negativas sobre sí mismo* ( $p = 0.05$ ), *dificultades para relacionarse con los demás* ( $p = 0.01$ ), y *desconfianza hacia la gente* ( $p = 0.02$ ). En todos los casos anteriores, los periodistas de narcotráfico se ubicaron por encima de sus colegas de otras fuentes. Por su parte, los hombres presentaron puntajes significativamente más elevados que las mujeres en el factor de *cogniciones sobre inseguridad* ( $p = 0.02$ ).

En cuanto a las correlaciones entre los diversos síntomas, los resultados obtenidos confirman lo que se plantea en la literatura especializada: más del 80% de las personas con diagnóstico de EPT presentan síntomas comórbidos como ansiedad, depresión, somatizaciones o problemas con el consumo de alcohol o drogas (van der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 2007). Al realizarse las correlaciones de síntomas en periodistas de la fuente de narcotráfico, se encontró que el EPT se relacionaba de manera significativa con nueve de los 13 síntomas o signos de malestar, seis de los cuales se ubicaron en el rango de “correlación alta” y tres en “correlación moderada”.

Al igual que en la muestra total, las correlaciones más altas en periodistas de narcotráfico se establecieron entre el puntaje total de EPT y los tres factores que lo constituyen: *activación* (0.873), *intrusión* (0.723) y *evitación* (0.830). También se encontraron correlaciones significativas entre EPT y *ansiedad* (0.600), y EPT y *depresión* (0.437). Por su parte, cuatro de los cinco factores de la ECTA correlacionaron con EPT: *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.372), *Dificultades para relacionarse con los demás* (0.499), *Desconfianza hacia la gente* (0.292) y el puntaje total de la ECTA (0.395).

También se encontraron correlaciones significativamente altas entre los síntomas de *activación* y *ansiedad* (0.612); *activación* y *depresión* (0.429); *evitación* y *ansiedad* (0.471); *evitación* y *depresión* (0.413); y una correlación moderada entre *intrusión* y *ansiedad* (0.310).

Por su parte, las *Cogniciones negativas sobre sí mismo* presentaron una correlación alta con la *depresión* (0.471), y una moderada con los síntomas de *activación* (0.349) y de *evitación* (.0308). El factor denominado *Dificultades para relacionarse con los demás* correlacionó de forma significativamente alta con la *depresión* (0.583), *activación* (0.473), *Cogniciones negativas sobre sí mismo* (0.767), *Cogniciones positivas sobre sí mismo* (0.501), *Desconfianza hacia la gente* (0.521), y con el puntaje total de la ECTA (0.833). Y en forma moderada correlacionó con *ansiedad* (0.285), síntomas *intrusivos* (0.278) y con *Cogniciones sobre inseguridad* (0.352). Este último factor se relacionó con síntomas *intrusivos* (0.303). Vale la pena señalar que el puntaje total de la ECTA también correlacionó de manera significativa con *depresión* (0.525), *activación* (0.380) y *evitación* (0.349).

En suma, –y con excepción del alcohol y cigarro–, la presencia de estrés postraumático (EPT) correlacionó con todos los síntomas y/o signos de malestar emocional de la submuestra de periodistas que cubrieron sistemáticamente noticias relacionadas con el narcotráfico.

Este conjunto de datos proporcionan, en efecto, una radiografía cuantitativa muy amplia sobre el impacto emocional que generan las coberturas periodísticas sobre quienes las realizan, particularmente cuando están relacionadas con temas de violencia y narcotráfico. Y al mismo tiempo confirman que el ejercicio del periodismo en zonas de conflicto representa no sólo un riesgo físico –con 80 comunicadores asesinados y decenas de desaparecidos durante los últimos doce años– sino también un riesgo emocional por el permanente contacto que establecen con situaciones de extrema violencia.

Por último, es necesario subrayar que los resultados de la primera fase de esta investigación corroboran, en efecto, lo que la literatura especializada sobre el tema ha señalado: los efectos traumáticos son multidimensionales y comprenden diversos tipos de síntomas, no únicamente los *evitativos*, *intrusivos* y de *activación*, propios del estrés postraumático (EPT). Es decir, el impacto del trauma va más allá de esta trilogía, y permea en un amplio abanico comórbido que es preciso seguir estudiando.

## 2. SEGUNDA FASE CUALITATIVA

“Se le debe poner rostro a la tragedia, para que no se quede como un simple conteo.”

**Alberto Saucedo**

“No hay guerra sin fotografía.”

**Ernst Jünger**

## **Segunda Fase: Cualitativa**

### **Pregunta de investigación**

- ¿Cómo describen sus propias “experiencias subjetivas” (sentido, significaciones) los reporteros y fotógrafos mexicanos que cubren noticias de narcotráfico con respecto a su malestar emocional y a los síntomas postraumáticos que presentan?

### **Objetivo general**

- Describir y sistematizar las experiencias subjetivas de 15 reporteros y 10 fotógrafos mexicanos que cubren noticias de narcotráfico, con respecto a su malestar emocional y a los síntomas postraumáticos que presentan.

### **Objetivos específicos**

- Describir las situaciones o eventos que los periodistas consideran traumáticos, y comprender el significado que les atribuyen dentro de contextos psicosociales específicos.
- Identificar y describir algunas actitudes y significados de los periodistas sobre los síntomas que presentan.
- Reconstruir narrativamente y con elementos propios de técnicas etnográficas y de estudio de caso, testimonios ilustrativos de periodistas que develen y describan sus experiencias subjetivas y significados sobre los síntomas postraumáticos que presentan, así como del contexto psicosocial en el que se desenvuelven profesionalmente.

## **Diseño de investigación**

El diseño implementado para esta fase es de carácter cualitativo. Como afirma Vasilachis (2006), en términos de metodologías, perspectivas, y estrategias, la investigación cualitativa se refiere a diferentes enfoques y orientaciones, los cuales no constituyen un corpus monolítico sino un variado mosaico de perspectivas de investigación (etnografía, teoría fundamentada, fenomenología, estudios de caso, etnometodología, hermenéutica, estudios de género, etc.). No obstante, en muchos diseños cualitativos se intenta acercarse a lo que Clifford Geertz denomina *descripción densa*, es decir, al universo de *significados* y *contextos* complejos en los que se desarrollan los individuos (Geertz, 2000).

Para dar respuesta a la pregunta de investigación de esta segunda fase, se implementaron estrategias cualitativas propias de la etnografía y de los estudios de caso, tales como entrevistas a profundidad, observación participante y acceso a diversas fuentes documentales (artículos periodísticos, averiguaciones previas, estudios especializados, informes, etc.) (Hammersley & Atkinson, 1994; Flick, 2007). En consecuencia, los datos de campo se obtuvieron de situaciones “naturales”, y la mayoría de ellos se centró en la descripción de fenómenos y contextos, así como en la identificación de significados.

Aunque en sentido estricto los resultados de esta fase no pueden considerarse producto de una etnografía pura, sí se aproximan a lo que se conoce en los estudios cualitativos como descripción etnográfica de *orientación temática*, la cual suele incorporar técnicas de observación *in situ* e, inclusive, permite un tratamiento literario del material empírico obtenido (Flick, 2007; Hammersley & Atkinson, 1994; Pujadas, Comas, & Roca, 2010; Taylor & Bogdan, 1987). Algunos “estudios descriptivos” también se caracterizan justamente por incluir un mínimo de interpretación por parte del investigador, lo que permite a los lectores extraer sus propias conclusiones a partir de los testimonios ahí presentados (Taylor & Bogdan, 1987).

## Participantes y escenarios

En esta fase de la investigación participaron 18 periodistas que cubrían noticias de narcotráfico (diez hombres y ocho mujeres), de los cuales 12 fueron reporteros y seis fotógrafos. La edad promedio de los entrevistados fue de 39 años, y al momento del levantamiento de datos trabajaban en distintas zonas geográficas del país: Chihuahua, Sinaloa, Durango, Baja California, Guerrero, Morelos, Ciudad de México, Querétaro, Veracruz y Chiapas. Catorce de los participantes presentaban síntomas de estrés postraumático (EPT) con un puntaje de 44 o más en la Lista de Chequeo, y el resto síntomas severos de ansiedad y/o depresión, según la valoración efectuada en la primera fase del estudio. Adicionalmente, se entrevistaron a 7 periodistas que, aunque no presentaban síntomas de EPT, sí experimentaron otro tipo de malestar emocional derivado de su trabajo profesional. Ninguno de estos últimos, sin embargo, había participado previamente en el levantamiento cuantitativo.

Durante el trabajo de campo, se realizaron entrevistas narrativas y episódicas (Flick, 2007) para conocer las experiencias subjetivas de los periodistas con síntomas de EPT, e identificar los contextos en los que surgieron. Riemann y Schütze (1987) señalan que en las “entrevistas narrativas” se emplea una pregunta generadora de narración que está destinada a estimular el relato principal del entrevistado. En este sentido, Hermanss considera que “la tarea del entrevistador es hacer que el informante cuente la historia del área de interés (...) como un relato coherente de todos los acontecimientos relevantes desde su principio hasta su final” (Flick, 2007, p. 111).

Por su parte, en la “entrevista episódica” se presta especial atención a las situaciones o episodios en los que el entrevistado ha tenido experiencias que son relevantes para la pregunta de investigación. El entrevistado puede escoger tanto la forma de presentación (ya sea descripción pura o narración), así como la selección de situaciones conforme a aspectos de relevancia subjetiva (Flick, 2007). En este sentido, la *entrevista episódica* facilita la presentación de las experiencias en una forma general, comparativa y, al mismo tiempo, asegura que esas situaciones y episodios se cuenten en su especificidad.

El conjunto de entrevistas realizadas en esta fase, así como el resto de las actividades propias del trabajo de campo, se llevaron a cabo entre 2010 y 2011, en las ciudades donde los periodistas residían, y con una guía de temas específicos a desarrollar (Ver Anexo B). Debido a la intensa dinámica de trabajo de reporteros y fotógrafos, los lugares en los que se realizaron las entrevistas fueron tan diversos como fortuitos: cafeterías, restaurantes, bares, redacciones de periódicos, domicilios particulares, explanadas, banquetas, etc. En algunos casos las entrevistas se realizaron poco antes o después de una cobertura de narcoejecuciones, o minutos después de alguna conferencia de prensa. Gracias a ello, se tuvo la oportunidad de observar *in situ* la dinámica cotidiana de su trabajo profesional durante coberturas de violencia o acontecimientos de carácter traumático.

La expresión *observación participante* (OP), en efecto, designa al tipo de “investigación que involucra una interacción social entre el investigador y los informantes en el *milieu* de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” (Taylor & Bogdan, 1987, p. 31). El observador participante –opuesto a mero observador pasivo– debe desarrollar estrategias para interactuar con los informantes. Por ello, muchos autores recomiendan al investigador ubicarse en “puntos de acción”, así como recorrer los lugares en los que se desarrolla la vida de los sujetos investigados, sentir el “palpitar de los espacios” y tratar de establecer con las personas alguna conversación o entrevista fructífera (Hammersley & Atkinson, 1994; Vanegas, 1998).

La observación *in situ* demanda –como lo señala Vanegas (1998)– participar de la cotidianidad de las personas y entender desde adentro los *cómos* y los *porqués* de las violencias y los conflictos. Se trata, en efecto, de establecer relaciones dialógicas horizontales entre el investigador y los sujetos investigados; relaciones de persona a persona, y cara a cara en contextos *naturales*.

En la mayoría de los casos, –y por razones obvias de seguridad, respeto y confidencialidad– los nombres propios que se mencionan en esta investigación son ficticios y no corresponden a los verdaderos. El resto de la información, sin embargo, es real: las situaciones, los acontecimientos y las descripciones que relatan. Algunos de los

participantes son figuras destacadas del periodismo mexicano, con muchos años de experiencia y con una trayectoria que incluye premios nacionales e internacionales, así como un amplio historial de notas, reportajes y/o libros. Otros de los participantes, sin embargo, gozan de menor fama en los medios nacionales pero, al igual que los primeros, viven día a día con pasión y profesionalismo su práctica periodística.

### **Procedimiento**

Como se señaló en apartados previos, la información etnográfica se obtuvo mediante la implementación de dos estrategias: observación participante y entrevistas de corte cualitativo. En este sentido –y siguiendo las propuestas de Taylor y Bogdan (1987)– el procedimiento global incluyó la realización de tres actividades principales. La primera se enfocó en lo que se conoce como “interacción social no ofensiva”; es decir, en lograr que los periodistas participantes (entrevistados) se sintieran cómodos, respetados y entendidos desde el primer acercamiento con el investigador. La segunda actividad se centró en la implementación de otras estrategias complementarias, como la observación participante en escenarios de violencia y el acceso a diversas fuentes documentales. Y, finalmente, la tercera actividad se enfocó en la organización y sistematización de todos los datos, así como en la redacción del reporte final.

Como se señaló líneas arriba, en esta fase de la investigación se entrevistaron a 25 periodistas de 10 estados de la República. Tal y como se explicó en el apartado correspondiente a la metodología mixta, la elección de los periodistas entrevistados tuvo su origen en los resultados obtenidos de la primera fase cuantitativa, mediante el mecanismo de “conexión de datos”. Creswell y Plano (2007) explican, en efecto, que una manera de “conectar datos” en una estrategia mixta es realizando –en primera instancia– un procedimiento de recolección cuantitativo para posteriormente seleccionar de esos participantes sólo a un número determinado de individuos con características más específicas y homogéneas para un diseño posterior.

En este sentido, –y mediante el procedimiento de “conexión de datos” – a los periodistas que obtuvieron en la primera fase un puntaje que los ubicó en la categoría de *probable caso* (es decir, aquellos que obtuvieron un puntaje igual o superior a 44 en la Lista de Chequeo para EPT), se les solicitó mediante correo electrónico una entrevista formal. A cada uno de ellos se le explicó los motivos de las entrevistas, los temas a tratar, así como los objetivos del proyecto de investigación.

Del total de periodistas invitados a participar en esta segunda fase, 21 aceptaron un primer acercamiento. Como paso siguiente, se procedió a establecer la fecha y el lugar de las entrevistas. Sin embargo, debido a que la agenda de algunos periodistas no coincidía con la del investigador –sobre todo porque las fechas fijadas para los encuentros se empalmaban entre sí–, tres entrevistas fueron pospuestas y finalmente canceladas. De esta forma, la lista de participantes en esta fase se redujo a 25 periodistas, 18 de los cuales formaron parte del levantamiento de datos cuantitativo.

Dado que al hablar y compartir situaciones evocadoras de traumas existía la posibilidad latente de que el periodista mostrara respuestas emocionales perturbadoras durante el desarrollo de las entrevistas, se estructuró una lista de recursos de enfrentamiento que pudieran ayudar en esos momentos. De esta forma, cuando fue necesario se utilizaron técnicas propias del modelo *Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular* (EMDR, en sus siglas en inglés), como el “Lugar seguro”, “Flotar hacia atrás”, “Escaneo afectivo”, “Ejercicios de respiración”, “El abrazo de la mariposa”, entre otras.

Por su parte, la observación participante estuvo estrechamente vinculada con la realización de entrevistas. Esto es, una vez que se hubo establecido un lazo de confianza suficiente con los periodistas, se procedió a solicitarles simultáneamente su autorización para que permitieran que el investigador se integrara durante un día completo a sus actividades cotidianas. Fue de este modo como el investigador tuvo la oportunidad de observar *in situ* la dinámica e intensidad de las coberturas periodísticas que los reporteros y fotógrafos realizan a diario, sobre todo las que se vinculan con hechos de violencia.

Para sistematizar los resultados de este proceso de observación, se elaboraron “notas de campo” en las que se concentraron los datos más relevantes. Para ello se diseñó una

“Guía de Observación”, en la que se establecieron los puntos más relevantes a focalizar, como escenarios, situaciones propias de las coberturas periodísticas, sujetos que participan, etc. Por su parte, para la realización de entrevistas se elaboró otra guía en la que se señalaron los temas principales a abordar. Ambas guías se presentan en el Anexo B.

En cuanto el trabajo de campo finalizó –utilizando el criterio de saturación de datos (Taylor & Bogdan, 1987)–, todas las entrevistas se transcribieron de forma íntegra con el fin de transformar el discurso de los participantes en un texto ordenado. Posteriormente se realizó un proceso de sistematización y agrupación temática de los contenidos mediante una estrategia de codificación por significados, previa lectura de todos los materiales (Coffey & Atkinson, 2003).

En este estudio, la codificación se entiende como el proceso de “representar las operaciones por las cuales los datos se desglosan, conceptualizan y vuelven a reunir en nuevas maneras” (Strauss & Corbin, 1990, pág. 57). Según este procedimiento, la codificación incluye la comparación constante de los fenómenos, casos, ideas, percepciones, etc., que conducen a la formulación de conceptos, códigos o tipologías del material empírico obtenido. El proceso de codificación además incluye la agrupación y análisis de todos los datos obtenidos a partir de temas, ideas, conceptos, interpretaciones y/o proposiciones (Taylor & Bogdan, 1987).

En esta segunda fase de la investigación, sin embargo, más que conceptos se elaboraron tipologías o esquemas de clasificación de experiencias y contextos, las cuales pueden ser útiles para el desarrollo ulterior de teorías en este campo de investigación. Sin embargo, en esta segunda fase cualitativa, se establecieron como ejes temáticos los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2001) para EPT, particularmente los que se refieren a eventos traumáticos (A1 y A2), y a los síntomas que desencadenan (B, C y D).

### **Consideraciones éticas**

Como se señaló en apartados anteriores, a los periodistas entrevistados se les garantizó absoluta confidencialidad. Aunque algunos estaban de acuerdo en que su nombre real

apareciera en la investigación, finalmente se decidió asignarles a todos un nombre ficticio con el fin de proteger su identidad e integridad física. No obstante, sus testimonios son auténticos y reales.

Durante las entrevistas, en algunos casos se presentaron momentos de crisis –por lo demás muy frecuentes en investigaciones de corte traumático– como ataques de llanto, temblores, angustia, sobresaltos, parestesias, etc. Cuando alguno de los periodistas experimentó una de estas respuestas, se aplicaron estrategias de contención propias del modelo EMDR con el fin de estabilizarlo. Las técnicas aplicadas en los momentos de crisis están descritas e incluidas en el Anexo B.

Además, una vez finalizadas las entrevistas, el investigador se mantuvo en contacto con los periodistas durante los días posteriores al (los) encuentro(s), por medio de llamadas telefónicas o correos electrónicos. Fue así como se pudo corroborar su condición estable. Finalmente, a los entrevistados se les ofreció una lista de instituciones de salud a las que podrían acudir en caso de que así lo decidieran, así como ciertas estrategias terapéuticas de autoatención que pudieran coadyuvar en su mejoramiento.

Todas las acciones anteriores se implementaron con el único fin de cuidar, respetar y proteger la integridad física y emocional de los periodistas entrevistados.

## Resultados

“La guerra rasga, desgarrar. La guerra rompe, destripa. La guerra abrasa. La guerra desmembra. La guerra arruina.”

Susan Sontag

### Contexto nacional: en las entrañas de la guerra

El 11 de diciembre de 2006, cuando sólo llevaba dos semanas como presidente de México, Felipe Calderón dio inicio formal a una guerra que –con el paso de los años–, devendría en la más sangrienta de la historia reciente del país. Meses antes, todavía retador y desafiante, el entonces candidato había declarado en plena campaña presidencial su obstinado deseo de acabar con el crimen organizado. “El narcotráfico tendrá en mí a su peor pesadilla”, dijo entre aluviones de aplausos (Núñez, 2006).

No obstante, a escasos dos meses de terminar su mandato, en el país todavía no se vislumbraba algún signo claro del fin de la llamada “guerra contra el crimen organizado”, a pesar de que la cifra de muertos ya rebasaba 70 mil, es decir, tres veces más que la registrada durante la lucha por la Independencia de 1810 (Mendoza, 2012; Vera, 2010). Además, un gran número de ciudadanos ajenos al conflicto bélico habían sido asesinados durante ese mismo lapso: mujeres, estudiantes, niños, activistas sociales, defensores de los derechos humanos, empresarios, periodistas, etc. Diversas fuentes estimaron que del número total de muertos de la guerra durante los primeros cinco años, al menos 7 mil habían sido ciudadanos civiles sin ningún vínculo con el crimen organizado (Mendoza, 2012). El gobierno federal los llamó, impunemente, “daños colaterales” de la guerra (López, 2010).

Debido al clima de violencia, 700 mil personas tuvieron que emigrar hacia otras regiones del país (Job, 2011), y cerca de 17 mil fueron víctimas de desapariciones forzadas

(Blancas, 2011). De los desaparecidos, una minoría fue encontrada en tumbas clandestinas –identificadas como *narcofosas*– entre cráneos, extremidades, cuerpos desmembrados y restos de piel descompuesta (Díaz, 2011).

El gobierno federal clasificó a los homicidios de esta guerra según diversas categorías: “ejecuciones”, “enfrentamientos”, “homicidios-agresiones” y “otros”. De las 71 mil 804 personas que perdieron la vida en condiciones de violencia entre diciembre de 2006 y mayo de 2012, 30 mil 957 correspondían precisamente al rubro de “otros”, según estimaciones del semanario *Zeta* (Mendoza, 2011). En esa *fosa común virtual* se encontraron, en efecto, personas descuartizadas, migrantes mutilados, calcinados, desmembrados, cráneos con signos de tortura, decapitados, etc, cuyos cuerpos jamás fueron reclamados por alguien. En suma, fueron los muertos sin nombre, ni identidad; los signos ominosos del salvajismo y la barbarie de una guerra que, para muchos mexicanos como el poeta Javier Sicilia, era “absurda y sin sentido” (Gil & Rodríguez, 2011). Las cifras de muertos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) fueron aún más elevadas, al contabilizar 95 mil 632 homicidios de 2007 a 2011. Según sus estimaciones, durante ese último año en promedio fue ejecutada una persona cada 20 minutos en algún lugar del país (Zúñiga, 2012).

En los inicios de la “guerra contra el narcotráfico”, el gobierno federal envió más de 30 mil militares a diferentes estados de la república para combatir al crimen organizado, pero al final del sexenio, entre policías, soldados y marinos ya rebasaban los 90 mil efectivos (Castillo, 2010). Por su parte, se sabe que los diferentes cárteles de la droga estaban constituidos en su conjunto por 500 mil elementos, entre sembradores, transportistas, distribuidores, narcomenudistas, *halcones*<sup>2</sup> y sicarios. De los narcotraficantes –según informó la propia Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)– 40 mil ocupaban diferentes liderazgos y jefaturas a lo largo y ancho del país (Merlos, 2008).

---

<sup>2</sup> Los *halcones* son informantes del crimen organizado y se distribuyen por diferentes territorios del país. Algunos son taxistas, repartidores de pizzas, vendedores ambulantes, voceadores, etc. Todos ellos se dedican a informar a narcotraficantes sobre los operativos de las fuerzas federales y los movimientos de cárteles rivales.

Aunque en sentido estricto ésta no fue una guerra “convencional” o “clásica” puesto que no había contendientes claramente definidos (en todo caso, fueron múltiples grupos del crimen organizado que combatían entre sí y contra las fuerzas federales, y en ocasiones políticos, militares y policías que trabajaban bajo las órdenes de los propios narcotraficantes), extensas zonas geográficas del país fueron escenarios de acciones, enfrentamientos y actos de violencia extrema. “Territorios *afganizados*”, señalaría el investigador Edgardo Buscaglia, asesor de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (Ravelo, 2011).

Y es que, en efecto, la Comisión de Desarrollo Municipal de la Cámara de Senadores había establecido en agosto de 2010 que los capos de la droga controlaban grandes extensiones territoriales, en las que el Estado ya no podía gobernar a través de sus instituciones. Más aún, la misma Comisión agregaría que las redes del narcotráfico mantenían bajo su control 71% de los 2 mil 439 municipios del país. Del total de alcaldías, el narco ejercía completo dominio sobre 195, y tenía fuertes influencias políticas y económicas en otras mil 500 demarcaciones (Ravelo, 2011).

A pesar de la contundencia de la información del Senado, el gobierno federal insistía en que el conflicto armado estaba estrictamente focalizado en pequeños territorios. Ochenta por ciento de los crímenes ligados al narcotráfico, argumentaba, habían ocurrido en sólo 162 municipios del país. Además, insistió en que la gran mayoría de las ejecuciones se debían a las luchas internas entre diversas organizaciones criminales, como los cárteles de Sinaloa, Juárez, Tijuana, Golfo, Los Zetas, la Familia Michoacana o los Beltrán Leyva (Gobierno Federal, 2010). “Se matan entre sí”, afirmaban categóricamente funcionarios públicos de distintas dependencias del gobierno (Redacción de El Universal, 2010).

Bajo este escenario dantesco en el que las ejecuciones se hicieron terriblemente cotidianas, la población civil –que vivía en zonas con altos índices de violencia como Ciudad Juárez, Reynosa, Nuevo Laredo, Los Mochis y Guasave, entre otras– comenzó a sentir los estragos emocionales de la guerra: miedo, inquietud, zozobra, desesperanza, ansiedad, pesadillas, ataques de pánico, etc. (Valadez, 2008; García, 2010). “El diagnóstico es, sin duda, que hay más problemas mentales en el país (...) y que son debido a la

dinámica de violencia que se tiene”, declaró José Ángel Córdova cuando todavía era responsable de la Secretaría de Salud (García, 2010).

Pese a este escenario nacional, en agosto de 2010 –ante una pregunta expresa sobre las amenazas del narcotráfico– Felipe Calderón declaró en una entrevista que sus noches seguían imperturbablemente tranquilas. “A mí básicamente me quita el sueño el café”, dijo el presidente a Radio Caracol de Bogotá (Pineda, 2010). Pero Calderón fue más allá en sus declaraciones, y a principios de 2012, –justo en su último año de gobierno– sentenció sin el menor atisbo de remordimiento por los muertos de la guerra: “La verdad es que [durante mi gestión] sí he sido verdaderamente feliz” (López, 2012).

Y en este contexto de violencia inédita –que oscilaba entre la “felicidad presidencial” y el horror cotidiano de la guerra– muchos reporteros y fotógrafos mexicanos se enfilaron rumbo a las calles para dar testimonio del conflicto bélico, con toda su carga de dolor, sufrimiento y muerte. Fueron ellos, en efecto, una especie *sui generis* de “corresponsales de guerra” en su propio país; cronistas bajo fuego y testigos a flor de piel del renacimiento del “México Bárbaro” que se creía desaparecido: periodistas impactados por una guerra cruenta, bestial y epidérmica que ya la olfateaban, inclusive, hasta en los efluvios oníricos de sus noches más quietas. Periodistas, pues, con malestar emocional por haber testimoniado, día tras día, el horror y la barbarie de la “guerra contra el narcotráfico”.

Cubrir noticias de crimen organizado en México constituye, en efecto, un riesgo físico y psicológico incuestionable. Los 80 comunicadores asesinados de 2000 a julio de 2012, y las altas prevalencias de malestar emocional en reporteros de la fuente (77% con síntomas de ansiedad, 42% de depresión y 41% de estrés postraumático) son pruebas irrefutables de la peligrosidad de estas coberturas. Ser espectador de atrocidades, observar de cerca cuerpos mutilados, familias dolientes, madres desconsoladas o charcos de sangre perturba los sentidos, sacude el alma, conmociona el corazón. O más aún, ser víctima directa de algún acto violento (secuestro, agresión, ataque, intento de homicidio, etc.) puede conducir a estados anímicos difíciles de asimilar.

Abordados desde una perspectiva etnográfica, a continuación se presentan testimonios de periodistas que cubrieron sistemáticamente notas de narcotráfico y crimen

organizado y que, como consecuencia de ello, mostraron síntomas de malestar emocional. Las historias y narrativas de los reporteros y fotógrafos fueron agrupadas bajo dos ejes temáticos: el primero describe características, dinámica y fenomenología de los eventos traumáticos (criterio A1 del DSM-IV-R); y el segundo se concentra en los efectos subjetivos que los acontecimientos produjeron en ellos (criterios B, C y D). En ambos casos, se elaboraron tipologías tanto de los eventos traumáticos, como de las experiencias y respuestas subjetivas (síntomas psicológicos) derivadas de los primeros. En suma, la intención manifiesta de esta aproximación etnográfica fue transformar las prevalencias y correlaciones identificadas durante la primera fase cuantitativa, en historias concretas, experiencias personales y testimonios narrados por los propios protagonistas, con toda su carga emocional de dolor, angustia y desesperanza, inherente a todo proceso traumático.

### **Reportear la guerra contra el narcotráfico**

La reportera Rosalba Ayala<sup>3</sup> estaba a punto de finalizar su guardia en el periódico, cuando se enteró de que en una calle céntrica de Los Mochis habían hallado varios cuerpos mutilados. Era casi medianoche, y no tuvo más remedio que salir a reportear la “nota” como tantas veces lo había hecho durante los últimos meses. Junto a un fotógrafo del diario, se enfiló rumbo a las calles oscuras de aquella ciudad norteña donde hay una alta presencia de narcotraficantes.

Rosalba no es una periodista novata –desde hace más de 20 años ejerce con rigor este “oficio de tinieblas”– pero lo que encontró a sólo cien metros del Palacio Municipal la dejó sin aliento y con una profunda sensación de desesperanza: en una bolsa negra de plástico alcanzó a observar un balón de fútbol forrado con piel humana. Al esférico le habían cocido un rostro en el que se divisaba el cuero cabelludo y la barba de candado de una víctima ostensiblemente torturada. Más tarde serían encontrados en diferentes zonas de la ciudad su tórax, las extremidades y el cráneo con múltiples fracturas. Los sicarios dejaron entre los restos de la víctima un epitafio macabro: “Feliz año nuevo”.

---

<sup>3</sup> Por razones de seguridad, el nombre real de la reportera fue cambiado.

El tenebroso descubrimiento “quebró el ánimo” de la reportera, y a partir de aquella noche, ya no volvió a ser la misma. “Después de tantas coberturas sangrientas caí enferma. No pude asimilar tanta crueldad”, dice Rosalba, a más de un año de transcurrido el suceso. Desde entonces, sufre ansiedad, pesadillas, aislamiento, taquicardias, ataques de pánico, hipertensión, pero sobre todo la imagen del balón con rostro humano no se le aparta de la mente. Lo ve en sueños o irrumpe despiadadamente en el lugar menos esperado.

Habla la periodista:

Al descuartizado, se han sumado otros eventos igual de despiadados: amenazas de muerte a compañeros periodistas, rondines de sicarios en la zona donde vive mi mamá, extorsiones a la familia de mi esposo. En fin, una serie de hechos que por supuesto se necesitaría no ser humano para que no te afecte. Mi problema ya es de tal magnitud que no puedo comer. Siento que me ahogo con la comida. Vivo completamente angustiada y el miedo me persigue como una sombra.

(...) Por si esto fuera poco, un día empezó a correr el rumor de que en la ciudad se habían reunido los jefes de dos cárteles, de los grandes. No te doy nombres porque seguramente ya sabes a quienes me refiero. El rumor empezó a correr como a las seis de la tarde. En los bulevares había grupos policíacos en guardia, como si estuvieran esperando a que pasara algo. Por la radio un compañero periodista se atrevió a alertar a la población de que no saliera porque había un cónclave de mafiosos y eso representaba un enorme riesgo.

Ese mismo día, como a las ocho de la noche, el jefe de la sección policíaca de mi periódico recibió una amenaza directa de los narcotraficantes para que no se publicara nada al día siguiente, o que nos atuviéramos a las consecuencias. Pero los directivos estatales del periódico nos presionaban en sentido contrario, es decir, para que se investigara el tema y se publicara la noticia. Sin embargo, el editor y el director regional dejaron en claro que no iban a arriesgar a sus reporteros puesto que había amenazas. ‘Preferimos perder tiraje a que nos pase una tragedia’, dijeron a los dueños del periódico. El director regional sabía de lo que hablaba. Apenas un año atrás un grupo de narcotraficantes le había baleado su casa. Finalmente no se publicó absolutamente nada.

Aún así, los narcotraficantes estuvieron buscando al periodista que el día anterior había manejado la información en la radio. Rosalba se armó de valor y le llamó a su colega para advertirle que los narcotraficantes lo tenían en la mira. “No te preocupes, no me va a pasar nada”, le contestó como queriendo tranquilizarla. Sin embargo, días después fue secuestrado y golpeado salvajemente por un grupo de desconocidos. No lo mataron de milagro, pero sí quedó emocionalmente dañado. Nunca hizo cargos contra nadie y hasta la fecha el reportero no quiere hablar del tema.

Bajo este mórbido ambiente, Rosalba volvió a sufrir de mareos y taquicardias. De pronto, y ante la menor provocación, irrumpía en ataques de llanto. “Fui con el cardiólogo y como si fuera un sacerdote le conté lo que me estaba pasando”, narra la reportera. Desde entonces comenzó a tomar *Tafil*, un tranquilizante de uso masivo entre periodistas de la fuente policíaca. Su esposo y ella terminaron refugiándose en la iglesia, la única instancia que está aparentemente libre de alguna conexión con el crimen organizado.

Pero la historia de Rosalba no termina ahí. Un día de descanso, mientras viajaba por carretera rumbo a su casa, se enteró de una balacera. En su celular le llovieron mensajes de amigos advirtiéndole que se alejara de la zona donde se encontraba puesto que más adelante estaban matando a todo aquel que pasara por ese cruce carretero.

Cuenta Rosalba:

Como no podía regresar porque había tomado un atajo, le pedí a mis hijos que se fueran a la parte de atrás del auto. ‘Si escuchan balazos tírense al piso’, les avisé. En ese momento me pesó traer el letrero de prensa. Llegué a la ciudad que estaba desolada y todos nos encerramos en casa. Esa noche tuve una pesadilla horrible: soñé que había perdido a mis hijos. Me desperté llorando y ahí entendí que ése era mi máximo miedo.

Siento rabia de sentirme amenazada, de no tener la tranquilidad que antes tenía, de ver tanto muerto. La mafia nos tiene de rodillas. Nos han obligado a autocensurarnos, a quedarnos callados ante las amenazas abiertas y descaradas. *Ellos* saben quién es cada reportero y dónde vive. Simple y sencillamente no podemos hacer nada.

(...) Ruego a Dios que algún día nuestro país recobre la paz perdida. Yo por lo pronto estoy preparando mi salida del periódico en el que he estado por 20 años. Pienso dedicarme a la docencia aún cuando mi pasión es el periodismo. Si me llego a salir lo haré por una mera cuestión de seguridad, porque tengo miedo, no de lo que me pueda pasar directamente a mí, sino a mis hijos. Yo tengo la convicción de que nací para ser periodista, pero en estas condiciones simplemente no se puede. ¡No se puede!

### **La costumbre de ver muertos**

Jorge Cruz<sup>4</sup> es un fotógrafo *freelance* que trabaja en Cuernavaca, la quinta ciudad más violenta del país. De carácter fuerte, este reportero gráfico suelta una sonrisa macabra cada vez que dispara su cámara sobre los charcos de sangre. “Ya me acostumbré a tomar fotografías de mutilados, decapitados o de cualquier *cosa*; soy como el médico: veo la sangre como parte de mi trabajo”, dice Jorge en entrevista, como si estuviera compartiendo un cuento de hadas y no un testimonio de la barbarie que vive a diario.

–¿No sientes miedo? ¿No te afecta ser testigo de tanta brutalidad?

–Al principio sí, pero uno se acostumbra a todo –responde el fotógrafo, sin una mínima señal de pesadumbre o congoja–. Todas las noches, cuando salgo del periódico, puedo ver un vehículo que me sigue. *Ellos* nos tienen vigilados, pero ya se me hizo costumbre. Eso tampoco me da miedo. ¡No siento nada! Soy un profesional y éste es mi trabajo. Alguien lo debe hacer ¿no?

Pero Jorge Cruz no es el único periodista que se reconoce “acostumbrado” a los charcos de sangre y a la muerte. Una reportera del norte del país narra así su experiencia:

Cuando cubres estas noticias como que quieres dejar de sentir ¿no? No sentir lo que las víctimas o los familiares sienten. Y ya aprendí a hacerlo. Creo que ya sé hacerlo. (...) Hay cosas que yo en lo personal me restrinjo, porque tienes que ponerte como una barrera para poder hacer tu trabajo. Entonces yo estoy

---

<sup>4</sup> El nombre de este fotógrafo también fue cambiado.

acostumbrada a eso. (...) Ver muertos ya no me afecta, no me impresiona. Ya no siento físicamente esa repulsión al cuerpo ensangrentado, ya no. Ya lo puedo ver bien.

El caso extremo ocurrió cuando asesinaron a unos amigos y tuve que cubrir la nota: yo iba como reportera, no iba como amiga. Y no me permito llorar. No me permito mezclar mis sentimientos para no perder la objetividad de lo que estoy haciendo, o para reflejar el dolor que están viviendo las demás personas, para poder escribir una nota objetiva. Porque lo que yo piense o sienta no importa. Importa lo demás ¿no? O sea, yo no soy la figura de la información, sino el resto. Y aprendes a *blindarte*, o sea, yo ya he aprendido a *blindarme*.

—¿Siempre fue así? ¿Desde tus inicios como reportera?

—¡No! Al inicio hasta soñaba, tenía pesadillas. Soñaba los cuerpos, y no soportaba el olor a muerto. Anteriormente era más como encontrar los cuerpos en estado de descomposición porque los iban a aventar al desierto, o porque los metían en tambos. Era otro tipo de muerte ¿no? Era la muerte que trataban de hacer más oculta. Eso fue en los 90's cuando estaba el cártel de Amado Carrillo, que no eran tantos los homicidios de alto impacto como ocurre ahora. Antes sólo te encontrabas las osamentas o era común que los aventaran al agua. Era distinto. Entonces conforme se va encarnizando esta violencia, también te estás adaptando porque hay homicidios en los que hay 17 cuerpos. O sea, imagínate que yo le tuviera miedo a la sangre, que yo me sintiera mal por la exposición de masa encefálica. ¡No podría hacer mi trabajo! Entonces te tienes que ir acostumbrando.

Javier Valdez Cárdenas (2011) describe en *Los morros del narco* un matiz *costumbrista* que viven algunos reporteros: la búsqueda de emociones. Cuenta el escritor la historia de un camarógrafo sinaloense que, aún de madrugada, se aventuraba por su cuenta a grabar asesinatos, enfrentamientos y hechos delictivos de alto riesgo:

Sergio es su seudónimo y es camarógrafo. Le hierve la sangre cuando sabe de un hecho policíaco y no le ha importado ubicarse en medio de las balaceras, oír los *swin* de las balas pasándole cerca, pegando en un árbol, una pared, o en el suelo.

Le gritan que se agache: ‘Hey veinte –como les llaman en clave los policías a los de la prensa–, agacha la cabeza, te la van a volar.’ Fue entonces que despertó y se dio cuenta dónde estaba: podía morir por grabar ese enfrentamiento, cerca del río Culiacán, entre la yerba y el agua estancada y apestosa.

(...) ‘No sé, es la adrenalina, el trabajo, las ganas de grabar las imágenes, la emoción de estar ahí. Y te olvidas. Te olvidas de todo. Y te vale’ (Valdez, 2011, p. 318).

Sin embargo, hay otros reporteros y fotógrafos de esas mismas ciudades que ya presentan crisis nerviosas o ataques de pánico por enfrentar sistemáticamente circunstancias similares. Alberto Díaz<sup>5</sup>, por ejemplo, cada vez que cruza en su auto por el puente de Galerías de Cuernavaca siente que su corazón se desboca, tiembla desesperadamente y sus manos comienzan a sudarle. En 2010 tomó cientos de fotografías de ese lugar después de unas ejecuciones del crimen organizado.

En aquella ocasión, un convoy de sicarios que viajaba en camionetas de lujo se detuvo a la altura del puente de Galerías y, amarrados por el cuello, lanzaron al vacío a un par de jóvenes golpeados pero todavía vivos. Los cuerpos quedaron colgando del barandal del puente. Desde abajo, otros sicarios jugaron al tiro al blanco con fusiles AK47. Los cartuchos quedaron dispersos por toda la avenida.

Cuando Alberto llegó al periódico, observó con lujo de detalle cada una de las fotos que había tomado, y fue seleccionando las mejores imágenes para entregárselas al editor. Fueron ráfagas de estímulos escalofrantes. Primero eliminó diez, después 20, luego 40 y así hasta sólo quedarse con ocho. Gran parte del día se dedicó a limpiar esas imágenes sangrientas y desoladoras de los jóvenes colgados del puente. Cuando regresó a casa, sentía que su cabeza explotaba: en su interior corría lava en lugar de células nerviosas. Al día siguiente, después de una jornada física y emocionalmente desgastante, sólo le publicaron un par de fotos. Desde entonces, el fotógrafo evita cruzar el puente de Galerías, “a menos que sea estrictamente necesario”. Son estos, en efecto, los síntomas evitativos propios del estrés postraumático.

---

<sup>5</sup> El nombre de este reportero también fue cambiado.

Ahora Alberto Díaz vive una disyuntiva que comparte con cientos de periodistas mexicanos: renuncia a su profesión o cambia de lugar de residencia por una menos violenta. Decisión difícil en un país con altas tasas de desempleo y con uno de los salarios más bajos del mundo.

“Quiero irme de aquí, pero ¿a dónde? ¡Tengo familia que mantener! ¡Tengo hijos pequeños! Aquí muchos de nosotros hemos sido amedrentados o golpeados por *estos señores*. ¡Así nadie puede trabajar!”, se queja desesperado al punto del llanto. “Quiero irme de aquí, pero ¿a dónde me voy?”.

Un periodista duranguense –*exiliado* en el Distrito Federal por amenazas del crimen organizado– cuenta las carencias y privaciones que vive desde que tuvo que emigrar de su estado natal a la capital del país para salvar su vida:

A mi familia la tuve que sacar de Durango. Pero aquí, en México, no tengo donde trabajar. Tengo dos años aquí y, a pesar de que tengo una especialidad y soy profesionista, no puedo conseguir trabajo ni de repartidor de gasolina. Quiero que quede muy claro esto: los periodistas desplazados somos muertos en vida y eso no se ha dicho en ningún lugar.

(...) Los que estamos en el periodismo estamos en el frente de batalla. Exijo que las empresas periodísticas nos proporcionen un seguro de vida como si fuéramos reporteros de guerra. Los que estamos en el periodismo lo hacemos por pasión y entrega; la herramienta que tenemos es el periodismo, es la entrega de nuestro trabajo y de nuestra profesión, nuestra dignidad como personas.

La pregunta que me hago es: ¿qué ha hecho la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) a favor de los periodistas y sus familias? ¿Qué hicieron los de Derechos Humanos por los periodistas que raptaron de *Milenio* y *La Opinión* allá en Gómez Palacio? ¿Qué hicieron con sus familias? ¿Ayudaron? ¡No, señor! ¡No hicieron nada! ¡Los dejaron a la buena de Dios! Las empresas tampoco los cobijaron, y ahorita están pidiendo limosna, trabajando de lo que se pueda para mantener a su familia.

¿Esa es la recompensa de un periodista recto y honesto? ¿Qué garantías tenemos los que salimos de nuestro lugar de origen? ¡Ninguna! Salí de Durango para que no me asesinaran los narcos, pero en estas condiciones en las que aquí vivo, créeme que estoy muerto en vida. ¡Estoy muerto en vida!

### **Asesinatos de periodistas**

El sonido ensordecedor de la música norteña enmudece a Patricia Uriarte<sup>6</sup>, periodista de Ciudad Juárez. Los tambores y guitarras que retumban en el bar cimbran los vidrios y hacen que las frases se desvanezcan como agua en un puño cerrado. Decenas de jóvenes beben cerveza en las barras, a un costado de las mesas de billar.

En el interior sólo hay bullicio y risas, carcajadas y gritos. Afuera silencio, oscuridad. Pareciera un ambiente de una ciudad libre de crímenes, sin muertos ni decapitados, ni con el índice de homicidios más alto del mundo. “¡No te creas!” –corrige la reportera, con un tarro espumoso de cerveza en la mano– “Hace unos días entraron unos sicarios haciendo desmanes. En Juárez no hay lugar a donde no haya llegado la violencia”.

Son casi las 10 de la noche y su teléfono celular suena constantemente. El estruendo de la música golpea también los oídos. Paty, como le dicen sus colegas, comenta algo inaudible. Imposible escuchar algo más que no sean guitarras y acordeones: retumbos fragorosos propios del norte del país. “Es difícil realizar una entrevista en estas condiciones”, se le dice. Ella sonrío, y casi gritando pospone la cita para el día siguiente, en un restaurante cercano, justo frente al periódico donde trabaja.

Mientras tanto, los tarros de cerveza fluyen por todas partes: en las barras, en las mesas de billar. Y, quizá, la droga también. Afuera, el frío, la oscuridad y la inquietud golpean el rostro de los poquísimos transeúntes que todavía se divisan por la avenida más grande de Ciudad Juárez.

---

<sup>6</sup> El nombre de la reportera ha sido cambiado.

\*\*\*

Patricia Uriarte levanta la cabeza y pide un jugo de naranja. Son las diez de la mañana del día siguiente, y el frío de enero atraviesa la piel como aguja. De su radio, –colocado sobre la mesa del restaurante– se escuchan mensajes en clave de la policía, Cruz Roja, o de colegas de la “fuente”. Así es como los reporteros de Juárez se enteran de las ejecuciones.

Paty cubre la fuente de “Seguridad” desde hace dos décadas. Día con día se enfila rumbo a las calles más peligrosas de Juárez para hacer la nota de los ejecutados, asesinados o decapitados de la ciudad más insegura del mundo. También ha entrevistado a decenas de familiares de víctimas de la guerra, y detrás de cada historia encuentra un testimonio de horror, tragedia y dolor humano. Sin embargo, el evento que más le cimbró en su historia como reportera, fue el asesinato del periodista Armando Rodríguez, el 13 de noviembre de 2008. El reportero recibió 8 disparos cuando se encontraba a bordo de su automóvil, justo enfrente de su hija.

Cuenta la reportera:

He cubierto cientos de homicidios, pero el más impactante en términos personales fue, sin duda, el asesinato de mi compañero Armando Rodríguez a las afueras de su casa. Me tocó escribir las notas de su muerte. Yo estaba en mi casa alistando a mis hijos para llevarlos a la escuela. De pronto me hablan del periódico y me avisan que habían asesinado al *Choco*.

Como a las 11 de la mañana me acerco a la casa de Armando, y ya para entonces se habían llevado el cuerpo, lo habían retirado. En este inter yo tengo muchas lagunas de lo que pasó. Yo no me acuerdo de los compañeros que estaban ahí. Unos dicen que sí los saludé, otros dicen que no. No me acuerdo. Tengo lagunas. Estaba como en *shock*.

Sólo recuerdo que me encontré a Blanca, la esposa de Armando, en una de las habitaciones de las niñas. La vi, me dio un abrazo, y se soltó a llorar. Me decía que me cuidara mucho, que no me expusiera. Me dijo: `Mira las

consecuencias. Yo quiero que te cuides mucho, que no te vaya a pasar algo a ti.  
Tú eres mamá, tú tienes hijos´.

Apenas una semana previa al asesinato del reportero juarense, una cabeza humana había sido colocada en la Plaza del Periodista, justo donde están inscritos los nombres de comunicadores asesinados. Armando Rodríguez ya había recibido previamente amenazas telefónicas del crimen organizado.

La ejecución del periodista puso en estado de alerta a muchos colegas, puesto que algunos habían recibido llamadas intimidatorias justo cuando se encontraban en el sepelio de su compañero. “Creo que después del asesinato de Armando, más que temor a una agresión, lo que sentí fue coraje por la impunidad en la que vivimos”, cuenta Patricia Uriarte. Los funerales fueron custodiados por elementos del ejército fuertemente armados y, como siempre, un séquito de políticos y funcionarios públicos lamentaron el asesinato, sin hacer absolutamente nada más.

Sobre el impacto de la muerte de su amigo, la reportera agrega:

Hemos abordado el tema de Armando entre nosotros. Hemos hablado para sacar lo que sentimos, como una especie de catarsis entre nosotros. Yo procuro hablar con mis compañeros respecto a qué pasó, qué hizo. Hemos investigado entre nosotros el homicidio y arrojamos nuestras propias conclusiones. Pero el daño emocional, el dolor existe entre nosotros, y no hemos recibido atención psicológica de eso. ¡Imagínate que hasta que cumplió un año nos juntamos en un bar para hablar de lo que sentíamos! ¡Imagínate!

El día que lo asesinaron todos lloramos, pero estábamos tan aturdidos que no entendíamos, no asimilábamos. Nos perdimos nosotros mismos. ¿Qué era? ¿El mensaje del narcotráfico para callarnos? ¿Él cometió un error? O sea, ¿Qué fue lo que pasó? Nunca supimos, no hubo una respuesta de la autoridad, no había líneas de investigación. ¡No había nada! Nosotros simplemente estábamos aturdidos. Fue algo muy difícil. Al día siguiente igual tenía que salir el periódico, teníamos que trabajar. Hubo que buscar boletines porque ese día también hubo otras

ejecuciones. No teníamos dinero ni para el arreglo floral porque nuestro ingreso económico no era alto, no es alto. ¡Esas son nuestras realidades! Como periodistas, nuestro día a día es bien complejo, y no tenemos de dónde agarrarnos. ¡No tenemos!

Un año después de que Armando fue asesinado, Blanca me dio unos libros que abordaban el tema de los traumas. Lo estábamos leyendo y yo decía: “¡Sí tengo esto! ¡Sí tengo esto también! ¡Y sí me pasa esto!” ¡No sabíamos ni siquiera que existía un trastorno! O sea, ¡realmente estamos dañados! Eso es una realidad: ¡Estamos dañados! ¡Y nadie nos ha tomado en cuenta!

\*\*\*

La muerte de un amigo es terrible, pero el homicidio de algún familiar en circunstancias violentas es apabullante. El sábado 10 de diciembre de 2011, en la explanada Francisco Zarco del Distrito Federal, se llevó a cabo un foro organizado por Reporteros sin Fronteras y el Centro de Periodismo y Ética Pública (CEPET). Ahí se reunieron por primera vez familiares de periodistas asesinados y desaparecidos. En el foro, los familiares hablaron con voces entrecortadas y miradas de luto. Sin embargo, los asientos –apertrechados enfrente de la mesa central– lucían casi vacíos. Algunos transeúntes se acercaban, curiosos, para irse después de unos segundos. Indiferencia. Apatía. Abulia en la capital del país. Pocos reporteros tomaban nota. Se percibía la nula solidaridad gremial. Era el abandono, casi el olvido. Al siguiente día, pocos medios darían cuenta del Foro.

La esposa de Armando Rodríguez tomó la palabra y dijo entre brumas de recuerdo:

Soy Blanca Alicia Martínez, viuda de Armando Rodríguez, *El Choco*, reportero de la fuente policíaca, asesinado el 13 de noviembre de 2008, afuera de nuestra casa en Ciudad Juárez. Ese día, era un jueves antes de las 8 de la mañana. Estábamos preparándonos para salir. Armando salió a encender el auto que estaba dentro de la cochera y luego regresó para decirme que ya se hacía tarde.

Le pedí que saliera con mi hija la mayor y le dije que sacara el auto mientras yo le daba la medicina a nuestra hija la menor y la terminaba de cambiar de ropa. Armando salió con la niña, escuché cuando abrió la reja de la cochera y sacó el carro. Cuando yo estaba junto a la puerta de la casa, abrochando la chamarra de mi otra hija, escuché los disparos.

Me asusté. Puse a la niña en el sillón de la sala, donde estaba nuestro hijo pequeño, entonces de 2 años, y caminé alrededor de una barra en la cocina para asomarme por la ventana. Vi el auto afuera y Armando con la cabeza agachada. Pensé que estaba buscando su teléfono para llamar al Diario y avisar lo que pasaba, pero de pronto reaccioné. Salí y fui hacia el auto, por el lado del conductor. Armando tenía los ojos cerrados. Y desde ese lado le pregunté a nuestra hija, que estaba en el asiento del piloto, si estaba bien. Ella me señaló la pierna y me dijo que creía que tenía algo. La revisé, pero ella estaba bien. Le pedí que bajara del auto y que entrara a la casa.

Armando ya no me escuchó. No vi sangre en su cuerpo, solamente una rasgadura en su chamarra, a un costado del pecho. Quise moverlo para poder manejar rumbo al hospital, pero no pude.

Entré a la casa para buscar el teléfono. Vi a mi hija la mayor sentada en un sillón de la sala. Tenía la mirada perdida. Traté de calmarla y salí con el teléfono. Llamé al número de emergencias y luego, del teléfono celular de Armando, le marqué al director del Diario para avisarle lo sucedido. No lo podía creer. Minutos más tarde llegó la policía y la agente me pidió que entrara a la casa. A partir de ahí todo ha sido un caos. Ya nada fue igual.

¿Cómo se puede resarcir un daño así? Yo puedo decir que no se puede. El mejor resarcimiento sería que Armando pudiera volver, pero eso no es posible. Pero la sociedad ha convenido que ofrecer justicia a las víctimas es una forma de reparación. Justicia no como un sentido de venganza, sino como una señal de que el pacto social funciona.

Hoy nosotros no tenemos más a Armando. Sus hijos no pueden recurrir más a él y Armando no podrá verlos crecer. Ya no lo esperamos, aunque lo

añoramos y extrañamos de una forma que no se puede explicar. Tampoco tenemos justicia. Armando no la ha tenido y esa sí la seguimos esperando.

En el mismo evento, Aldo García Caballero –hijo del periodista michoacano desaparecido, José Antonio García Apac– también tomó el micrófono y, haciendo añicos la retórica, arrojó fuego con sus palabras. Dijo con un corazón que no cabía en la plaza:

Este 20 de noviembre decidimos no conmemorar los 1,826 días que tiene desaparecido mi padre. Traducido a cifras más concretas, ha estado ausente una cuarta parte de mi vida. No queríamos conmemorar el hecho que por la falta de justicia en 5 años no hayan logrado dar con un indicio del paradero o siquiera de los responsables. No quisimos conmemorar porque lo que yo siento, lo que hemos sentido como familiares no se puede entender, no podrán entenderlo a menos que los responsables de procurar seguridad sean los mismos afectados, a menos que sean desaparecidos miembros de sus familias. Tal vez por eso no hagan caso, tal vez porque no son ellos los que han sufrido todo esto.

Han sido años de constante espera, de rechazo de parte de dos administraciones estatales y una administración federal. (...) Jamás entenderán lo que es vivir al borde de la locura, de la espera de una llamada, un mensaje ¡Algo! Nunca sabrán lo que es esperar a que él llegue como si nunca se hubiera ido; lo que es desear que todo sea un sueño y tratar de ser de nuevo feliz, a sabiendas que pudo ser torturado, esa palabra que es horrible pero a la vez inevitable. Jamás confiaré en ningún político, gobierno, institución, figura o sistema proveniente del estado y que se autoproclame a favor del pueblo.

(...) Porque tengo algo más valioso: voluntad, pasión y esperanza. Eso es lo que me mueve día a día. Sé que tal vez nunca lo encuentre, pero cada día estoy más cerca de él –mi padre–. De ser como quería que fuera: un hombre de bien, un luchador incansable Me dio el regalo de la vida, y la vida con vida se paga. Pero estoy vivo y te voy a extrañar siempre. Mientras tengamos vida los que te se sobrevivimos, mientras te recordemos, lo juro, siempre estarás vivo.

\*\*\*

Pero no solamente existe impunidad, abulia y olvido en la mayoría de los casos de reporteros asesinados; también opera una descalificación del trabajo periodístico y de la vida privada de los comunicadores. Un participante del encuentro recordaría el caso de Roberto Mora, editor del periódico *El Mañana* de Nuevo Laredo, asesinado el 19 de marzo de 2004. Lo ejecutaron con 26 puñaladas en la puerta de su casa, y después la propia procuraduría del estado montaría una campaña de desprestigio en su contra. Argumentaron que el de Mora había sido, en efecto, un crimen de odio por su supuesta condición homosexual.

Lo peor fue que algunos medios nacionales hicieron eco de esa descalificación. Jesús Blancornelas –decano del periodismo de narcotráfico en México–, denunció que hubo una intención mayor por resaltar la supuesta homosexualidad de Mora, antes que un auténtico deseo por aclarar el crimen: mucha ausencia de fraternidad gremial y poca responsabilidad de los medios. Algo similar ocurrió en el caso de El Gato Félix. Un jefe de la Policía Judicial le advirtió a Blancornelas: “Mejor párale. Total. Félix Miranda era homosexual” (Blancornelas, 2005, p.153). En suma, la homosexualidad como justificación de un ataque artero: el asesinato.

Al finalizar el encuentro de la Plaza Francisco Zarco –cuando las sillas del templete comenzaban a doblarse– la dignidad de los familiares seguía inalterable. Entre lágrimas contenidas, la esposa de un reportero desaparecido diría con voz entrecortada: “Llevo más de un año pegada al teléfono de mi casa. Cada vez que suena el timbre, rápidamente contesto. No pierdo la esperanza de que algún día la voz de mi marido suene del otro lado como si nada hubiera sucedido”.

\*\*\*

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) ha contabilizado 80 homicidios de periodistas de 2000 a junio de 2012, de los cuales nueve fueron registrados en 2011. El Instituto Internacional de Prensa (IPI), por su parte, reportó que durante 2011, 103 periodistas habían muerto en todo el mundo por causas relacionadas con su profesión. De ambos informes se deduce que del total de decesos acaecidos en el mundo en 2011, cerca del 10% ocurrieron en México (EFE, 2012; Otero, 2012).

La revista *Contralínea* hizo su propio recuento y proporcionó nombres y fechas de los periodistas asesinados y desaparecidos. Durante la administración de Felipe Calderón (2006-2012) contabilizó 79 agresiones contra periodistas, de los cuales 67 fueron asesinatos y 12 desapariciones forzadas. A estas cifras se suman los 26 homicidios y 4 desapariciones durante el sexenio de Vicente Fox (2000-2006). En consecuencia, el *saldo* de los sexenios panistas es de 109 agresiones graves (93 asesinatos y 16 desapariciones): en promedio un periodista asesinado por mes de 2008 a la 2011 (Paredes, 2012).

Por su parte, la organización Artículo 19 (2012) reportó un número menor de agravios: 72 asesinatos y 13 desapariciones de 2000 a junio de 2012. Además, contabilizó 565 agresiones contra periodistas, medios y trabajadores de la prensa durante los últimos tres años (2009-2011), de los cuales 55 fueron violaciones graves (asesinatos, desapariciones y ataques a instalaciones). Según Artículo 19, los principales perpetradores fueron funcionarios públicos, y sólo una de cada siete agresiones se le atribuyó a la delincuencia organizada (Article 19, 2012).

Pero los asesinatos o agresiones contra periodistas no son, en efecto, agravios inéditos. A comienzos del siglo XX –tal y como apuntara Carlos Moncada (1991)– un buen número de reporteros que testimoniaron la Revolución Mexicana o denunciaron corruptelas de los gobernantes, también pagaron su “cuota de sangre”. Moncada escribió:

Los políticos y caciques partidarios de la acción directa solían, aun a mitad del siglo XX, mandar a sus guardaespaldas, a manera de primer aviso a los editores, que asaltarán los talleres y mezclarán los miles de letras de molde –antes de la aparición de los linotipos– ordenadas en cajas y echarán miel o azúcar entre los rodillos de las prensas, medidas ambas que paralizaban la impresión durante

varios días. Si la advertencia resultaba ineficaz y el periodista insistía en sus críticas, se procedía al incendio y lapidación del edificio y la destrucción de la maquinaria, como ocurrió a *El Pueblo* de Hermosillo en 1928, la *Revista* de Yucatán el 27 de mayo de 1924 y *El Diario* de Guadalajara el 23 de noviembre de 1933, entre otros. (Moncada, 1991, p. 9-10).

Más aún, si los periodistas insistían en sus críticas, el cacique o gobernante en turno ordenaba su exilio: lo subían a un tren y lo enviaban fuera del estado “con la amenaza de *apalearlo* o matarlo si volvía” (Moncada, 1991). Otros gozaron de menos suerte y fueron ejecutados de manera salvaje. Por ejemplo, el 23 de abril de 1939, el periodista poblano José Trinidad Mata fue encontrado muerto en Texmelucan con tres balazos en la nuca y con ostensibles signos de tortura. Dos días después, cuando fue sepultado, una multitud indignada de seguidores acompañó sus restos al cementerio, y se encontró con una ironía macabra: la primera corona de flores había sido enviada por el principal sospechoso de su asesinato: el general Maximino Ávila Camacho, gobernador del estado y hermano de Manuel, entonces precandidato y futuro presidente de México.

Otros periodistas, sin embargo, estuvieron en el lugar equivocado al momento que cayeron las balas, como Humberto Strauss e Ignacio Herrerías. En 1912, tanto el reportero como el fotógrafo intentaron acercarse a territorio dominado por el Ejército Libertador del Sur, con el fin de entrevistar a Emiliano Zapata; sin embargo, durante el trayecto hacia Morelos, los periodistas fueron asesinados por seguidores del caudillo. El tren en el que viajaban iba atiborrado de soldados federales, y los revolucionarios creyeron que los periodistas eran en realidad espías del gobierno con intenciones de asesinar a Zapata. En la emboscada murieron 36 soldados y 20 pasajeros (Taracena, 1965).

Strauss y Herrerías no tuvieron la suerte de sus predecesores, los periodistas José V. Soriano, Juan Llanes y Jerónimo Hernández, quienes también intentaron entrevistar al caudillo. Un encuentro de esas dimensiones, en efecto, habría representado un éxito periodístico extraordinario. Sin embargo, los tres reporteros regresaron sin entrevista, y con la tremenda experiencia de haber estado al borde de la muerte.

El caso particular de Ricardo Flores Magón agrupó dos variantes de un mismo fenómeno de coacción: el encarcelamiento y el asesinato. El 21 de noviembre de 1922, Flores Magón amaneció muerto en su celda de Leavenworth, Kansas. El informe oficial reportó que el deceso se debió a un “ataque al corazón”, pero su compañero de lucha, Librado Rivera, aseguró que fue asesinado por estrangulamiento (Moncada, 1991).

Florencio Barrera Fuentes (1973) rescata una carta firmada por Ricardo Flores Magón en la que describe su ánimo deprimido de aquellos días. Desde las rejas, el periodista oaxaqueño escribió:

El estruendo de un tren rápido en movimiento viene de lejos. ¿A dónde va? Tal vez al Occidente, y esta suposición hace que mi corazón se agite. Si yo pudiera tomar ese tren, si únicamente pudiera... Pero estas rejas, crueles y frías, *se levantan horriblemente entre mí y la vida.*

Suenan las llaves; crujen las puertas de hierro; alguien blasfema en un calabozo; pulmones arruinados tosen, tosen, y siento sobre mi vieja espalda las manos de plomo de la realidad y me encuentro otra vez en la penumbra de mi calabozo, y como los demás, tosiendo, tosiendo, tosiendo, tosiendo... (Barrera, 1973, p. 182-183).

No obstante, el asesinato que mayor conmoción generó en el país no se consumó durante la gesta revolucionaria, sino en la década de los ochenta. Manuel Buendía ya era entonces un destacado columnista político, cuyas críticas hacían mella en las altas esferas del poder. Consciente del riesgo que vivía, Buendía siempre llevaba consigo una pistola para su defensa. “Si algún día han de matarme, será por la espalda”, solía decir a sus allegados. Y así ocurrió: el 30 de mayo de 1984 un asesino lo tomó desprevenido y le asestó cinco disparos por la espalda. El columnista murió al instante.

Apenas unos días antes de su asesinato, Buendía había desayunado con otro multi-agredido periodista, Jesús Blancornelas. “Al paso que vamos tendremos que usar chalecos anti-bala”, le dijo en esa ocasión el columnista de *Excélsior* (Blancornelas, 2005). Para Blancornelas, el de Manuel Buendía representó el primer “crimen narco-político” del país,

y sus frases serían una premonición que dos décadas después se habrían de cumplir: algunos reporteros del norte del país, en efecto, ya usan chalecos antibalas durante sus coberturas periodísticas en zonas narcas.

Como Manuel Buendía, Jesús Blancornelas también fue víctima de numerosas agresiones. El 27 de noviembre de 1997 fue rafagueado su auto, y en el atentado murió su acompañante, Luis Lauro Valero. El semanario *Zeta* que dirigió durante tres décadas es, en efecto, el medio de comunicación que mayor cantidad de víctimas ha registrado la historia del periodismo mexicano: Héctor Félix Miranda, “El Gato”, fue asesinado en 1988 por un guardaespaldas de Jorge Hank Rhon, hijo del empresario-político Carlos Hank González; y a Francisco Javier Ortiz Franco, –editor del semanario– lo ejecutaron dos pistoleros el 22 de junio de 2004.

Blancornelas contó que el día del asesinato, Ortiz Franco iba en su auto acompañado de sus dos hijos. Apenas se estaba acomodando en el asiento cuando una *Cherokee* negra apareció repentinamente. De ella bajó un hombre y disparó cuatro veces en cuello y cabeza del periodista. El asesino huyó de inmediato. Todo ocurrió a escasos 300 metros de la procuraduría del estado. Blancornelas hizo hincapié en un dato “curioso”: los socorristas llegaron mucho antes que los policías, a pesar de que sus instalaciones se encontraban más lejos, a tres kilómetros de distancia de la escena del crimen (Blancornelas, 2005).

“Matan periodistas y ni quien haga cosquillas (a los asesinos) –escribió Jesús Blancornelas–. Me ha tocado por desgracia ver compañeros sangrantes. Agujereados en la espalda. Tiroteados en la cabeza. Deshecha parte del cuerpo a punta de escopetazos. (...) Cada vez que asesinan a un periodista olvidan el crimen anterior” (Blancornelas, 2005, p. 23 y 25).

Y ciertamente, la impunidad de los asesinatos en México es un asunto de todos los días, como también lo es el caso de periodistas secuestrados. Entre el secuestro y el asesinato se exhibe una línea tersa, casi invisible, que separa la vida de la muerte.

## Secuestros, desapariciones...

Una inmensa mayoría de periodistas secuestrados difícilmente sobrevive a un plagio. Como norma macabra, casi todos terminan asesinados. Los pocos que logran su liberación, sin embargo, quedan marcados con heridas emocionales y recuerdos que los lastiman durante largo tiempo.

Uno de los múltiples casos de secuestros que terminaron en homicidio fue el de José Luis Ortega Mata, director del *Semanario* de Ojinaga. Cuando se dirigía al aeropuerto a recoger a un amigo, el periodista fue secuestrado por presuntos narcotraficantes y, horas después, su cuerpo sería encontrado con dos disparos en la cabeza. Días antes Ortega Mata había denunciado que el crimen organizado financiaba campañas electorales.

El caso de los familiares de periodistas desaparecidos es igual de perturbador por el contrasentido que define su condición ambivalente: por un lado, los familiares no tienen la certeza de la muerte del periodista, pero tampoco la seguridad de que sobrevivió al plagio. Este es el caso de 13 periodistas mexicanos. María Esther Aguilar Casimbe, por ejemplo, desapareció el 11 de noviembre de 2009 tras haber denunciado actos de corrupción de autoridades locales y narcotraficantes. Hasta la fecha no se sabe absolutamente nada sobre su paradero. Aún así, sus pequeñas hijas no pierden la esperanza de que algún día regrese con vida.

La lista de periodistas desaparecidos durante el último lustro es larga: Jesús Mejía Lechuga de *MS Noticias* de Veracruz; Leodegario Aguilera Lucas de *Mundo Político* de Guerrero; Alfredo Jiménez Mota de *El Imparcial* de Hermosillo; Rafael Ortiz Martínez del *Zócalo* de Moclova; Rodolfo Rincón Taracena de *Tabasco Hoy*; Gamaliel López y Gerardo Paredes de *TV Azteca del Noroeste*; José Antonio García Apac director de *Ecos de la Costa*; Mauricio Estrada Zamora del periódico *La Opinión* de Apatzingán; María Esther Aguilar y Ramón Ángeles Zalpa de *Cambio* de Michoacán; Marco Antonio López Ortiz de *Novedades* de Acapulco; Gabriel Manuel Fonseca Hernández de *El Mañanero* de Veracruz.

Pero es de tal magnitud el impacto emocional de un secuestro, que la gran mayoría de los periodistas que logra salir ileso, por lo regular se abstiene de compartir su

experiencia. Prefieren el silencio y la evitación. Un reportero plagiado confió al investigador: “Lo siento. No soy capaz de hablar de lo que me pasó. No quiero abrir heridas que están frescas. No puedo”. Otro reportero fue más directo: “No quiero. Además en mi periódico no quieren que hable”.

La evitación es, en efecto, el síntoma más recurrente entre las personas secuestradas. Todo aquello que les remite al evento –ya sean palabras, lugares, imágenes o recuerdos– se envía al baúl del silencio. Es un mecanismo natural de protección ante el dolor que representa recordar el evento traumático.

Ángeles Salgado<sup>7</sup> es una reportera que a lo largo de su trayectoria profesional ha establecido vínculos afectivos con periodistas agredidos, amenazados o secuestrados. Conoce a detalle sus historias las cuales, dice, le han dado grandes lecciones de vida. Desde hace más de diez años, Ángeles ha sentido el dolor que cargan los periodistas secuestrados, así como el *via crucis* emocional que padecen sus familiares al quedarse desamparados:

“Muchas veces sientes la tensión, la presión, la tristeza, y todo ese tipo de sentimientos que te transmite un periodista que ha sido víctima (...) Muchas veces he salido angustiada de entrevistas con periodistas secuestrados. He salido con mucho miedo. Lo he percibido, lo he sentido perfectamente. ¡Te lo transmiten!”, cuenta la reportera.

Ángeles Salgado relata el caso de un colega periodista que fue secuestrado en Torreón, hecho que evidenció el doble impacto emocional que puede representar un evento traumático: por un lado en la víctima y, por otro, sobre aquellos que establecen un contacto cercano con ella.

Cuenta la reportera:

Una ocasión hice una entrevista a un reportero que había sido secuestrado en Torreón. Y bueno, fue tal la tensión que la entrevista la tuve que hacer en un lugar totalmente fuera de lo común: un taller mecánico. Ahí se reunían todos los periodistas para platicar sus cosas. Ese día hice tres entrevistas al mismo tiempo.

---

<sup>7</sup> El nombre de la reportera también ha sido cambiado.

Pero obviamente en la tercera ya no podía, y sentía que ya no podía respirar. Sabía que en ese momento lo que me contaban me estaba angustiando demasiado.

(...) El reportero fue secuestrado tres días. Su esposa se movilizó muy rápido y afortunadamente lograron su liberación. Fue un secuestro que ocurrió en 2008. (...) Cuando él empieza a narrarme su historia yo empiezo a recordar que era un caso que yo ya había visto años atrás ¿no? Pero nunca habíamos tenido la historia completa porque cuando a él lo liberan, una de las cosas que nos pide es que no difundamos más información. El reportero nunca quiso publicar su caso. Argumentaba que él ya estaba libre, que él ya estaba bien. Y que más bien nos pedía que nos reserváramos la información. Es una historia que pocos conocieron.

Me contó todo, cómo lo secuestran, cómo lo golpean. ¡Eso me angustió mucho! Me contó detalles, todas las consecuencias que eso le trajo después. Entonces hubo un momento, no sé si fue a la mitad o al final de la entrevista, que yo sentía que no podía respirar ¿no? Además era un lugar abierto porque había más periodistas; claro, cada quien estaba en lo suyo, todos estaban tomando cerveza porque era como su lugar de reunión. Pero además ya era tarde, y yo estaba muy consciente de que era un lugar riesgoso, porque era un lugar donde podía pasar cualquier cosa. Eso lo tenía yo también muy consciente. Entonces todo eso se me estaba juntando en ese momento. Y hubo un momento en que ya no podía respirar. Y él seguía hablando, y entonces yo hice una pausa y pregunté cualquier otra cosa para cambiar un poco la entrevista. Le pregunté: “¿Qué hace tu esposa? ¿Qué hacen tus hijos?” Obviamente lo saqué del tema. Después volví sobre eso, pero ya no permití que esa parte como tan íntima y complicada él la siguiera así como la llevaba ¿no?

“O sea, yo sabía en ese momento que la entrevista me estaba afectando demasiado. ¡Porque además yo lo veía! Y yo notaba que cuando él hablaba se agitaba demasiado, como si estuviera en una carrera. Él se agitaba demasiado. ¡Revivía el secuestro! Y bueno, no sé cuántas cervezas se tomó mientras estaba hablando conmigo. Yo veía que abría una cerveza y abría otra, y otra. A él lo convencieron de que hablara, que dijera, que se desahogara. Pero al principio él no quería hablar con nadie.

(...) Supe que finalmente renunció al periódico. Después de que yo lo entrevisté, hubo un atentado contra las instalaciones donde él estaba, ahí en Torreón, y a la semana él renunció. Obviamente ya traía una situación muy difícil. Tenía como 15 o 20 años en el oficio, cubriendo la nota policíaca ¿no? ¡Él quería seguir reportando pero ya le costaba mucho trabajo! Decía que cuando iba en su camioneta a cubrir alguna nota, a mitad del camino se angustiaba muchísimo y tenía que bajarse. Él decía: `¡No voy! ¡No sigo!'. Y efectivamente no iba. Se salía y se regresaba a su casa ¿no? Y así le pasó varias veces.

Me contó que iba a terapia y que empezó a tomar medicamentos para dormir; tenía muchos problemas de insomnio. Pero obviamente uno de los problemas más fuertes que empezó a enfrentar fue el alcoholismo. (...) De hecho había adelgazado muchísimo. Se le habían ido tres años ¿no? Entonces, obviamente el impacto era visible. Después sus colegas me dijeron que había entrado en esa dinámica de tomar mucho ¿no?, en esa etapa de alcoholismo. Finalmente no supe si salió de la zona, yo supongo que sí. Creo que nunca superó realmente el trauma del secuestro. Porque cuando yo lo vi tenía tres años de haber ocurrido, y él seguía con las secuelas. ¡Volvía a revivir todo! ¡Yo veía cómo se angustiaba!

(...) Antes ya había detectado que eso me pasaba en las entrevistas muy vivenciales ¿no? Obviamente cuando sales de una entrevista de ese tipo, sales con un nudo en la garganta y dices: “¿Qué haces? ¿Lloras? ¿Gritas? ¿Hablas? ¿Qué haces?”

Ángeles entrevistó al reportero en julio de 2009. Tres meses después, en octubre, la periodista cayó en un estado de profunda depresión. Ese año, en efecto, había sido particularmente desastroso para el gremio por la enorme cantidad de periodistas asesinados, desaparecidos y secuestrados. Ángeles llevaba el conteo de las víctimas: “Ese año fue muy deprimente para mí; primero por todos los casos que se habían acumulado, y segundo por tanta frustración ¿no? Pareciera que todo lo que haces no tiene ningún impacto. Sentía una frustración espantosa, una desesperanza, un desaliento terrible. Llega un momento en que

tú dices: `¿Para qué hago esto? ¿Por qué hago todo esto? ¡Nada tiene sentido! Haga lo que haga, todo esto va a seguir ocurriendo’”, cuenta la reportera.

El último trimestre de 2009 Ángeles estaba profundamente deprimida. Las notas que redactaba eran palabras sin vida, automatizadas, robóticas. La claridad y concentración propias de su trabajo ya eran asunto del pasado. Trabajaba porque tenía que trabajar. No había otra. Nada le entusiasmaba, menos su trabajo. Reporteaba sin deseos ni pasión y “de mala gana”. Apática de día y de noche, la reportera vivía en el desgano y la desesperanza. Evitaba salir, se apartaba de la gente. Sólo quería dormir, huir de algo intangible que en ese momento no lograba identificar. Además, de todo se enfermaba: “No sólo entré en una etapa depresiva, sino que me enfermaba de todo. Ese fue el año que más fui al médico. ¡Iba por todo! Me dolía aquí, me dolía allá, me dolía el estómago, me dolía la cabeza. ¡Todo me daba! ¡Todo me dolía! Empecé a inquietarme y decidí tomar terapia”, cuenta Ángeles.

La depresión, angustia y ansiedad que vivió durante meses, parecieron años, lustros, eternidades. Sus días eran agobiantes, sin gracia y sentido. El color para ella no existía, tampoco la sonrisa ni el deseo. No obstante, después del infierno depresivo y de un largo proceso terapéutico, Ángeles logró ver la luz al final del túnel:

Ya he creado mis propias herramientas de apoyo, de distracción, de manejo de determinadas situaciones. Y no sólo mías, personales, sino las relacionadas con el trabajo con víctimas. Por ejemplo, cuando uno entrevista a las víctimas o se reúne con ellas, o las escuchas, es muy difícil que tú puedas seguir haciendo una entrevista sin que te dejes impactar por ello ¿no? Ya sé cuándo detenerme en las entrevistas, cuando hacer una pausa, qué decirle. Ahora, inclusive, ya soy capaz de realizar una entrevista por teléfono y cuando escucho que la persona no puede hablar más, entonces le digo: `Paremos un minuto. ¡Respira!’. Hago labor de contención ¿no? Aprendí a decir: `¡Tranquilo! ¡Respira! ¿Te sientes bien? ¿Podemos seguir? ¿Quieres que lo continuemos en otro momento?’. Ese tipo de cosas ¿no? Esas cosas las he tenido que aprender con el tiempo porque trabajar con víctimas definitivamente sí impacta. ¡Claro que impacta!

## **Gustavo Téllez<sup>8</sup>: historia de un reportero**

Gustavo Téllez es un reportero de sangre caliente. Nació en una región de clima tropical que en verano alcanza temperaturas superiores a los 35 grados centígrados. Sus textos, como el clima de su estado natal, son implacables. De voz pausada, el acento de Gustavo es una combinación *sui generis* de tonos urbanos y ritmos tropicales.

Desde sus años universitarios Gustavo sabe que por su cuerpo circula, inseparable, la inquietud del periodista: esa necesidad casi obsesiva de saber más, y de buscar en los rincones más recónditos el dato revelador y la noticia estrujante. Reportero preciso, siempre está cerca del dato certero que apabulla, que desenmascara.

Gustavo ha cubierto todo tipo de noticias desde hace más de dos décadas, pero su pasión siempre se ha centrado en temas de seguridad, procuración de justicia y crimen organizado, particularmente del mundo agreste del narcotráfico. Más de la mitad de su vida ha permanecido en contacto con la muerte, la violencia y la sangre a partir de coberturas periodísticas, notas y libros. Así lo ven sus colegas, como el especialista al que se recurre cada vez que se habla de los cárteles de la droga, de narcotraficantes sanguinarios o de autoridades corrompidas por los tentáculos del crimen organizado.

Gustavo tiene en su historia como periodista cientos de reportajes y entrevistas, y decenas de anécdotas que han cincelado su alma con el paso de los años.

Lo que a continuación se presenta es el resultado que condensa 15 sesiones de “entrevistas episódicas” y “narrativas” realizadas con él a lo largo de año y medio, y un trabajo etnográfico de “observación participante” que incluyó la visita a escenarios que el reportero narró en ellas. Muchas entrevistas se prolongaron más de dos horas y otras fueron relampagueantes, pero todas se realizaron a partir de horarios establecidos por el propio reportero, respetando de esta forma sus propios tiempos y necesidades. En algunas ocasiones el entrevistado llegó a buscar expresamente al investigador para comunicarle experiencias que le estaban “haciendo ruido” en ese momento o, simplemente, porque tenía deseos de compartir cómo se sentía después de una cobertura periodística impactante.

---

<sup>8</sup> El nombre del reportero ha sido cambiado.

Aquí se presenta un fragmento de su propia historia, recreada con estrategias narrativas y descriptivas permitidas en un estudio de tipo etnográfico (Hammersley y Atkinson, 1994). En consecuencia –salvo el nombre del periodista– nada de lo que a continuación se expone es ficticio.

\*\*\*

Cuando Gustavo Téllez abrió los ojos, el charco de sangre ya había inundado la sábana blanca de su cama. La mancha rojiza se extendía hacia todas partes, y de las fosas nasales del reportero caían chorros como si fueran grifos abiertos. Gustavo se incorporó abruptamente, con labios, mejillas y cuello empapados de sangre.

Era el amanecer de un jueves en Tijuana, a donde había sido enviado por el jefe de información de su periódico para que investigara sobre la estructura de uno de los tantos cárteles que operan en el norte del país. El hotel en el que se hospedaba lucía silencioso a esas horas de la mañana; si acaso el sonido de la mucama que se desplazaba por los pasillos cercanos a la habitación.

Al sentir los chorros de sangre, Gustavo se incorporó “en chinga” y cogió desesperado un rollo de papel de baño que estaba en el buró. Pero cuanto más se limpiaba, más brotaba el líquido rojo de su nariz cercenada por los tres gramos de cocaína que había consumido durante la madrugada. Le “entró” una “angustia terrible” que duró más de media hora, el mismo lapso que tardó en desaparecer la hemorragia.

“Esa mañana me acabé casi dos rollos de papel queriendo detener el sangrado. Me entró una angustia terrible porque no podía llamar a nadie. Más bien, no quería llamar a nadie del hotel porque yo todavía estaba intoxicado”, relata el reportero.

“La hemorragia no paraba. Decidí mojar una toalla, colocarme hielos y acostarme. Me quedé dormido como una hora y desperté un poco mejor. Claro, con las fosas nasales destrozadas por la *coca*, angustiado y con el vuelo de regreso perdido.”

\*\*\*

La noche previa a la hemorragia, –después de una peligrosa y estresante jornada de trabajo– Gustavo había combinado droga, cerveza y whisky, en un *cocktel* explosivo que lo puso al borde del colapso. En el hotel empezó a beber desde las cinco de la tarde: primero pidió unas cervezas, después unos whiskies, luego unas botanas.

–¿No se le ofrece nada más? –le preguntó el mesero.

–No, todo está bien, gracias.

–¿De veras no se le ofrece nada más? –insistió.

–Nada.

–¿Nada?

–¿Pues como qué ofreces? ¡Ni siquiera traes la carta! –dijo, arrastrando sus palabras.

–No pues, no sé qué quiera: una chica, un...

Ya mareado y desinhibido por los efectos del alcohol, Gustavo se *abrió* por completo:

–¿Puedes conseguir coca?

–¿Cuánta quiere?

–¡Tráete tres gramos! –pidió sin titubeos.

Instalado en su habitación, el reportero consumió cocaína durante toda la noche. Eufórico y lleno de energía, olvidó lo que era el miedo y la angustia. Por unas horas sintió que la vida le sonreía nuevamente; que todo valía la pena. Se percibía a sí mismo tan fuerte como un roble: sólido, poderoso, feliz.

Pasaron las horas y Gustavo, –ya somnoliento– quedó profundamente dormido sobre la cama del hotel, hasta que la humedad de su propia sangre comenzó a recorrer sus mejillas. Ya estaba amaneciendo.

“Toda la tensión acumulada por mi trabajo en Tijuana, por la investigación que estaba realizando, todo ese asunto lo canalicé una vez más por la vía fácil: el alcohol y la droga. No pude digerir el peligro y la tensión que había pasado días atrás buscando información para mi nota. Simplemente fue como un empujón, un rebote terrible”, cuenta el reportero.

“Ésta es una de las tantas cosas cabronas, difíciles y traumáticas que he pasado porque, además del daño físico y emocional que me estaba haciendo, veía una contradicción más en mí: ¿Cómo es que estoy manejando temas del narco, cuestionando sus estructuras de poder, su barbarie? ¡Y al mismo tiempo soy un consumidor de *coca!*”, dice con voz apagada, como si quisiera resguardar sus propias palabras.

Un par de años después de ese acontecimiento, vendrían como cascadas crisis emocionales, ataques de pánico, miedo a salir de casa, angustia, temblores, aislamiento, estados depresivos, irritabilidad, problemas cardiacos y contracturas musculares. Todo ello asociado –de alguna u otra forma– a su trabajo como reportero de la fuente de justicia y crimen organizado.

\*\*\*

No era la primera vez que Gustavo Téllez viajaba a Tijuana a *reportear* asuntos del narcotráfico. Conoce la región en todos sus vericuetos: sus avenidas, los tugurios, las oficinas municipales, los cuerpos policíacos...

Una ocasión recibió de su jefe de Información la orden de hacer una radiografía del Cártel de Tijuana. En ese entonces, aún cuando Amado Carrillo ya había desaparecido del escenario de la droga, el cártel todavía tenía el dominio casi total de la zona.

Narra el reportero:

“Viajé a la frontera, y contacté con un abogado del cártel. Una de las maneras de entrar a ese mundo es a través de los abogados. Platicué con él y pregunté cómo iban los casos de los clientes que estaba defendiendo. Tenía curiosidad de asomarme a los expedientes. Ante el abogado mi interés periodístico eran las injusticias que se estaban cometiendo contra los miembros del cártel, aunque en realidad lo que más me importaba era conocer los documentos para poder armar la radiografía. De otra forma no se podía.

“Me entrevisté con el abogado cuatro veces en dos días y consultó con Benjamín Arellano Félix vía telefónica para saber si atendía o no mi petición. Finalmente dio luz verde y me mostró algunas cosas. Salió un buen reportaje de esos expedientes. Y salió todo tan bien, que hasta me pareció irreal”, cuenta el reportero.

Cuando Gustavo ya se encontraba en el aeropuerto de Tijuana, justo en la fila para abordar el avión que lo regresaría a su ciudad de origen, sonó el teléfono celular. Era el abogado.

–Oye, ¿puedes salir un momento? –le dijo.

–Ya estoy en la sala de abordar, licenciado. Si quiere...

–¡No, no, no! Necesito que salgas, me urge decirte algo.

–En verdad no puedo.

–¡Nos vemos en el estacionamiento! –ordenó exaltado.

–Estoy en la...

–Oye cabrón, en buen plan. Si quieres continuar con la *relación* y que nosotros te estemos apoyando con estos documentos, por favor sal. Es un mensaje urgente: es de vida o muerte. Así que tú decides.

El reportero no tuvo más remedio que salir al estacionamiento. No vio a nadie. Angustiado, sólo esperaba el inicio de los disparos de algún lado. Sus pensamientos eran vertiginosos. Imaginaba lo peor. De pronto apareció a lo lejos una camioneta de la que descendió el abogado. Sin preámbulo alguno le soltó el “*calambre*”:

–Dice Benjamín que cuidado y lo vayas a traicionar. Me acaba de llamar para eso; yo te lo hago saber tal cual. No podía decírtelo por teléfono. Sale pues, ¡ahí nos vemos!

Y el abogado se fue rápidamente. Gustavo regresó pálido al avión con las palabras taladrándole el oído: “*cuidado y lo vayas a traicionar*”. Se sentía, en efecto, en la mira de los capos, aunque en realidad él no había hecho nada sino simplemente revisar expedientes. Sabía que estaba tratando con un abogado sin independencia, que formaba parte de la estructura del cártel de los Arellano, pero la información que obtenía le estaba permitiendo estructurar muchos reportajes.

Mientras abordaba el avión –todavía con el semblante pálido–, pensó que esa *relación* era como un agujón permanente en su desempeño periodístico, que tarde o temprano iba a inocular de mala manera.

\*\*\*

En Tijuana Gustavo Téllez entabló relación con periodistas locales, sobre todo con los que cubren temas del crimen organizado.

“Yo iba cada mes y medio a Tijuana. Empecé abrir ahí un círculo de compañeros reporteros; muchos de ellos amigos míos desde la universidad, que ahora están trabajando en periódicos locales.”

Un día antes de la hemorragia, mientras buscaba datos para un reportaje, Gustavo se encontró en una cafetería con el jefe de información de un periódico local. Sin mayor preámbulo, éste le soltó a bocajarro:

–Oye Gustavo, hay un amigo de un primo de los Arellano, de Benjamín, que quiere hablar contigo. Quiere echar una platicada porque dice que tiene ahí algunas cosas que contarte. Dice que los Arellano ya no radican en Tijuana, que en realidad la gente que está aquí es la de *El Mayo*. Te sugiero que lo escuches.

Gustavo se resistía al encuentro, consciente del riesgo y las consecuencias:

–No, hermano, está cabrón irse a sentar a un lugar con un personaje de esos. No, a mí me parece que es muy riesgoso.

–Él me conoce –insistió el jefe de información.

Después de un largo “estira y afloja”, Gustavo terminó aceptando y acordaron verse en un restaurante ese mismo día por la tarde.

Una vez reunidos los tres, empezaron a platicar y la conversación se extendió más de una hora, hasta que el “amigo del primo” se levantó para ir al baño. Fue entonces cuando Gustavo se enteró de la mentira:

–Oye, nomás te quiero comentar un detalle: el amigo cercano del primo de Benjamín... pues no existe. ¡El primo es éste! –dijo, sin el mínimo remordimiento, el jefe de información.

–¡Pa’ la madre! ¿Sabes qué? ¡Mejor vámonos de aquí! Vámonos de aquí, porque este señor es un blanco...

–¡No!, ¡no!, tranquilo!

–No sabemos si lo andan siguiendo, o si trae cola, o qué onda. Si está aquí adentro, seguro hay gente que lo...

–¡Tranquilo! –insistió el jefe.

El primo del narcotraficante regresó del sanitario.

“No tardamos ahí más de 15 minutos... minutos eternos, cabrones. Yo imaginaba todo. Esos instantes me acalambraron muchísimo porque yo pensé: ‘No sé con qué gente estoy tratando, y ¡todo por una pinche nota!’”, reconoce Gustavo.

“Desde entonces Tijuana se convirtió en un lugar que empecé a manejar con reserva. Iba yo de incógnito porque resulta que después me di cuenta que algunos de mis amigos periodistas comenzaron a traer carro del año, pagaban todas sus cuentas, traían ropa chingona, se iban a Europa de vacaciones. Resultó que mi ex compañero de salón estaba ligado... tenía hasta una casa de cambio.”

\*\*\*

Pero Gustavo Téllez está convencido de que no todos los reporteros de Tijuana tienen precio. Reconoce, por ejemplo, la trayectoria profesional de uno de los más ilustres periodistas que ha dado esa ciudad: Jesús Blancornelas. Aunque originario de San Luis Potosí, Blancornelas destacó desde muy joven en los medios de Tijuana. Crítico, sagaz, y con una línea editorial por completo independiente, fue víctima de numerosas amenazas tanto de grupos de poder político como del crimen organizado.

El 27 de noviembre de 1997, Blancornelas y Luis Valero Elizalde se dirigían rumbo al aeropuerto de la ciudad. Inesperadamente un auto los interceptó y comenzaron a rafaguear la camioneta en la que se encontraban. Valero de inmediato lo cubrió con su propio cuerpo para evitar que las balas se impactaran en el periodista: le salvó la vida. Valero Elizalde, por el contrario, recibió 38 impactos y murió de manera instantánea. A Jesús Blancornelas le perforaron el pulmón, justo catorce días después de haber cumplido 61 años de edad.

Desde entonces la vida privada e íntima de Blancornelas dio un vuelco de 360 grados: el cártel de Tijuana ofreció 250 mil dólares por asesinarlo. Hasta su muerte por enfermedad, el 23 de noviembre de 2006, al periodista siempre lo acompañaron

guardaespaldas quienes, –con la intención de protegerlo del crimen organizado–, paradójicamente, le fueron despojando pedazos a su vida y a su libertad. Ni siquiera podía gozar de una caminata en algún parque, o pasear por lugares públicos por el temor a que atentaran nuevamente contra su vida.

\*\*\*

Gustavo Téllez se identifica con Blancornelas en el tema de la libertad. Observa en su caso un espejo que refleja parte de su propia condición:

“Como reportero, en el tema del narcotráfico me esmero en obtener el dato más revelador, llegar a veces al límite del mundo de los riesgos para obtener algo que sea novedoso para los lectores. Pero en esa búsqueda de lo novedoso, de lo extraordinario y, obviamente impulsado por la libertad de expresión que el medio donde trabajo me permite, sin darte cuenta, uno mismo va limitando la libertad propia”, relata el periodista.

“Porque como está el país tan revuelto, con los altos niveles de impunidad que hay, lo que publica la prensa libre ya no se toma como ejemplo de lo que se debe corregir, o no se toma como una denuncia de lo que está mal en el sistema, sino que se empiezan a hacer críticas incluso a nivel personal, y se cree que los medios están sirviendo a intereses oscuros ¿no?

“Entonces ahí es donde viene la parte más grave. Yo creo que cuando un sistema está completamente corrompido, infiltrado, entonces empieza a creer que un medio de comunicación abandera causas oscuras. Por este elevado nivel de impunidad viene un revés en el que la mayor parte de las veces es el reportero el que viene pagando las consecuencias por lo que publica.”

Téllez encuentra una terrible paradoja que, según él, ha pasado desapercibida por los directivos de los medios de comunicación mexicanos: ejercer a plenitud la libertad de

expresión en temas de narcotráfico y crimen organizado suele conducir, invariablemente, a la limitación de otras libertades individuales de los periodistas.

“En estas circunstancias en las que el reportero se ve inmerso, resulta muy desventajoso para uno porque no hay autoridad a la que pueda uno acudir, recurrir. Todo está permeado por la ineficacia, como detenido por una atrofia”, dice Gustavo Téllez.

“Entonces se va acotando la vida personal, se va acotando la libertad. Por ejemplo, el hecho de que yo tome decisiones de no salir a determinados lugares, le estoy cortando pedacitos a mi trozo de realidad, más pedazos a mi mundo de realidad, de libertad donde me muevo. La estoy acotando cada vez más bajo la lógica de que debo cuidarme: dejo de salir de noche, no salgo a cenar cuando es determinada hora; emergen los síntomas del temor, de la zozobra, ya estás inquieto. Acotas tu libertad personal.”

Añade:

“La otra, en el peor de los casos es decir: ‘no salgo’ o ‘no voy porque he recibido una llamada intimidatoria o el tema que voy a publicar es fuerte’. No se sabe si se habrá filtrado la información, si habrán escuchado; es peligroso salir antes de que la publicación aparezca. Entonces tomo una decisión más drástica: no salgo. Cuando publico denuncias o trabajo temas mucho más peligrosos, pues tengo que desaparecer unos días, 15, 20, un mes, mientras pasan los efectos.

“Bajo estas condiciones, –prosigue el reportero– las garantías de hacer un periodismo libre son cada vez más estrechas ¿no? ¿A dónde vamos? O sea, –como diría en su momento Montaigne–, ante las circunstancias del exterior voy a tener que quedarme en mi propio ‘mundo interior’. Porque de otra manera no voy a poder estar tranquilo”.

Y en efecto, las intimidaciones y amenazas contra el periodista no han sido pocas. Gustavo ha sido amenazado innumerables ocasiones por medio de correos electrónicos, llamadas telefónicas, e incluso en formas más directas, como intimidaciones verbales cara a cara. Todas le quitaron el sueño.

Una vez, –en el contexto de la escritura de uno de sus libros sobre narcotráfico–, unos desconocidos irrumpieron en el edificio donde vivía. Removieron archivos, hojas sueltas y cosas personales. Los vecinos se asustaron porque ellos también fueron víctimas colaterales. Un condómino lo llamó por teléfono:

–Oye, nos preocupa que haya ocurrido esto, porque a nosotros tampoco nos robaron nada: no se llevaron alhajas, relojes... ¡Nada! Lo que andaban buscando son documentos porque revolotearon todo. Qué documentos buscaban no sabemos, pero bueno, te queremos decir porque tú eres periodista... y no sé si el asunto era contra ti, y se metieron a los departamentos equivocados.

Y en efecto, el *asunto* era contra él.

Las llamadas fueron del mismo tenor: “¡Bájale porque estás muy cargado hacia nosotros! ¡Somos de la última letra!<sup>9</sup>, ¡Bájale a tus güevos, sabemos dónde estás!”

En otra ocasión, mientras se preparaba para un viaje a Monterrey para presentar un libro, recibió un correo anónimo amenazándolo de muerte. Le advertían que si se presentaba en el evento iba a ser ejecutado. Gustavo terminó por cancelar su participación.

Pero lo que en un principio fue para él una decisión obligada, necesaria y completamente lógica –salir a la calle y exponerse en ese contexto de amenazas sería una “locura”– se transformó, con el paso de los años, en un hábito, en una costumbre. En una mala costumbre.

Cuando los embates del exterior fueron desapareciendo, cuando su seguridad ya no se veía tan vulnerada, la dinámica de la soledad y el aislamiento se quedaron instalados por completo en él. Aunque pudiera, aunque las condiciones del exterior fueran más favorables, Gustavo ya no quería salir. No podía salir. El miedo comenzó a invadirlo y las oleadas de pánico no tardaron en aflorar.

---

<sup>9</sup> Con la “última letra” se referían al grupo paramilitar denominado *Los Zetas*, el cual está formado por ex militares, que inicialmente fueron el brazo armado del Cártel del Golfo para, posteriormente, fragmentarse y rivalizar entre sí en una guerra sanguinaria por el control de territorios.

Sin darse cuenta, su ‘mundo interior’ otrora protector, se fue transformando poco a poco en un infierno.

Montaigne se había equivocado.

\*\*\*

Al principio pensó que el miedo iba a desaparecer con el transcurrir de los días; que era una respuesta natural a la violenta realidad que vivía no sólo él como periodista, sino el país entero. Entreveía que era el precio a pagar por la acelerada dinámica a la que estaba sometido por la búsqueda de información, que incluía mirar de cerca cuerpos decapitados, piernas colgantes como ramas de árboles secos, balones de fútbol forrados de piel humana, compañeros periodistas asesinados ante las miradas horrorizadas de los propios hijos... Escenas de horror y guerra.

Cuando se sentía como roble llegó a afirmar, un tanto indiferente: “Como que te vas acomodando a vivir así, entre tanta muerte. (...) Como que cada vez andas buscando algo mucho más impactante. Una ejecución en este momento, ya por la saturación que hay, a mí me parece un hecho ordinario. Ya no sorprende, ya no mueve, salvo cuando la carga dramática es mayor. (...) Me puede afectar de momento, sí, pero de la misma manera que me afectó, al día siguiente fue como sumarlo a la estadística, y pasemos a otra cosa ¿no? Entonces hay que buscar, porque siempre se busca algo que asombre más y más y más”.

Meses después su discurso se fue modificando: “Lo peor que puede ocurrir es que empecemos a aprender a vivir con miedo y hacerlo parte de la vida cotidiana, incorporarlo como una pieza a la vida... ¡Cuando la vida puede ser de otra manera! ¡Carajo!”.

Y, finalmente, –con dos décadas tras su espalda cubriendo temas de narcotráfico–, terminó encerrándose en su casa, aislado del mundo, de sus compañeros de redacción, de su

familia, consumiendo alcohol e inhalando cocaína: ‘perturbado’ y ‘enfermo’ como él mismo se describió durante una de sus múltiples crisis físicas y emocionales.

El horror ya empezaba a cobrar factura.

\*\*\*

Con más de dos décadas de experiencia en el oficio reporteril, Gustavo Téllez ha descrito con detalle y rigor casi detectivesco muchos de los eventos policíacos que marcaron al país en los últimos años. La gran mayoría hechos trágicos y violentos, sobre todo los que escribió a partir de la década de los noventa.

Experimentó en carne propia los estragos de la matanza de Tlalixcoyan en Veracruz; describió enfrentamientos entre soldados, policías judiciales y “narcoguerrilleros”; entrevistó a líderes sociales y agrarios que se decidieron por la vía armada como mecanismo para obtener justicia; se le estremeció el corazón cuando narró el linchamiento de un hombre por haber violado a una mujer en Tatahuicaopan; narró las salvajes técnicas de tortura de policías federales; dio voz a través de sus escritos a familiares de desaparecidos políticos; se conmovió frente a los testimonios de personas secuestradas por el crimen organizado; denunció corruptelas de funcionarios públicos, policías y miembros del ejército que fueron cooptados por el narco; periodísticamente llegó a las entrañas –sin excepción– de todos los cárteles que operan en México, con una descripción crítica y feroz de sus salvajes procedimientos...

Su trabajo le dio fama y reconocimiento en el medio, pero también le cobró una enorme factura. Dos décadas describiendo el horror y la barbarie –el lado más oscuro de la condición humana– no podían dejar en él, ni en nadie, un camino sin huellas.

“Cuando yo me involucré periodísticamente en los temas del narcotráfico, sin darme cuenta empecé a entrar en ambientes cada vez más alterados y emocionalmente intensos. Al

principio sentía que no me repercutían, o sea, yo me sentía como blindado. No sentía sus efectos; no sentía cómo todos esos impactos del exterior iban entrando en mí, anidándose en mí”, relata el reportero.

“Incluso literalmente me reía del horror. Por ejemplo, en uno de mis textos narro una historia de alguien que es asesinado en Jalapa. A este hombre lo torturaron y cuando llega el Ministerio Público y lo descubren, se ve que lo ahorcaron, lo torturaron de tal suerte que muere con el mentón rígido. Entonces muestra toda su dentadura al momento en que está tirado, muerto. Yo dije: *¡Putá! Este cuate se ve que lo súper torturaron*. En el reportaje escribí: ‘Ahí quedó tirado en la banqueta, rígido el mentón como sonriéndole a la muerte’. Entonces para mí fue como ponerle ahí un adorno más al horror, que ya de suyo lo era, pero había que ponerle algo más dramático. ¡Un adorno al horror! ¡Fíjate! Como si el horror necesitara de adornos.

“Lo que sí no me atreví a hacer, y tuve el material para reproducirlo, es narrar paso a paso la decapitación; y sobre todo una curiosidad que todavía por ahí en algún momento la traje dando vueltas: una inquietud que es si en el momento en que los decapitan hay o no consciencia en la víctima”, reconoce el periodista.

\*\*\*

Ante estos escenarios de barbarie, horror y muerte, Gustavo Téllez terminó emocionalmente dañado. Su necesidad por evadir síntomas otrora desapercibidos por él, hizo que se refugiara por enésima ocasión en el espejismo del alcohol y la droga:

“Yo sentía a veces la necesidad de beber. Falsamente creí que después de una jornada periodística ardua e intensa, una salida o una forma de relajarme era bebiendo. Entonces empecé a beber mucho. Entré en una etapa de alcoholismo crítico que me llevó a quedarme en lugares hasta muy tarde, chocar automóviles, gastar más de lo que tenía,

generar problemas en el entorno familiar. Y bueno, hasta que recibí un ultimátum de mi esposa: o dejas de tomar o nos separamos.”

Gustavo ingresó a Alcohólicos Anónimos (AA) con el deseo de rehabilitarse, pero sus adicciones eran acero frente a sus esfuerzos:

“Yo llevaba también un problema de drogadicción porque al mismo tiempo que consumía alcohol, consumía cocaína. Eran formas de fugarme, eran maneras de evadirme de las molestias que sentía. Y una vez que pasaba toda esa tempestad, retomaba el hilo de mi tarea periodística para después continuar en la misma dinámica: un círculo vicioso que duró mucho tiempo.”

Gustavo se alistó en Alcohólicos Anónimos y participó en sus sesiones durante siete meses, pero nunca pudo cumplir un aniversario sobrio. No es que hubiera tenido recaídas, simplemente no dejó de beber ni de consumir droga. Incluso cuando salía de las sesiones llegaba a su casa a emborracharse. Había perdido por completo el control.

“Yo seguía en mis tareas periodísticas y el estrés fue subiendo, fue subiendo mucho, alto, alto, alto. Ya para entonces mis consumos de alcohol eran de dos botellas los viernes. Sábado y domingo me la pasaba borracho. Además todas las noches consumía droga”, reconoce el periodista.

“Una vez que probaba cocaína era como probar algo que te jalaba y te jalaba y te jalaba a seguir consumiendo. Es una necesidad imperiosa de seguir consumiendo, no puedes parar hasta que prácticamente amanece. El día te llama a tus tareas y tú estás prácticamente exhausto.

“Me pasaba mucho tiempo drogado. Quizá sentía mucha culpa por lo que hacía, pero no podía detenerlo. Un día amanecía con una cruda moral terrible y a la mañana siguiente ya se me olvidaba, y al tercer día volvía a consumir. Era un círculo vicioso que no podía romper. Todas las palabras de aliento, todas las palabras de amor, todas las palabras, consejos y sugerencias, pues a mí se me resbalaban. Nada de eso permeó en mí.”

Matiza:

“Yo no quiero decir que estos programas como Alcohólicos y Narcóticos Anónimos no funcionen, porque han salvado vidas. Pero a mí no me funcionaron. Lo que me sacudió fue otro tipo de experiencias.

“Entonces, como te decía, viene la culpa, viene el vacío, me vienen unos vacíos terribles por todo lo que hacía conmigo y lo que estaba generando hacia el exterior, sobre todo en el entorno familiar. Así como de alguna manera ganaba credibilidad en la tarea periodística, perdía credibilidad ante la familia.”

Los años que Gustavo destinó a procesos psicoterapéuticos tampoco fueron muy fructíferos. Durante muchos años se hizo “especialista” en diversas corrientes: primero comenzó con “sistémicos”, siguió con gestalt y terminó en psicoanálisis.

“Estuve en terapia muchos años. La primera bajo el método sistémico, y los ‘veintes’ no me empezaron a caer sino hasta cinco años después. Esta primera experiencia de tratamiento psicológico me metió a una dinámica en la que todo lo razonaba, pero yo no sentía que lo que escuchaba o hablaba permeara en mi conducta. Yo no veía cambios en mi conducta.

“Todo estaba racionalizado, todo lo entendía perfectamente, sí, pero bueno, luego esto cómo lo traduzco en un cambio de conducta. Finalmente dejé esa terapia. Pasó tiempo, creo que como un año o un poco más, y me incorporé a otra, una combinación de gestalt con psicoanálisis. Cuando suelto la terapia, de nuevo como que me empiezan a caer los “veintes”.

Pero ni la psicoterapia ni las sesiones en *Alcohólicos Anónimos* le funcionaron para detener su deseo por la droga. Por el contrario, mientras más se esforzaba por remediar sus adicciones, mayor era el deseo de acudir a ellas.

“Yo me pasaba día y noche consumiendo, muchas veces sin bañarme, sin comer, encerrado en mi departamento en mis días libres, sin abrirle a nadie. Yo solo, dando vueltas en mi recámara, en la cocina, en la sala. No podía sostener la atención en el televisor, ni en la radio, ni en nada. Era nada más estar girando como una noria, consume y consume y consume...”

\*\*\*

En uno de sus textos, Gustavo Téllez narra el “drama” de un poderoso narcotraficante, cuya adicción a las drogas y al alcohol lo llevó a vivir una existencia “sórdida” y “desordenada”.

Con fama de violento y sanguinario, cuenta cómo este capo fue perdiendo poco a poco el control de la plaza por su fuerte dependencia a los estupefacientes y al alcohol. Borracho y drogado, el narcotraficante comenzó a descuidar el “negocio”.

Un día el jefe del cártel –su superior inmediato– decidió reemplazarlo civilizadamente. “Llegó tu hora. Tienes que irte”, le dijeron. No hubo tiros ni amenazas. Por el contrario, hasta una fiesta de despedida le organizaron con la presencia de policías de la región. Y más aún, –en un sarcasmo del destino– al capo lo internaron en un centro de rehabilitación para que se alejara del infierno de las drogas.

Desquiciado por “emociones distorsionadas”, –cuenta el reportero– el capo convirtió sus noches y días en una lucha constante con la ira. Todo le perturba, le molesta, le irrita. Es un “espíritu agitado” y “sin reposo”. Está demasiado sensible a los embates externos, y con frecuencia estalla en cólera con una “fuerza volcánica” que sólo se apaga con alcohol y droga. Solamente bajo el influjo de la coca, esta fiera que lleva dentro puede ser domada.

Pero cuando termina el “dulce encanto” de la coca, el capo regresa a su “agitada intranquilidad”. La ansiedad lo invade nuevamente, y ni siquiera los somníferos surten efecto. De esta forma brota una vez más el deseo enfermizo por consumir lo que sea, a costa de lo que sea. Nada tranquiliza al narcotraficante, nada lo calma “pues este ser parece que no puede con la vida”. Desde entonces, –describe el reportero– su guerra no es contra sus enemigos de otros cárteles, sino “consigo mismo”, con sus “demonios desenfrenados y con las sombras de sus fantasmas”.

\*\*\*

Gustavo Téllez reconoce que en la descripción conductual y anímica que hizo del narcotraficante, también incluyó algunas pinceladas de su propia experiencia con la droga:

“Una noche comencé a escribir esa historia a partir de documentos oficiales de la DEA (Drug Enforcement Administration por sus siglas en inglés). El expediente describe que este señor es alcohólico y drogadicto, y que la cocaína lo está consumiendo. Ese texto yo lo escribo drogado, mirándome al espejo. Mirando al personaje y mirándome a mí mismo narro el drama, el drama del consumo. Un hombre que se pierde, que se va de la realidad, que sufre, que ya no le hacen nada los somníferos, que no duerme, que no está en paz...

“En buena medida, aunque hay información real del capo, esa parte es como un autorretrato porque lo hago drogado: viéndome a mí lo veo a él, y viéndolo a él me veo a mí. Ese texto lo terminé como a las cinco de la mañana, en la hondura del personaje, en la hondura pero drogado. Entonces entraba yo en un juego de espejos: toda mi experiencia vivida en la coca desbordada hacia el retrato de este hombre.”

Aún así, cuenta el reportero, a pesar de haber visto su propia tragedia a través del espejo del narcotraficante, su deseo por consumir cocaína no disminuyó.

“Después de ese texto mi consumo no cesó, por el contrario, cada vez fue mayor. Yo consumía, por ejemplo, tres botellas los fines de semana, y tres días de trago entre semana en restaurantes. Además, consumía tres gramos de coca casi siempre en la noche porque en el día hacía mi tarea, mi labor periodística. En la noche era como el fantaseo, el desconecte.”

Añade:

“En el fondo yo temía que fuera a ser objeto de alguna denuncia que pusiera en evidencia mi problema adictivo y, sobre todo, que la credibilidad de mi trabajo periodístico se derrumbara a partir de que tienes dos posiciones frente a un mismo hecho: la posición crítica de trabajar el tema hasta donde dé, denunciando hasta compradores y vendedores y, al mismo tiempo, el nudo que yo veía en mi interior, en donde yo era parte de ese eslabón.

Entonces tuve que zafar ese nudo, rehabilitarme a como diera lugar y empezar a desconectarme del mundo adictivo del consumo... aunque no de lo tóxico del tema.”

“Pero yo no podía controlar el consumo de droga. ¡No podía! Lo que a mí me para, lo que me detiene es una crisis cardiaca. Ése para mí fue el aviso más cabrón que me da la vida”.

\*\*\*

El primer “aviso” que lo cimbró fue en octubre de 2007, cuando Gustavo ya llevaba dos semanas sin consumir droga y alcohol. Esa ocasión llegó “doblado” al hospital, con los brazos entumecidos y, –después se enteró– con una presión arterial de 190/100.

La crisis se manifestó de diversas formas: sentía “oleadas de pánico”, cuerpo tembloroso, tez pálida, entumecimiento de extremidades, ansiedad...

–¿A qué se dedica? –le preguntó el cardiólogo.

–Soy periodista.

–¿Ha consumido drogas?

–Sí.

–¿Alcohol?

–Sí.

–¿Se ha sentido estresado?

–Mucho.

El médico estabilizó al reportero y le suministró algunos medicamentos. Gustavo regresó a casa con semblante pálido y demacrado. Tomó unos días de descanso, pero el miedo y las molestias no lo abandonaron por completo.

\*\*\*

En diciembre del mismo año, el periodista tuvo otra recaída que lo llevó nuevamente al hospital. El cuadro que presentaba, sin embargo, era más complicado que el anterior. Para entonces Gustavo Téllez llevaba dos meses sin beber alcohol ni consumir cocaína.

–Me da la impresión de que usted viene infartado –opinó el cardiólogo.

Le realizaron los estudios necesarios y el médico diagnosticó *isquemia moderada*. En efecto, algunas de sus arterias empezaban a tener problemas de flujo sanguíneo, y al obstruirse se elevaban los niveles de presión, lo cual podría provocar un infarto masivo. El cardiólogo fue claro:

–¡No puede fumar, no puede beber alcohol! ¡Nada de tóxicos! Hay que bajar de peso, hay que cambiar de hábitos...

–¿Y mis nervios, doctor? Estoy estresado, me sigo sintiendo nervioso, muy alterado. –dijo Gustavo.

–Si quiere lo canalizo a *Psiquiatría*, pero eso lo podemos ver después –respondió lacónico el doctor, como si éstas fueran molestias menores, irrelevantes, prescindibles.

Gustavo salió del hospital, temeroso de su nuevo diagnóstico, con una larga lista de prohibiciones, y una receta atiborrada de medicamentos: Angiotrofín, Plavix, Co-diován...

“Me pasaron el video de cómo estaba mi corazón, qué arterias estaban bien, cuáles arterias estaban con problema. Me explicaron qué podía pasar si ese ritmo continuaba. Entonces el cardiólogo fue muy tajante conmigo: ‘Si sigue metiéndose tóxicos yo no le doy a usted mucho tiempo. Va a tener un infarto que puede ser masivo’.”

Cuenta el reportero:

“En mi caso no me funcionó ningún programa de rehabilitación. Fui a *Alcohólicos Anónimos*, a *Narcóticos Anónimos*, trabajé con personas que tienen el mismo problema, y no encontré ahí ninguna solución. Es decir, el freno al consumo, –porque no puedo decir que estoy curado– se da a partir de mi problema cardiaco, cuando el cardiólogo me muestra las imágenes de cómo estaba mi corazón.

“En esas condiciones, combinando trabajo, trabajo muy estresante, desordenes alimenticios, alcohol, desvelos, obesidad, droga, sedentarismo, pues estaba en un cuadro preinfártico.”

Asustado, Gustavo Téllez se tomó un mes para su recuperación. En esos días no podía escribir ni tampoco leer. Se sentía débil y cansado. Cualquier esfuerzo que realizara resultaba insuficiente. Para entonces, la presencia del malestar emocional era demasiado clara y evidente. Ya sin alcohol y droga que los encubriera, los síntomas psicológicos comenzaron a emerger con mayor intensidad.

\*\*\*

Gustavo Téllez regresó a la redacción del periódico y la intensa “dinámica informativa” propia del oficio comenzó a erosionar su ánimo. En los pasillos del diario se le veía cabizbajo y sin energía. Apenas cruzaba palabras con sus colegas.

El reportero recuerda así esos días:

“Me percaté de que la dinámica informativa empieza a golpear mi interior, ya sin anestésicos, sin manera de evadirme, sin la armadura protectora del alcohol y la droga. Entonces empiezo a sentir de manera cruda el embate del exterior en lo informativo. Empiezan a subirme los niveles de tensión nerviosa. Por supuesto que entiendo que consumir droga y alcohol durante mucho tiempo, y con esos excesos, dejaron en mí secuelas; me dejaron una sensibilidad extrema en los nervios. Pero el estrés normal del día era para mí insoportable.

“Ocurre que yo, ya *desnudo* frente a una actividad que empieza a demandarme más tiempo, le entro a esa turbulencia informativa. Entonces viene el insomnio crítico que se convierte prácticamente en un problema e impacta en otras partes: impacta mi ánimo, me levanto irritado, me levanto con contracturas musculares, me levanto de mal humor y,

obviamente, con bajo rendimiento, bajo rendimiento físico e intelectual, y sobre todo con una voluntad adormecida que no me permite retomar mi chamba como yo quiero.”

En esos días, la angustia y el miedo se hicieron nuevamente presentes en el reportero. Cada vez que colocaba su atención en algún noticiero de televisión o en las notas de los periódicos, Gustavo se angustiaba sobremanera. Consideraba que los reportes de los medios eran extremadamente violentos, así que comenzó a evitar el contacto con noticieros y periódicos, herramientas fundamentales para su trabajo cotidiano:

“Cuando me ponía a leer los diarios y a meterme a la adrenalina de la información, al ritmo de la lectura, yo me angustiaba. Todo eso me generaba mucha angustia. Me sentía muy vulnerable. Lo que yo pensaba es que ya no iba a poder regresar a hacer lo mismo que antes”.

Entonces Gustavo decidió no escuchar noticias ni tampoco leer periódicos; mucho menos salir a *reportear* porque le venían ataques de pánico que no lograba controlar. Como ráfagas, llegaban palpitaciones, sudoración, temblores, mareos, miedo a morir...

No leía, no escuchaba noticias, no quería enterarse de nada.

\*\*\*

En enero de ese año, Gustavo abordó un avión en compañía de su esposa y de su madre. Se había tomado un fin de semana en Veracruz para apaciguar el ánimo decaído. Necesitaba extraer fuerzas de algún lado, hacer cualquier cosa para olvidar el infierno interior en el que se encontraba.

Gustavo subió lentamente al avión y se acomodó en el asiento junto a su esposa. Todavía no abordaban los últimos pasajeros cuando el periodista empezó a experimentar sensaciones extrañas: un miedo “cabrón” que fue subiendo de intensidad con el transcurrir de los minutos. Comenzaron a sudarle súbitamente las manos, al tiempo que su respiración

se agitaba. El cuerpo se estremecía de miedo. Tenía la certeza de que algo fatal iba a ocurrirle, y de que su muerte era inevitable.

Era otro ataque de pánico.

–¡Me siento mal, me siento muy angustiado! –le dijo a su esposa, al punto del llanto. –¡Tengo mucho miedo!

–¡Cálmate! ¡Cálmate! ¡No pasa nada!

Bebió agua. El sudor frío se extendió por todo su cuerpo. Ya en el aire, con cualquier leve movimiento del avión Gustavo saltaba de miedo. Con pupilas dilatadas, el reportero tuvo la certeza de que iba a morir; de que el aeroplano caería al mar en cualquier momento. Fueron 30 minutos de pesadilla.

El reportero iba más “asustado” y “pálido” que aquella vez cuando el abogado le hizo llegar, –hacía más de cinco años– el “mensaje de vida o muerte” de Benjamín Arellano en el aeropuerto de Tijuana. Sólo que ahora no era seguido ni vigilado por absolutamente nadie, por ningún capo o sicario que quisiera amedrentarlo.

\*\*\*

Gustavo Téllez no tuvo más remedio que acudir nuevamente al médico. “Atenazado” por el “estrés informativo” y agobiado por los ataques de pánico, el reportero intentó neutralizar su angustia con ansiolíticos.

“Estuve tomando medicamentos y eso me equilibró, aunque estaba consciente de que estaba bajo los efectos de una sustancia. Tomaba *Ativán* para dormir, pero no me funcionó bien; después empecé a tomar otro que se llama *Stilnox*. En el día tomaba media pastilla de *Victán*, un ansiolítico que hace que todo se te resbale. Logré estabilizarme con medicamentos y con ejercicio”, cuenta el reportero.

“Ahora en junio, por ejemplo, me vino otro momento difícil. Tuve amenazas de muerte, llamadas telefónicas, un estrés altísimo, presión elevada –que por cierto no disminuyó a pesar del medicamento que tomo, *Angiotrofin*. Yo seguía teniendo presión arterial 130/90, o sea, dentro del rango, pero alta.

“Entonces digo: ‘¿Pues qué está pasando?’. Dejo de beber y mi presión se estanca, se establece en 130/90. ¿Qué es? ¿Qué está pasando conmigo? Pues es el estrés que me está golpeando mucho. Eso combinado con insomnio, irritabilidad, inconformidad, muchísimo coraje porque yo empiezo a sentir que a mí se me está cargando la mano de más en el periódico. Aunque yo todavía ahí creo que eso era parte de tu chamba, que las molestias no venían de mi labor como reportero.”

Prosigue:

“Entonces en ese periodo yo decido ir a terapia no por el impacto de mi trabajo, porque ahí todavía creía que ese desgaste era propio de la chamba. Decido ir a terapia porque yo ya siento una carga, una carga con mi madre que me está generando incomodidad, mucha incomodidad en mi entorno.

“Yo veía a mi madre seria, aislada, enojada, y a mí me imponía mucho eso. En ese entonces ella vivía con nosotros. Mi madre no me permitía ser ligero en mi tarea de leer, de escribir, o sea, no podía concentrarme. Me robaba concentración.

“El asunto es que voy a terapia. ¡Ah! Pero antes de eso yo me siento muy mal, ando irritado, estoy mal. Me encierro en mi recámara y empiezo a clamar, a clamar a las alturas, incluso lo digo en voz alta: ‘Yo te pido con toda sinceridad y desde el fondo de mi interior que lo que me perturba te lo lleves, quítamelo de en medio’. Incluso llegué a decir: ‘Si es necesario llevarte a mi madre porque ése es el problema; si tú crees que esa es mi carga, lo que me está generando tanto malestar, tanto enojo y todo, ¡llévatela!’ Eso lo dije como al mediodía de un viernes.”

Agrega:

“Yo estaba muy alterado entonces. Ya me urgía de tiempo atrás ir a terapia, entrar nuevamente. Entonces voy a psicoterapia y ahí planteo: ‘¡Estoy hasta la madre de mi mamá! ¡No soporto esto! ¡No soporto aquello! ¡No soporto lo otro! Y también de mi mujer: resulta que estoy en manos de dos personas que me maniatan, a veces yo me siento maniatado’.

“Entonces salgo de la terapia liberado, más tranquilo. Después termino mi trabajo en el periódico como a las ocho de la noche. Entrego mi chamba, me voy al Súper, me compro dos botellas de whisky y le digo a mi esposa: ‘Oye, vamos a tomar un trago al rato. ¿Qué dices?’.

“Estuvimos hasta las dos de la mañana platicando. Todavía cenamos algo y a las ocho de la mañana de ese día mi mamá está muerta. Encuentro a mi mamá tirada en el piso ensangrentada. Trato de levantarla, pero no pude; llamamos a los paramédicos. Cuando llegaron me dijeron: ‘Lamentamos decirle, pero ya falleció’. Entonces para mí eso fue un golpe terrible porque empecé a creer que yo era responsable.

“Cinco meses después estoy entendiendo que no es así. Estoy limpiando el closet, ahora sí que sacando lo que no sirve, y quedándome sólo con lo que me funciona, lo que me hace bien. Entonces, bueno, mi estrés se combinó con duelo. Una combinación de duelo, insomnio, estrés y trabajo excesivo,” concluye el reportero.

\*\*\*

Después de esos días aciagos por el duelo, la culpa y el remordimiento, Gustavo Téllez se “refugió” en el trabajo de manera “adictiva”. El reportero reflexiona sobre la adicción *sui generis* que es el *reporteo* de asuntos de crimen organizado:

“El trabajo periodístico en temas de narcotráfico es una adicción más. Tanto trabajo era una adicción más. Es decir, en una personalidad tan proclive a las adicciones como la

mía, las adicciones se desplazan. Entonces dejas de consumir algo, pero te enganchas en otra cosa; entonces me enganché en el trabajo, me enganché en el trabajo excesivo.

“Mi trabajo es una adicción más. Es una adicción más que también impacta, me impactó y me sigue impactando. Eso lo supe después. Claro que no sé si es tan destructiva como la droga, pero es igualmente adictiva. Es adictiva porque está enganchada de emociones extremas, van emociones ahí, van pasiones, van elementos emotivos que te impulsan, que se mueven a toda velocidad.

“Y, bueno, pues el rebote de todo eso, obviamente, también es brutal. Porque prácticamente aquí lo que yo me doy cuenta es que siempre, y hasta ahora, yo sigo generando mis propias pesadillas. O sea, produces esto, produces aquello; te aplauden una nota, un libro; te buscan como especialista del tema, eres reconocido, pero al mismo tiempo construyes una parte que te destruye por dentro. Va de la mano, es paralelo ¿no?”

“Entonces yo lo veo como dos carriles: por un lado vas hacia el logro de una nota exitosa, relevante, reveladora y, al mismo tiempo, por el otro carril estás construyendo el rebote que te va a dar un golpe tarde o temprano. Entonces son cuestiones que uno tiene que ir midiendo.”

Uno de los tantos “rebotes” que pueden surgir, admite el reportero, es el miedo:

“Uno como periodista tiene la creencia, más que creencia, la certeza de que nuestro trabajo es riesgoso; que la actividad periodística que realizamos es riesgosa. Pero, sin embargo, contradictoriamente creemos que a nosotros no nos va a pasar nada. A los demás sí, a nosotros nunca; con esa falsa idea de que estamos blindados. Pero en lo que todo eso se acomoda como que te vas acostumbrando a vivir así, hasta que un día el miedo hace su aparición, y comienza a ser parte de la vida cotidiana sin que te hayas dado cuenta.

“Entonces ahí se está sumando un costo muy elevado del que por desgracia no se tiene todavía consciencia en el gremio, –o particularmente en el medio de comunicación en el que trabajo–, de todas estas consecuencias que se viven día a día. Es decir, ni siquiera creo que los dueños, los directores o editores tengan idea de las facturas emocionales que

pagamos cotidianamente los reporteros por el trabajo que realizamos. Al menos los que estamos cubriendo el tema del narcotráfico.

“Por ejemplo, el temor a la muerte es la manifestación más cotidiana entre los reporteros de la fuente, sobre todo para los que viven en las zonas *narcas*, aunque muchos no lo dicen abiertamente, por cierta inercia machista. Pero a mí, –y eso es lo más cabrón del tema– a mí lo que me está atemorizando más ya no es la muerte, sino la vida”, dice Gustavo.

\*\*\*

El reportero comparte detalles de esta paradoja que vive en carne propia:

“Yo conscientemente no me quiero morir, sin embargo, debo reconocer que hago todo por acercarme a ella. Y eso te habla, en efecto, de que le he perdido miedo a la muerte. Lo que más me perturba ahora es el miedo que le tengo a vivir, no a morir. Entonces el tema que tengo que resolver es por qué le perdí el miedo a la muerte.”

Explica:

“Aún con cierto miedo yo seguía haciendo mi trabajo, es decir, con pasión, con entrega. Aún cuando veía y escuchaba noticias sobre casos de asesinatos de periodistas, aún así caía en la ‘estupidez’ –usando la palabra de Robert Musil– en la ‘estupidez’ de que a mí eso no me puede pasar. Entonces bajo la lógica de que ‘eso no me puede pasar’, estoy desafiando incluso a la propia muerte. Me atrevo a decir que he perdido el miedo a la muerte y lo he desplazado a tener miedo a la vida ¿no? Hay miedo a vivir, no hay miedo a morir. Y pues sí, en el medio periodístico hay riesgos y todo, pero ahí estás ¿no? Cada semana, todos los días, y mientras, la vida personal se va trastocando.”

Gustavo Téllez describe cómo puede impactar la actividad periodística en el ámbito emocional del reportero cuando se *cubre* el tema de la violencia:

“Se trastoca la vida, por ejemplo, en no poder tener una convivencia abierta con una pareja, se trastoca en tensiones, irritabilidad de mi parte, altibajos en mi estado de ánimo, contradicciones... Hoy quiero esto, mañana ya no, pasado tampoco. Otra vez falta de sueño, poco descanso, encierro, a veces alcohol para medio distraer las cosas.

“(...) En mis colegas reporteros de la *frente* también veo vidas desorganizadas y alcoholismo, mucho cigarro; como envueltos en esa vorágine. Veo matrimonios fracasados, reporteros solitarios, aislados y atados a la noria de la información del narcotráfico. Los veo irritados, alterados, introvertidos. Y sólo responden con vivacidad al estímulo informativo, como el adicto. El adicto está como aletargado, y cuando obtiene su dosis de droga despierta. Entonces pasa igual con esto de la información”.

Añade:

“Es como estar subiendo, como estar en una cuesta arriba permanente en ese terreno. Y no terminar de acomodarse, es decir, llega el sábado y me pregunto, por ejemplo: ‘bueno, ¿a dónde voy?’ A veces pesa tanto el día, es tan denso que a veces son las tres de la tarde, y el día puede estar esplendoroso y digo: ‘Ya quiero que sea de noche, porque ya me quiero dormir para que sea mañana’”.

\*\*\*

Gustavo Téllez describe así el adormecimiento emocional y el aislamiento que ha vivido en los últimos meses:

“Lo que veo es como cierta incapacidad para relacionarme con el mundo. Antes convivía un poco más, pero en este momento sí estoy cerrado. Y no por decisión; o sea, para mí no se vuelve una lucha, simplemente no me nace. Algo está dormido ahí en mi interior que me dice: ‘Yo a fiestas ya no voy’. Me siento un poco adormecido en ciertos aspectos y la comunicación con el otro me está costando trabajo. Es una libertad acotada

que se hizo costumbre, digamos, en las partes más armónicas de la vida que son las emociones, el contacto con el otro silenciadas interiormente.

“Es como cierta incapacidad de estar, dejo de tener relaciones con los demás. Y la otra es que la vida sólo fluye cuando se trata de hablar de periodismo y del tema. Yo me veo por ahí sumamente intoxicado por el tema del narcotráfico a un grado en el que ya no me permite vivir, y muchas veces hablar de otra cosa que no sea de eso”.

Prosigue:

“Yo vivo en contacto permanente con la muerte. O sea, a través de la información, de los expedientes que reviso; a través de esas historias, de testimonios. Yo estoy en permanente contacto con la muerte.

“Entonces me doy cuenta que, por supuesto, lo que me ha ido impactando es el contacto permanente con información con un alto grado de toxicidad. Es información demasiado tóxica que te daña, te deja mal, te desordena interiormente. Por supuesto que hay neurosis y si no la canalizo escribiendo ¿dónde la canalizo? Entonces dices: ‘Bueno, sí está bien un compromiso con la profesión, hay muchos temas por trabajar pero, bueno, eso también habla de una enfermedad’.

“Por ejemplo, yo me he mantenido alejado de mis hermanos. Desde que murió mi madre no tengo contacto con ellos. Y bueno, ¿dónde queda lo humano? La parte de tus relaciones con amigos, tus relaciones familiares, tus relaciones personales... como que están al margen ¿no?

“La factura que cobra el periodismo, al menos cuando tratas estos temas, es altísima, muy alta. Por supuesto que tus textos publicados te dan renombre y todo, pero algo ocurre dentro de tí ¿no? Es decir, entre más buscas publicar, revelar o descubrir, vas abonando una suerte de fama que tiene rebotes muy sufridos para la vida personal. Como si cada palabra escrita tuviera un costo para la vida personal”, concluye el periodista.

\*\*\*

Gustavo reconoce que los temas de violencia pueden llevar a límites de “locura” y de “insensibilidad”, así como a la pérdida de la capacidad de asombro.

“Al principio como que cada vez andas buscando algo mucho más impactante. Llega el momento en que una muerte común o una ejecución deja de ser noticia. En un inicio, uno cree que puede acostumbrarse a vivir así. Es como estar rompiendo límites a cada momento ¿no? Como que el asombro deja de serlo. Entonces hay que buscar, porque (en el periodismo) siempre se busca algo que asombre más y más y más.

“Esto yo creo que va llevando a límites de locura. Si no es que ya se están bordeando límites de locura o de insensibilidad, de pérdida de la capacidad de asombro. Por ejemplo, siempre que pasa un hecho, por muy trágico que sea, el planteamiento automático es: ¿Es posible que ocurra algo peor? Pues sí, sí es posible. ¿Y esto no es peor? ¿Y esto que pasó no es lo peor?

“Yo creo que la sociedad se asombra y se asusta y se espanta ante la violencia que está azotando al país. Pero uno que anda en el vértigo de la información lo transmite, lo comunica, lo narra, lo cuenta. Y se pierde de vista que eso que ocurrió ya tuvo su impacto en lo emotivo, en lo psicológico. Es decir, ya golpeó en la estructura interna de uno, ya la golpeó. Y es un día sí, y el otro también.”

Gustavo admite que sus malestares físicos y emocionales se desencadenaron por exceso de trabajo, pero sobre todo por el contenido “tóxico” de los temas de violencia.

“Creo que en buena medida mis malestares empezaron con una sobrecarga de trabajo, en la que no me quedaba otra alternativa mas que meterme en la maleza de información del narcotráfico. Y el narcotráfico empieza a tener una evolución en la que ya no se le puede ver como un mero problema de complicidades, de hechos aislados, sino que ya te vas enfrentando a hechos de horror, de violencia, de tragedia que, sin darte cuenta, fueron impactando, y al mismo tiempo me fueron atrayendo en un juego de dos vías.

“Por un lado te impactan los contenidos de violencia y, al mismo tiempo que te impactan, te atraen, pero no te das cuenta del daño. Simplemente hay una atracción por el tema. Es como una adicción. Consumes la información, tiene su impacto y vuelves a buscarla; vuelves a buscar algo más fuerte, algo más emocionante, algo más novedoso, revelador. O sea, la información es tóxica por sus efectos. Yo al menos así lo siento.”

\*\*\*

Gustavo no ha tenido ninguna experiencia como “corresponsal de guerra” aunque, dice, la guerra contra el narcotráfico es igual de impactante que cualquier otro conflicto bélico. Peor aún, desde su punto de vista, el caso mexicano puede ser más peligroso porque los “enemigos son invisibles”. No hay una distinción clara de los límites entre un comando y otro, ya sea policiaco, del ejército o de los cárteles del narcotráfico.

“Yo nunca he estado en una guerra formal. Jamás me han enviado a cubrir una guerra, salvo ésta contra el narcotráfico. Pero puedo ver un elemento común que coincide en ambas coberturas, que es el impacto del horror. Sin embargo, nosotros apenas comenzamos a saber cómo destruyen interiormente el horror y el miedo.”

Explica:

“En el caso de las guerras ordinarias –por llamarlas de alguna manera– sabes quiénes se enfrentan; sabes quiénes son los bandos rivales. Ves a la gente actuar, en vivo y a todo color. Entonces puedes evadir el peligro. Se distingue quién está luchando en determinada área o territorio. Observas a la gente cómo se mueve, en fin, y haces tu cobertura en función de lo que está ocurriendo y tomas las medidas de precaución en función de lo que estás viendo exactamente.

“En el caso del narcotráfico el enemigo es invisible, no lo ves, no sabes a qué hora va a aparecer y de qué manera. No sabes si te van a *levantar*, cuándo y a qué hora; si te van

a matar, si te traen vigilado aunque tú no seas parte del conflicto. O sea, no lo ves, es un rostro que no ves: operan en las sombras. Entonces eso lo hace muy misterioso y creo que infunden un mayor temor a los reporteros y a la gente, porque finalmente no ves al *enemigo*.

“Entonces eso lo hace sumamente peligroso porque el narco tiene muchos resortes por dónde actuar. No propiamente un capo va a asesinar. Puede ordenar la ejecución, pero no sabes si va a ser un sicario, si va a ser un policía o un militar quien va a actuar para que se cumpla ese propósito. Entonces eso es muy peligroso. Hay muchas complicidades que no vemos, que sólo las percibimos. Sabemos que así es, pero no vemos a los personajes, no sabemos quiénes son. Operan en el sigilo: son los enemigos invisibles”, afirma Gustavo Téllez.

\*\*\*

El reportero, después de dos décadas de trabajo periodístico ininterrumpido, lanza una pregunta que considera fundamental: ‘¿Cómo llegué aquí?’.

“Ahora estoy desconectado, y mi mundo está girando solamente en torno al tema del narcotráfico. Y quien se suma a eso convive conmigo, quien no, está en *chino*. Por ejemplo, el sábado me invitaron a una fiesta de cumpleaños. Ya después la pensé y dije: ‘No, a mí no me gustan las fiestas, yo prefiero encerrarme a leer’. Después me puse a reparar y digo: ‘Bueno, pues, la convivencia es lo más sano, la comunicación con otros que no conoces es sano’. Pero la verdad la veo absurda; algo está dormido en mi interior. Me siento un poco adormecido en ciertos aspectos.”

“Ahora la pregunta importante que me hago es: ‘¿cómo llegué aquí?’ Esa es la parte importante, porque yo ya presento muchos síntomas. ¿Cuál fue toda esta ruta recorrida para llegar aquí donde estoy ahorita? ¿qué hice para estar aquí? Y esa es la parte que me ocupa en este momento: esa revisión, esa ruta recorrida que me trajo aquí.

Reconoce:

“Hay decisiones mías, también hay circunstancias; hay que analizar todo. Pero bueno, todo eso me condujo a una circunstancia en la que yo me veo con anormalidades de conducta, en las que me percibo no solamente en el aislamiento, en la irritabilidad, en la desadaptación incluso.

En este momento yo percibo un gran impacto en mí, efectivamente, pero no te podría decir cuál de todas las experiencias que he vivido pesa más. Yo creo que es un impacto de todo. Qué más, qué menos, en este momento no podría diseccionar.

Gustavo se detiene unos segundos y pierde la mirada. Sus ojos se llenan de agua pero no dejan caer una sola lágrima:

“¡Es cabrón todo este tema, Rogelio! ¡Es realmente cabrón!”.

## Discusión y conclusiones

Las historias, testimonios y narrativas de los periodistas de narcotráfico son reveladoras, y se expresan con claridad aún sin un ejercicio de exégesis especializado. En todo caso, el conjunto de experiencias, sensaciones o acontecimientos que describen, sólo requirió de una mínima organización mediante elementales categorías tipológicas: nominación de respuestas emocionales y ubicación de acontecimientos traumáticos dispersos en el tiempo. En este sentido, la descripción cualitativa ganó en detalles y matices que –de algún modo– habrían quedado ocultos bajo el velo de los números y las prevalencias de la primera fase.

Las voces de los reporteros y fotógrafos de narcotráfico, en efecto, proporcionan el más crudo testimonio sobre el riesgo que enfrentan al realizar cotidianamente su trabajo periodístico, como reportear y buscar información en zonas de conflicto, convivir a flor de piel con la sangre, brutalidad y barbarie de la guerra; o ubicarse sistemáticamente a escasos metros de la muerte, como el personaje de Ingmar Bergman que se juega la vida en un tablero de ajedrez.

Y es que la muerte sacude –sobre todo– cuando pierde su condición abstracta, indeterminada y genérica. Impacta con toda su brutalidad cuando irrumpe literalmente en forma de cabezas decapitadas, desollamientos, masas encefálicas dispersas o cuerpos disueltos en ácido. Incluso arremete mientras se escucha el llanto –casi alarido– de las madres que observan a sus hijos asesinados sobre las aceras ensangrentadas. La piel se eriza. Las lágrimas buscan salida. Emergen respuestas físicas y emocionales: náuseas, cefaleas, miedo, angustia, tristeza, desesperanza. Es el impacto anímico de la guerra.

Entre la multiplicidad de traumas, la guerra ha sido el evento que mayor impacto negativo ha generado a lo largo de los siglos: la máxima amenaza y el principal desencadenante de síntomas psicopatológicos. El trauma de guerra es, en este sentido, la experiencia anímica más perturbadora que puede experimentar el hombre, y expresa en toda su magnitud la implacable certeza de la fragilidad humana (Herman, 1992).

A continuación se discuten y analizan –mediante un ejercicio elemental de sistematización tipológica– dos ejes temáticos fundamentales presentes en las narrativas de los periodistas de narcotráfico: a) los traumas, y; b) la presencia de síntomas de malestar emocional. A partir de sus propios testimonios narrativos, se establecieron tipologías que agruparon tanto al conjunto de eventos traumáticos vividos durante su ejercicio profesional, como la emergencia posterior de síntomas psicológicos diversos.

En este sentido, la principal categoría tipológica que surgió de este abordaje cualitativo fue denominada Eventos Periodísticos Potencialmente Traumatizantes (EPPT), que agrupa al conjunto de acontecimientos noticiosos (particularmente aquellos relacionados con el narcotráfico), susceptibles de generar respuestas de malestar emocional. Asimismo, se establecieron algunos criterios clasificatorios del trauma a partir de su vivencia directa o indirecta. En cuanto a las reacciones psicológicas, las tipologías se centraron particularmente en la presencia de síntomas de EPT, ansiedad, depresión y en la modificación de esquemas cognoscitivos.

### **Los traumas: tipología de eventos periodísticos traumatizantes**

Para que un acontecimiento adquiriera la categoría de trauma debe suponerse la existencia de dos criterios básicos (A1 y A2), según el Manual de trastornos mentales (APA, 2001). El primero especifica que el evento debe representar un riesgo para la vida o la integridad física de las personas, mientras que el segundo criterio supone la presencia de tres tipos de respuestas emocionales al momento de vivir el incidente: miedo intenso, desesperanza u horror. Ambos criterios son imprescindibles en la configuración de un trauma y, ciertamente, los dos se encuentran en los testimonios de periodistas que cubren noticias de narcotráfico en México.

Otro rasgo importante del trauma es que puede ser de carácter primario, secundario o, inclusive, terciario. Cuando la persona experimenta el evento por vía directa (esto es, cuando el sujeto es víctima de un secuestro, robo, o agresión física) y como resultado de ello presenta respuestas emocionales intensas, al fenómeno se le reconoce como

*traumatización primaria*. En este sentido, el DSM-IV-TR describe a un individuo que “se ve envuelto en hechos que representan un peligro real *para su vida* o cualquier otra amenaza para *su* integridad física” (APA, 2001, p. 435).

Por otra parte, cuando el individuo sólo es *testigo* de algún trauma (sin ser él mismo la víctima directa o el objeto de la amenaza) y presenta respuestas emocionales, se le denomina *traumatización secundaria*. En el DSM-IV-R se alude a esta condición cuando el “individuo es *testigo* de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas”, sin ser él mismo la víctima directa (APA, 2001, p.435). En la literatura especializada, a la *traumatización secundaria* también se le reconoce como *estrés traumático secundario* (Rothschild & Rand, 2006).

La *traumatización terciaria*, por su parte, remite a efectos aún más distantes. En este sentido, el individuo emocionalmente afectado no es víctima directa, ni siquiera testigo del evento, sino que sólo conoce las historias de dolor y sufrimiento a través de ciertos intermediarios (generalmente víctimas directas o testigos del trauma). Esta situación se manifiesta, según el DSM-IV-R, cuando “el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana, acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves” (APA, 2001, p. 435). A estas dos últimas categorías también se les reconoce como *traumatización vicaria*, a condición que los sujetos reproduzcan adicionalmente modificaciones en sus esquemas cognoscitivos (Saakvitne & Pearlman, 1996).

Ciertamente, en los testimonios descritos por los periodistas entrevistados existe una multiplicidad de experiencias que colocan al profesional de la comunicación en alguna de las tres categorías (trauma primario, secundario o terciario). En este estudio, a estas categorías tipológicas se les designó el nombre de *Eventos Periodísticos Potencialmente Traumatizantes* (EPPT), por su posible condición evocadora de respuestas emocionales y/o postraumáticas.

Los eventos de narcotráfico pueden irrumpir, en efecto, bajo cualquier circunstancia, y los reporteros están obligados a darles seguimiento. Como afirma Jordi Vilamitjana, “cualesquiera que sean las características concretas del suceso, cualesquiera

que sean las causas, las circunstancias y los efectos del desastre, el profesional de la comunicación siempre narra una tragedia” (Vilamitjana, 2003, p.5). Y, ciertamente, las tragedias traumáticas (en su carácter primario, secundario o terciario) son factores evocadores de respuestas psicológicas.

En el caso particular de las coberturas periodísticas de narcotráfico y crimen organizado –en su condición de eventos potencialmente traumatizantes–, los riesgos físicos y emocionales son inherentes a su práctica diaria. Marco Lara Klahr (2009) señala que los periodistas de la *fuentes* suelen trabajar con “personas atravesadas por el dolor y hechos de gran dimensión trágica” (Lara, 2009, p. 87), cuando no son ellos mismos los propios protagonistas de la tragedia.

Una sistematización de los Eventos Periodísticos Potencialmente Traumatizantes (EPPT) en el ámbito de las coberturas de narcotráfico remite, inevitablemente, a situaciones de extrema violencia en la que muertos, ejecutados, degollados, *empozolados* o descuartizados son asuntos del orden común. En este sentido, el criterio A1 del DSM-IV-TR se ajusta nítidamente a las descripciones que hacen los periodistas de sus propias experiencias en escenarios de violencia y barbarie.

En la práctica diaria del periodismo de narcotráfico, las coberturas pueden amenazar, efectivamente, la integridad física o la vida de reporteros y fotógrafos (*traumatización primaria*) cuando son agredidos, secuestrados y, peor aún, desaparecidos, o durante la ejecución de fuegos cruzados entre facciones rivales (cárteles de la droga, militares, policías, etc.). Pero los periodistas de esta *fuentes* también son partícipes de la *traumatización secundaria*, en tanto son testigos de acontecimientos donde –como expone el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (APA, 2001)– se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas. O más aún, –alargando el impacto del trauma como ondas concéntricas– cuando conocen y reproducen los testimonios de las víctimas de la guerra (*traumatización terciaria*) al establecer un contacto cercano con ellas, mediante entrevistas o la búsqueda de información de primera mano.

En suma –y realizando una adaptación de los criterios del DSM-IV-TR al ejercicio del periodismo mexicano– los acontecimientos o coberturas de narcotráfico pueden considerarse *Eventos Periodísticos Potencialmente Traumatizantes* (EPPT) en la medida que cumplan alguna de las tres siguientes condiciones: 1) cuando el acontecimiento, cobertura o experiencia periodística represente un *peligro* real para la vida del reportero o cualquier otra amenaza para su integridad física; 2) cuando el periodista –aún sin ser víctima directa– sea *testigo* de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o exista una amenaza para la vida de otras personas; 3) y, finalmente, si el reportero o fotógrafo *conoce* a través de un familiar o cualquier otra persona cercana, acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte, o heridas graves (APA, 2001). En este sentido, el trabajo de los reporteros y fotógrafos mexicanos que cubren sistemáticamente noticias de narcotráfico puede ubicarse en cualquiera de las tres dimensiones descritas (periodista-víctima; periodista-testigo; o periodista-recreador testimonial).

Sin embargo, en el caso de los comunicadores que se ubican en la primera dimensión (trauma primario), los riesgos son aún mayores. Aquí se sitúan los reporteros y fotógrafos secuestrados, amenazados de muerte o los que se ven inmersos en fuegos cruzados. En cualquier caso, la exposición al peligro físico directo es el desencadenante principal de síntomas.

Por otra parte, los periodistas que han sido testigos de algún suceso trágico o violento (trauma secundario), se ubican en la segunda dimensión del trauma, al dar testimonio de los eventos una vez que éstos ocurrieron y, paralelamente, al establecer una cercanía física con cuerpos decapitados, desollados, desmembrados o descuartizados.

Y por último, los periodistas que se ubican en la tercera dimensión (trauma terciario) son aquellos que –aún sin ser víctimas directas, ni testigos del evento–, lograron establecer una relación intersubjetiva y empática con víctimas primarias o secundarias de la guerra, sobre todo con familiares de desaparecidos o asesinados. En este sentido, los periodistas que cubren temas de violencia, narcotráfico y crimen organizado pueden ubicarse en alguna, o en todas las dimensiones del trauma.

Como casos extremos se ubican algunos reporteros que, en un lapso no mayor a un año, se vieron inmersos en experiencias múltiples de tipo *mixto*; es decir, tuvieron contacto con las tres dimensiones del trauma: por un lado, fueron víctimas directas de algún secuestro o *levantón* (traumatización primaria), testimoniaron numerosos casos de ejecuciones (traumatización secundaria), y simultáneamente establecieron una cercanía emocional con familiares de víctimas o desaparecidos (traumatización terciaria).

Aún así, la gran mayoría de los periodistas que cubre noticias de narcotráfico y crimen organizado se ubica en las categorías secundarias y terciarias. Un recuento global de coberturas efectuadas por los reporteros y fotógrafos entrevistados en esta segunda fase de la investigación así lo demuestra. La mayoría cubrió asesinatos de manera cotidiana, aunque otros también dieron testimonio de masacres a gran escala, como la perpetrada en San Fernando, Tamaulipas, en agosto de 2010. De las 70 masacres contabilizadas en México de 2007 a 2011, 20 de ellas fueron cubiertas por los periodistas entrevistados (Ver Tabla 33).

Tabla 33

*Lista global de coberturas periodísticas de masacres, efectuadas durante los últimos tres años por el conjunto de reporteros y fotógrafos entrevistados.*

Septiembre, 2008	Ejecución de 24 albañiles en La Marquesa, Estado de México, por miembros de <i>La Familia Michoacana</i> .
Febrero, 2009	Enfrentamiento entre militares y secuestradores en un rancho cercano a Ciudad Juárez, Chihuahua. El saldo fue de 21 muertos.
Abril, 2009	Choque entre militares y narcotraficantes en San Miguel Totolapán, Guerrero, en el que murieron 15 sicarios.
Junio, 2009	Enfrentamiento en Acapulco entre militares y narcotraficantes, con un saldo de 2 soldados y 16 sicarios muertos.
Septiembre, 2009	Un comando asesina a 18 personas en un centro para rehabilitar adictos de Ciudad Juárez.
Enero, 2010	En la colonia Villas de Salvarcar (Ciudad Juárez) fueron asesinados 16 jóvenes durante una fiesta. Ninguno de ellos tenía nexos con el crimen organizado.
Junio, 2010	Sicarios asesinaron a 19 personas en otro centro de rehabilitación en Chihuahua. Las víctimas fueron encañonadas, sacadas a la calle y acribilladas.
Julio, 2010	Enfrentamiento entre traficantes de droga y la policía estatal de Sonora con un

	saldo de 21 muertos.
Julio, 2010	Un grupo de sicarios ingresó a una fiesta en el centro “ <i>Italia Inn</i> ” de Torreón, y ejecutó a 18 asistentes.
Agosto, 2010	En un rancho de San Fernando, Tamaulipas, fueron encontrados 72 cadáveres de inmigrantes que habían sido secuestrados por <i>Los Zetas</i> .
Septiembre, 2010	En un enfrentamiento entre narcotraficantes y miembros del ejército murieron 25 sicarios en una carretera de Tamaulipas.
Septiembre, 2010	22 turistas mexicanos fueron secuestrados en Acapulco. Los cuerpos de 18 de ellos fueron hallados dos meses después.
Octubre, 2010	Asesinato de 14 internos en un centro de rehabilitación de Tijuana, Baja California.
Octubre, 2010	Ejecución de 15 jóvenes en un autolavado de Tepic, Nayarit.
Enero, 2011	Se encontraron 15 hombres decapitados frente a un centro comercial de Acapulco, Guerrero.
Julio, 2011	Sicarios ingresaron al bar “Sabino Gordo” en Monterrey, Nuevo León, y asesinaron a 20 personas.
Agosto, 2011	Mueren 52 personas calcinadas en el casino “Royale” de Monterrey. Sicarios de <i>Los Zetas</i> incendiaron sus instalaciones.
Septiembre, 2011	En una avenida céntrica de Boca del Río, Veracruz, 35 cadáveres fueron abandonados en un par de camionetas de redilas.
Noviembre, 2011	En el interior de dos camionetas abandonadas se encontraron 17 cuerpos calcinados en Culiacán, Sinaloa.
Noviembre, 2011	En tres camionetas se encontraron 20 cuerpos en Guadalajara, Jalisco.

Pero los niveles de riesgo en periodistas no dependen únicamente de la exposición *primaria, secundaria o terciaria* a algún trauma; ni tampoco exclusivamente de los factores abordados en capítulos anteriores (herencia, rasgos de carácter, severidad de los eventos estresantes, contexto social del periodista antes y después del trauma, eventos de vida pre y postraumáticos, entre muchos otros). A estos factores se debe sumar una nueva variable identificada durante el trabajo de campo, la cual tiene la particularidad de *moderar o potenciar* el impacto del trauma: a saber, la ubicación espacio-temporal del periodista y de su propia familia.

Para clarificar la incidencia de esta nueva variable, sirva como ejemplo la imagen metafórica de las capas de una cebolla: entre mayor cercanía establecen los periodistas con el núcleo de la hortaliza (zona de conflicto), mayor es el riesgo físico y emocional que experimentan.

Bajo esta analogía, los periodistas locales o regionales que viven y trabajan en las zonas de conflicto –representados por la primera capa del interior de la cebolla– exhiben un riesgo físico y emocional más elevado, al establecer una cercanía extrema y cotidiana con los eventos de violencia: ejecuciones, masacres, secuestros, atentados, etc. A esta contigüidad que establecen con los hechos de sangre, se suma el deterioro de las condiciones sociolaborales en las que se desenvuelven: bajos salarios, ausencia de seguridad social, falta de reconocimiento de colegas de medios nacionales, desprotección laboral, pocas prestaciones, etc. Los periodistas de municipios y localidades apartadas –y aún aquellos que trabajan en ciudades capitales– son los que ejercen su profesión en las condiciones más desfavorables.

La segunda capa de la cebolla –de menor riesgo, pero no exenta de peligro– son los corresponsales de medios nacionales quienes, aún viviendo en zonas de conflicto, están relativamente protegidos por las empresas en las que laboran. Aunque una gran mayoría de ellos trabaja simultáneamente para medios locales, su condición de corresponsal de algún periódico o empresa televisora de mayor alcance y peso político, hace que se perciban más protegidos.

La tercera capa –con un nivel de riesgo significativamente menor– son los enviados especiales de medios de circulación nacional, muchos de ellos figuras destacadas del periodismo mexicano; ellos suelen permanecer poco tiempo en las zonas de conflicto, o van y vienen, lo cual aligera el peso del desgaste emocional. Cada vez que salen de la zona de conflicto, paralelamente se alejan de una dinámica recurrente de tensión, sobresaltos y estado de alerta, propios de un contexto de riesgo.

Por último, en la cuarta capa aparecen los enviados o corresponsales extranjeros, quienes gozan de una relativa mayor protección tanto de sus propios medios, como del

gobierno federal. La gran mayoría –dicen algunos periodistas entrevistados– reside en la capital del país y sólo visita esporádicamente las zonas de conflicto.

Aunque el riesgo siempre estará latente en todas y cada una de las capas o dimensiones, es posible afirmar que entre más cercanos están los periodistas al núcleo traumático, mayor será el riesgo de presentar respuestas psicopatológicas.

Simultáneamente a la ubicación espacial, surge la variable de “tiempo”; es decir, la condición temporal (permanente o transitoria) del periodista en la zona de conflicto. Existe una marcada diferencia, en efecto, entre los riesgos que se presentan al permanecer de manera temporal en la zona de peligro (ya sea en calidad de enviado o como corresponsal extranjero) que vivirlos en forma permanente y sistemática (como el caso de los periodistas locales, o los corresponsales de medios nacionales).

Bajo esta lógica, la variable espacio-temporal tiene el potencial –según se desprende de la entrevistas y de la observación *in situ*–, de moderar o incrementar el impacto de la experiencia. Ciertamente, cuando se abandona la zona de conflicto, existen más probabilidades de recuperar el estado de autorregulación perdido, inherente a un entorno libre de estímulos violentos. Además, en circunstancias de violencia persistente, resulta más difícil reprocesar un acontecimiento traumático.

Es necesario añadir, sin embargo, que el factor de mayor riesgo en la mayoría de las poblaciones continúa siendo la intensidad del evento, aunque su valoración no siempre procede de un juicio completamente objetivo (Briere & Scott, 2006). En ocasiones es suficiente la presencia de un solo acontecimiento traumático para desestabilizar emocionalmente al periodista (sobre todo cuando es abrumador, como un secuestro o una amenaza de muerte), independientemente de su condición (estancia permanente o transitoria) en la zona de conflicto.

Simultáneamente a lo anterior, la ubicación de la familia juega también un papel muy importante como factor de riesgo potencial. En efecto, durante su ejercicio profesional, muchos periodistas locales no sólo se han visto obligados a cuidar su propia integridad, sino también la de sus seres queridos. En este sentido, la familia representa para

ellos una enorme responsabilidad que les impide desenvolverse con mayor libertad en las zonas de conflicto. Desde una perspectiva *etic* –esto es, desde la mirada de los propios comunicadores– una amenaza a algún miembro de la familia suele tener mayor impacto que una agresión al propio periodista. “Yo aguanto todo, menos que toquen a mi familia”, comentó en entrevista un reportero del noroeste del país.

Y es que, en efecto, cada día es más frecuente que las propias familias de los periodistas sean objeto de amenazas y/o agresiones. Según testimonios obtenidos, reporteros y fotógrafos han recibido amenazas escritas como las siguientes: “Tus ijas están rechulas cuidalas” (sic); “Sabemos donde vives kabrón” (sic); “No te metas en pedos o no veras a tu familia” (sic); “Tu vazzz a llegar en pedacitos pendejo, salva a tu familia, y todo por tus putos reportajes de mierda” (sic); “Ya sabemos en que escuela va tu hijo” (sic); “Te vamos a partir la madre con todo y esposa” (sic).

En otros casos, las amenazas se han materializado en forma de extorsiones o, incluso, golpes físicos. Bajo este rubro, los periodistas locales (los que trabajan y viven en las zonas de conflicto) también son el grupo más vulnerable de todos.

### **Traumas múltiples**

Pero, frente al conjunto de datos disponibles, surge una pregunta adicional no planteada con anterioridad: ¿La sintomatología que presentan los periodistas mexicanos que cubren noticias de narcotráfico es resultado de uno o de traumas múltiples y mixtos?

Al realizar un recuento de las experiencias de los reporteros y fotógrafos entrevistados, y al analizar sus respuestas se encontró que, salvo excepciones, el impacto emocional que presentaban no había sido desencadenado por un solo evento, sino por el conjunto de ellos. Es decir, la presencia de traumas crónicos, acumulativos, múltiples y/o mixtos en este gremio (en su condición combinada de eventos primarios, secundarios o terciarios) fue una constante.

Un periodista de Ciudad Juárez contó en entrevista: “Aquí no se puede hablar del impacto de una sola experiencia: son varias las que se acumulan diariamente, durante meses, por el hecho de cubrir información de ejecuciones en Juárez”. Otro reportero de la costa de Guerrero dijo: “No es un evento el que me impacta, son muchos. He cubierto asesinatos, pobreza, violación a los derechos humanos, agresiones a periodistas. El conjunto, creo que me está pesando”. Un tercero coincide: “No es una experiencia la que me quita el sueño. Es el conjunto de muchas, sobre todo los asesinatos de amigos muy cercanos”. Otra reportera con múltiples síntomas postraumáticos, sobre todo *evitativos*, fue más allá en su descripción: “Han sido tantos los acontecimientos que me agobian desde hace 10 años que no sé decirte cuál me angustia más. Igual describirlos implica mucho esfuerzo para mí. Sólo te puedo decir que la muerte de varios compañeros me ha afectado cabrón”. Un reportero con crisis recurrentes opina: “En este momento yo percibo un gran impacto en mí, pero no te podría decir cuál de todas las experiencias que he vivido pesa más. Yo creo que es un impacto de todo. Qué más, qué menos, en este momento no podría diseccionar”.

Con el fin de ordenar la amplia variedad de eventos desencadenantes, se elaboró un esquema tipológico que se presenta en el Tabla 34. Los acontecimientos y/o experiencias traumatizantes fueron agrupados de acuerdo a los criterios de impacto (primario, secundario, terciario o mixto). Las descripciones que aparecen en la Tabla son citas textuales obtenidas de los propios periodistas.

Tabla 34

*Descripción textual de los eventos traumáticos desencadenadores de síntomas en los periodistas entrevistados.*

<b>EVENTOS DESENCADENANTES</b>
<b>Traumias Primarios</b>
“Por haber publicado una columna donde se revelaban datos de un acto de corrupción me amenazaron diciendo: “ya sabemos en qué escuela va tu hijo”. Ahora ya pasaron los años pero donde vive mi hijo está aumentando mucho la violencia por el crimen organizado y he vivido mucho miedo porque yo escribo sobre ese tema”.
“Un enfrentamiento a balazos que duró poco más de dos horas en un cerro. Desde mi ubicación alcanzaba a

---

escuchar la refriega”.

---

“Policías judiciales me amenazaron de muerte y destruyeron mi vehículo por fotografiarlos mientras quitaban volantes a unos activistas”.

---

“Amenazas de muerte, de ser expulsado del estado y de perder el trabajo”.

---

“Fui asaltado a mano armada y amenazado tras salir de mi trabajo. Además, mi oficina fue asaltada y algunos compañeros fueron demandados judicialmente por reportajes publicados en el medio. Estoy realizando un reportaje sobre periodistas asesinados sin que los directivos de mi trabajo me brinden alguna protección. No tenemos seguro de vida, ni ninguna prestación”.

---

“Me han amenazado de muerte y han dañado mi auto por revelar posibles vínculos de políticos con el narco”.

---

“Fui amenazado por un secuestrador. Un disparo. Amenazas de mis propios jefes”.

---

“Me siguieron narcotraficantes e irrumpieron en mi casa dejándome un mensaje amenazante”.

---

“Fui agredido multitudinariamente por un funcionario y elementos de seguridad en el desempeño de mi actividad informativa y sin ninguna razón válida”.

---

“Viajé a un pueblo de San Luis Potosí para hacer un reportaje sobre el crimen organizado. El jefe de policía me advirtió que no era bienvenida y me dijo que me retirara porque un grupo del crimen organizado controlaba el pueblo y estaba enterado de mi presencia. Hombres de ese grupo me `escoltaron´ hasta la carretera de salida. Estaba segura que me iban a *levantar*”.

---

“He sido acusada y amenazada verbalmente por mandos del ejército mexicano de ser sospechosa de trabajar para el narcotráfico”.

---

“Estuve perdido en una brecha en busca de una *narcofinca*, y al pasar por un tramo se registró una balacera. Estuve a punto de quedar en medio del fuego cruzado”.

---

“Un alcalde me amenazó de seguir tratando su caso por desvío de recursos. Él había sido secuestrado y liberado, y no residía en el municipio. Otra ocasión agentes ministeriales me amenazaron mientras cubría un homicidio”.

---

### **Traumas Secundarios**

---

“El asesinato de mi compañero y de otros amigos periodistas”.

---

“Fui testigo del descubrimiento de una narcofosa y una instalación de tortura del crimen organizado”.

---

“La cobertura de dos asesinatos, ambos de elementos del ejército; el hallazgo de cuerpos mutilados, incendio, y la visita frecuente a la delegación de la PGR”.

---

“Presenciar una matanza a menos de 50 metros”.

---

“Son varios los recuerdos: violaciones a menores de edad, homicidios, secuestros”.

---

“Últimamente he visto a personas decapitadas en hechos presuntamente relacionados con el narcotráfico. Me impresionó verlos”.

---

“Cubrí un asesinato”.

---

“Muertes de niños, asesinatos de personas”.

---

---

“Muchos reportajes relacionados con delincuencia y narcotráfico”.

---

“Ver una persona baleada, con el cuerpo destrozado pero aún con movimientos aunque involuntarios pues ya estaban falleciendo”.

---

“El asesinato de un compañero de trabajo y buen amigo”.

---

“La cobertura de la violación y asesinato de una niña; el hallazgo de ocho cuerpos calcinados en un camión; explosión de bombas de PEMEX”.

---

“Muchos asesinatos de alto impacto”.

---

“Ataques por parte de autoridades a las funciones de reporteros, balaceras entre sicarios, muertes de niños, eventos sangrientos, declaraciones falsas de políticos”.

---

“Cubrí asesinatos de personas conocidas en la ciudad donde radico y que no tienen una causa aparente para que hayan sido asesinados”.

---

“Me impresionan mucho los asesinatos en la vía pública y los casos en que menores de edad resultan afectados”.

---

“Muchas coberturas de asesinatos. He tenido la mala fortuna de estar cerca de varias ejecuciones y muertes andando en la calle”.

---

“Me impactó un secuestro de un colega”.

---

“Un joven fue baleado por fuerzas federales a unos cuantos metros de mí, en las instalaciones de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez”.

---

“Son muchas masacres, sobre todo asesinatos de niños y madres de familia inocentes”.

---

“Cobertura del asesinato de cuatro policías durante su patrullaje”.

---

“Una cobertura sobre narcotráfico en Chihuahua y Sinaloa”.

---

“Cobertura de ejecutados. A diferencia de otras ocasiones, no había acordonamiento policiaco, o al menos, una custodia segura, mientras comandos armados circulaban en torno al lugar de los hechos”.

---

“La persecución de algunos compañeros y el asesinato de uno de ellos. A ello se suma la situación de impunidad que impera en el país”.

---

“La cobertura de la matanza de Villas de Salvarcar, la matanza en Villa Ahumada y el asesinato de mi amigo periodista”.

---

“Los asesinatos de niños”.

---

“La guerra de todos los días”.

---

“Ejecuciones, detenciones. Mi trabajo de todos los días”.

---

“Las coberturas de ejecuciones. Últimamente me pasa que antes de llegar a la cobertura de una balacera, me viene la sensación de que algo malo me va a pasar”.

---

## **Traumas Terciarios**

---

---

“Injusticias a personas indefensas, hambre, miseria, angustia de entrevistados”.

---

“Cobertura periodística de un funeral de una víctima mujer de homicidio doloso, mismo que se tuvo que anticipar a consecuencia de amenazas y atentados en contra de familiares”.

---

“Sin duda, el caso de las muertas de Juárez”.

---

“El caso de los feminicidios de Juárez. Los asesinatos de activistas sociales y el sufrimiento de las víctimas de la guerra. El caso de los familiares de desaparecidos”.

---

### **Traumas Mixtos**

---

“Cobertura de un homicidio violento con armas de fuego de un jefe policiaco en Ciudad Juárez, la noche del 10 de mayo, y al estar tomando notas y gráficas los demás policías se fueron, dejando solo el cuerpo acribillado y a nosotros los reporteros porque existía el riesgo que regresaran los sicarios”.

---

“Mi esposo y yo somos periodistas, y a él lo secuestraron. Además, yo he estado en situaciones de riesgo, he sido amenazada con armas de fuego y perseguida.

---

“No es una, es el conjunto de todas ellas las que me están agobiando”.

---

“Son diferentes coberturas de homicidios o balaceras en las que pronto vemos personas armadas que no sabemos si son policías o narcotraficantes. Una vez quedé en medio de una reacción de la policía federal que fue atacada. Salieron todos del centro de mando armados y corriendo. Sólo yo traía chaleco antibalas. Un día balacearon afuera del periódico y pensé que era contra nosotros”.

---

“En mi caso no puedo hablar de una sola experiencia, son varias las que se acumulan diariamente, durante meses, por el hecho de cubrir información de ejecuciones en Ciudad Juárez”.

---

“Balaceras y ejecuciones cercanas a mi lugar de trabajo, o zonas de coberturas periodísticas en Juárez. Una amenaza de bomba en horas laborales en el periódico para el que trabajo”.

---

“Un crimen ocurrido en un parque público. Otra vez ingresaron a mi domicilio”.

---

“No es uno, son muchos los eventos que me han impactado. He cubierto desastres naturales, asesinatos, pobreza, violación a los derechos humanos, agresiones a periodistas. El conjunto, creo que me está pesando”.

---

“No es sólo un evento. Es el conjunto de muchos asesinatos de amigos cercanos”.

---

“Los casos de feminicidios en Juárez y diferentes coberturas de narcotráfico: asesinatos, ejecuciones”.

---

“Han sido tantas las coberturas de violencia que he hecho en los últimos 10 años que me resulta muy estresante describirlas. La muerte de varios compañeros me ha afectado mucho, fue cabrón”.

---

“Hice una nota sobre una persona asesinada a quien le quitaron la piel de su rostro y la utilizaron para forrar un balón de futbol. A eso se añade la muerte que veo todos los días, las amenazas de las que somos víctimas los periodistas, y aún nuestras familias”.

---

Como se puede observar en la Tabla 34, la mayoría de las descripciones de los periodistas alude no a un trauma único, sino a diversos acontecimientos de naturaleza acumulativa. En este sentido, se podría considerar la existencia de una especie de “estrés

residual o acumulativo” que impacta al periodista. Dicho en otros términos, en la mayoría de los casos la aparición de síntomas surgió como resultado de traumas múltiples y/o mixtos, antes que por un evento aislado, azaroso o excepcional (a menos que fuera de una naturaleza abrumadora, como un secuestro, una amenaza o una agresión física que hubiera puesto en riesgo la vida del periodista).

### **Los síntomas: tipología de respuestas postraumáticas**

Los escenarios de guerra y las coberturas periodísticas que de ellos emanan (ambos en su condición de eventos potencialmente traumatizantes) representan un alto grado de estimulación psicoafectiva. Cada uno de los escenarios de violencia contiene múltiples elementos disparadores de emociones que, de alguna u otra forma, son susceptibles de ser conectados con circunstancias del propio pasado.

Por lo anterior resulta necesario seguir preguntándose –como lo hizo Roger Simpson, uno de los pioneros más destacados de esta línea de investigación a nivel internacional–: ¿Es realmente posible que los reporteros y fotógrafos que lidian con la violencia y la barbarie no sufran consecuencias emocionales por su trabajo profesional? ¿Pueden los periodistas realmente *compartimentalizar*, reprimir o *blindarse* del horror mientras realizan sus rutinas diarias? ¿Los periodistas pueden llegar a casa, después de una larga jornada de sangre, como si realmente nada hubiera pasado? ¿Es humanamente posible encontrarse con escenas de horror, barbarie y muerte sin ser afectados de alguna u otra manera? ¿Es posible vivir traumas múltiples y salir invariablemente ileso?

De acuerdo a los datos cuantitativos y cualitativos obtenidos, las respuestas a estas interrogantes son contundentemente negativas. Si bien es cierto que en poblaciones abiertas (esto es, en personas que no viven bajo constante peligro) sólo uno de cada cuatro individuos que experimentan un trauma presenta síntomas de EPT, también lo es que un evento con esas proporciones puede generar otro tipo de respuestas no necesariamente postraumáticas, como ansiedad, depresión o somatizaciones.

Algunas veces exiguas, otras intensas o avasallantes, siempre habrá reacciones emocionales frente a la violencia. Aún en los casos menos visibles, inevitablemente surgirán respuestas de algún tipo. Incluso, bajo ciertas circunstancias, la aparente ausencia de dolor subjetivo puede ser considerada como una reacción de perturbación disociativa – sutil pero perturbación al fin y al cabo– denominada adormecimiento o anestesia emocional. Dicha manifestación pudiera ser interpretada también como un signo de insensibilidad, producida por la exposición permanente a acontecimientos traumáticos de distinto tipo (Briere & Scott, 2006).

Y es que, en efecto, el abanico de reacciones a eventos traumáticos puede ser muy amplio. Aún así, es común que las respuestas inmediatas a una cobertura o experiencia periodística extremadamente impactante sean relativamente homogéneas; el criterio A2 del DSM-IV-TR incluye respuestas de miedo, desesperanza u horror. Ya sea trauma primario, secundario o aún terciario, los periodistas pueden presentar en forma inmediata alguna manifestación de esta trilogía sintomática.

La presencia de miedo es notoria en el caso del trauma primario, sobre todo porque la vida o la integridad física del periodista están en riesgo. En cuanto al impacto secundario o terciario, son más frecuentes las respuestas desoladoras, como la desesperanza y la culpa. En las entrevistas realizadas, se identificó que el enojo también era una emoción recurrente y paralela a las anteriores, y se apreciaba sobre todo en los casos de asesinatos, secuestros o desapariciones de colegas cercanos (trauma secundario).

Y es que, ciertamente, el enojo es una emoción recurrente que bien podría ser incluida en el próximo Manual de trastornos (DSM-V). De hecho, algunos investigadores han manifestado esta necesidad de considerar otras respuestas inmediatas al trauma, particularmente la culpa, vergüenza y enojo (Andrews, Brewin, Rose, & Kira, 2000; Leskela, Dieperink, & Thuras, 2002).

## Estrés postraumático en periodistas

Cuando los eventos traumáticos o las coberturas periodísticas realizadas por comunicadores son extremadamente intensos y estresantes –como la mayoría de los expuestos en esta investigación– es frecuente que, además de la presencia de miedo, desesperanza u horror (criterio A2), surjan *a posteriori* otras reacciones más específicas propias del estrés postraumático, como síntomas intrusivos, evitativos y de activación. Además, como se expuso en apartados anteriores, para que se configure un caso de EPT es necesario que el conjunto de los tres síntomas permanezca más de un mes, y provoque simultáneamente un malestar clínico significativo.

En este sentido, en la Tabla 35 se muestran los criterios diagnósticos para la identificación de TEPT en periodistas, los cuales son una versión adaptada del Manual de trastornos mentales (DSM-IV-R). La presencia de los seis criterios con sus respectivos cuadros sintomáticos, fueron elaborados por el investigador durante el trabajo de campo, y constituyen una propuesta específica para la identificación diagnóstica del TEPT en esta población particular. En otros términos, los criterios diagnósticos aquí descritos podrían coadyuvar en la identificación del trastorno en un ámbito estrictamente laboral; esto es, bajo una dinámica propia del ejercicio periodístico en escenarios de alto riesgo.

Tabla 35

### *Criterios diagnósticos para TEPT en periodistas (adaptación del DSM-IV-R)*

---

**Criterio A.** El periodista (reportero, fotógrafo o camarógrafo) ha estado expuesto de manera directa o indirecta a un acontecimiento traumático derivado de su práctica profesional, bajo dos modalidades:

- (1) El periodista ha **experimentado, presenciado** o **conocido** uno (o más) acontecimientos en los que se presentan muertes, lesiones serias o amenazas a su integridad física, o la de otras personas; y
- (2) El periodista ha respondido con **miedo, desesperanza** u **horror** al momento en que ocurre el acontecimiento, o poco tiempo después.

---

**Criterio B.** El acontecimiento traumático –derivado de su práctica profesional– es reexperimentado por el periodista de manera persistente, mediante **una** (o más) de las siguientes formas:

- (1) Recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar. Los recuerdos del evento pueden manifestarse mediante imágenes, pensamientos o percepciones.
  - (2) Sueños recurrentes sobre el acontecimiento, los cuales generan malestar.
-

---

(3) El periodista actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*).

(4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos (imágenes, pensamientos, olores, personas, lugares, actividades, etc.) que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

(5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático (sudoración de manos, dolores de cabeza, taquicardias, etc.).

---

**Criterio C.** Evitación persistente de estímulos asociados al trauma, y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausentes antes del acontecimiento), mediante **tres** (o más) de las siguientes manifestaciones:

(1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el suceso traumático derivado de su práctica profesional.

(2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que activen recuerdos del trauma.

(3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

(4) Marcada disminución del interés o poca participación en actividades antes significativas.

(5) Sensación de desapego o alejamiento de los demás.

(6) Restricción de la vida afectiva (por ejemplo incapacidad para tener sentimientos de amor, solidaridad, amistad, etc.).

(7) Sensación de un futuro desolador para sí mismo.

---

**Criterio D.** Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausentes antes del trauma). Deberán estar presentes **dos** (o más) de los siguientes síntomas:

(1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.

(2) Irritabilidad o ataques de ira.

(3) Dificultades para concentrarse.

(4) Hipervigilancia.

(5) Respuestas exageradas de sobresalto.

---

**Criterio E.** La duración de las molestias (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan **más de un mes**.

---

**Criterio F.** Estas alteraciones provocan **malestar clínico significativo** o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del periodista.

---

Y es que, en efecto, el TEPT ya fue incluido en la nueva “Lista de enfermedades profesionales”, elaborada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en marzo de 2010, con el condicionante de que se “estableciera científicamente, o por métodos

adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el (los) trastornos mentales o del comportamiento contraído(s) por el trabajador” (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2010, pág. 7).

En este sentido, un diagnóstico de TEPT debido a causas laborales, deviene razón suficiente para justificar una adaptación de criterios clínicos para esta población. Además, el hecho de incluir al TEPT como “enfermedad profesional” bajo un contexto de trabajo periodístico implica, necesariamente, acciones preventivas, de atención y, sobre todo, de indemnización laboral las cuales, en su conjunto, deben ser garantizadas por las propias empresas de comunicación, así como por las diversas instancias de gobierno.

En la “Lista de enfermedades profesionales” suscrita por las naciones que integran la OIT (entre ellas México), se estableció un consenso mundial sobre las enfermedades causadas por el trabajo. Bajo esta lógica, la Recomendación 194 señala lo siguiente:

En la nueva lista se incluye una serie de enfermedades profesionales reconocidas internacionalmente. (...) *Por primera vez se han incluido de manera específica en la lista de la OIT los trastornos mentales y del comportamiento* (subrayado nuestro). (...) Los criterios utilizados por los mandantes tripartitos para decidir qué enfermedades han de ser consideradas en la lista actualizada incluyen: que exista una relación causal entre la enfermedad y un agente, una exposición o un proceso de trabajo específicos; que la enfermedad ocurra en relación con el ambiente de trabajo y/o en ocupaciones específicas; que la enfermedad tenga lugar entre los grupos de trabajadores afectados con una frecuencia que exceda la incidencia media en el resto de la población; y que haya evidencia científica de un patrón bien definido de la enfermedad tras la exposición y verosimilitud de la causa (OIT, 2010, pág. 8).

En este sentido, los razonamientos esgrimidos en la OIT para clasificar a las “enfermedades profesionales”, fueron incorporados en los criterios diagnósticos propuestos

en este estudio (basados también en las especificaciones del Manual de trastornos (DSM-IV-TR).

Como puede observarse en la Tabla 35, los síntomas de EPT presentes en los periodistas entrevistados se dividieron en tres grupos: reexperimentación del evento traumático (criterio B); evitación de estímulos relacionados con el acontecimiento y respuestas de adormecimiento emocional (criterio C); y por último, síntomas de activación (criterio D).

Con respecto al criterio B, una significativa mayoría de comunicadores presentó sueños recurrentes o pesadillas sobre eventos periodísticos traumáticos (o íntimamente relacionados con ellos), como paredes sangrantes, cuerpos destazados, historias de persecución, muertes de familiares, etc. También describieron respuestas de tipo fisiológico como sudoración de manos, cefaleas, taquicardias, dolores estomacales, etc. Estas manifestaciones irrumpieron al presentarse estímulos evocadores (como avenidas, aceras, cruceros o puentes en los que ocurrieron asesinatos de alto impacto emocional).

El segundo conjunto de síntomas (criterio C), se manifestó de diversas maneras. Como resultado del impacto traumático, los periodistas afectados evitaban transitar por ciertas avenidas, puentes o lugares evocadores de eventos (particularmente espacios públicos en los que se cometieron asesinatos de alto impacto emocional). También un grupo significativo se vio inmerso en una dinámica de aislamiento paulatino y alejamiento de personas; es decir, el contacto social se fue perdiendo conforme los síntomas se consolidaban.

En menor medida, también se identificó embotamiento, insensibilidad o adormecimiento emocional en los periodistas entrevistados. En este rubro, la presencia de bromas y chistes en escenarios sangrientos fue una manifestación bivalente: por un lado, en ciertos casos, tales actitudes reflejaron rasgos de insensibilidad ante el dolor ajeno (propio del adormecimiento emocional); y, por otro, representó la puesta en marcha de un mecanismo defensivo (o evasivo) que los apartaba simbólicamente del acontecimiento. En este sentido, un fotógrafo aceptó la presencia ocasional de bromas y chistes entre colegas del gremio: “Las bromas que de pronto hacemos son sin *mala leche*. Aunque en el fondo,

muy en el fondo sabemos que nos estamos protegiendo de algo, de la propia violencia. Escondemos nuestras lágrimas con los chistes, como buenos mexicanos”.

Por otra parte, los síntomas que configuran el criterio D son los de mayor frecuencia en esta población (problemas para dormir, irritabilidad, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas de sobresalto). Estos últimos dos síntomas, sin embargo, se presentaron con mayor insistencia en periodistas amenazados de muerte, secuestrados y/o agredidos.

Los síntomas agrupados en los tres criterios diagnósticos (B, C, y D) no siempre surgen de forma inmediata. Algunas ocasiones aparecen de manera imprevista (no sistemática y sin patrón alguno), días, meses e incluso años después del evento traumático. A esta variante en el DSM-IV-R se le identifica como estrés postraumático de “efecto retardado” (APA, 2001; Bryant & Harvey, 2002). El impacto crónico del trauma, en efecto, puede adormecer los síntomas ante la continuidad reiterada de los eventos, pero es probable que con el tiempo logren manifestarse de algún modo, después de un largo periodo de letargo.

Pero las respuestas a uno o más eventos traumáticos no son unívocas o unidireccionales. De acuerdo a diversos estudios, más del 80% de las personas con TEPT, paralelamente exhiben síntomas comórbidos, como depresión, ansiedad, fobias, ataques de pánico, somatizaciones o enfermedades físicas,. (Kessler, Sonnega, Bromet. Hughes & Nelson, 1995; Spinazzola, Blaustein, & van der Kolk, 2005). Además, una experiencia periodística traumática también puede modificar los esquemas cognoscitivos (genera vacío existencial profundo, desesperanza, pérdida de la autoestima, sensación de inseguridad, o desconfianza hacia los demás). Lo anterior pudo ser corroborado no sólo durante las entrevistas *in situ*, sino también cuando se establecieron las correlaciones de síntomas en la fase cuantitativa previa.

## **Depresión, ansiedad, crisis de angustia...**

El 42% de los periodistas que cubrían temas de narcotráfico y que participaron en el levantamiento de datos de la primera fase, presentaron síntomas depresivos. Durante las entrevistas posteriores se corroboró esta condición, la cual se manifestó de diversas maneras: tristeza, apatía, pérdida de interés, falta de iniciativa, poco apetito, dificultad para concentrarse, desmotivación sexual, entre otras.

La depresión es una respuesta común en individuos que han experimentado uno o más eventos traumáticos. En el caso particular de los periodistas de narcotráfico, se pudieron identificar estados depresivos bajo dos circunstancias específicas. La primera se manifestó como una respuesta inmediata derivada del evento traumático; es decir, la sintomatología depresiva surgió como resultado de la exposición al trauma. El caso paradigmático que ejemplifica esta variante se pudo observar en periodistas que habían vivido de cerca el asesinato de un colega cercano o de algún familiar. Estos comunicadores presentaban sentimientos de desesperanza, apatía, vacío y dolor emocional como resultado de la pérdida.

La segunda circunstancia, sin embargo, se circunscribió a una dinámica diferente que es conocida en términos clínicos como “respuesta secundaria al trauma” (Carlson & Dalenberg, 2000). En estos casos, las reacciones depresivas no surgen por el evento traumático en sí mismo, sino por la incapacidad del periodista de controlar los síntomas intrusivos, evitativos y de activación. En este sentido, la depresión se gesta debido a la existencia de síntomas previos, y no por la presencia del trauma. Hubo testimonios de periodistas a quienes se les dificultaba lidiar con los síntomas de EPT, y terminaron por presentar crisis depresivas porque se sentían incapaces de resolver y afrontar la aparición de la trilogía sintomática (intrusión, evitación y activación).

Vinculado estrechamente con estados depresivos, se encontraron casos de periodistas que presentaban ideaciones suicidas. Un reportero confió: “No le encuentro sentido a lo que hago. Tanta muerte, tanta sangre me ha dejado desesperanzado. A veces no quiero ni levantarme. A veces ya no quiero ni abrir los ojos. A estas alturas ya le tengo más miedo a la vida que a la muerte”.

Los estados depresivos también se presentaron en periodistas que establecieron un contacto permanente con víctimas civiles de la guerra, o que trabajaban temas de derechos humanos. Al estar rodeados de manera sistemática por sensaciones de dolor emocional y actos de injusticia e impunidad, los periodistas se convirtieron en individuos particularmente vulnerables al impacto secundario o terciario. Una reportera comentó lo siguiente en una entrevista realizada durante la segunda Caravana por la Paz: “Hubo un tiempo en que siempre hablaba de muerte y víctimas. Me veía con tristeza crónica. Cuando hacíamos reuniones familiares de lo único que hablaba era de muertos y desaparecidos, hasta que dije: ‘¡Putá!, ¡Qué de la chingada estoy!’ Me sentía muy sensible, aprehensiva. No sé, veía un comercial tonto, de cualquier cosa y comenzaba a chillar”.

Otra respuesta recurrente en los periodistas fue la ansiedad. Como se expuso en capítulos anteriores, estos síntomas se presentan por diversas circunstancias difíciles de sistematizar. Sin embargo, en el caso de la práctica periodística es común que las experiencias de peligro y vulnerabilidad desencadenen respuestas de este tipo. La ansiedad es, como se sabe, una respuesta de miedo inespecífico y sin objeto ante una situación indeterminada. En el caso particular del periodista amenazado es muy nítido este fenómeno: no sabe quién lo va a agredir, cuándo, dónde ni cómo; sabe del riesgo, pero se desconocen las formas de la eventual agresión. Esta incertidumbre que vive el periodista amenazado en su práctica diaria, se manifiesta como una preocupación constante, una inquietud que –como dijo un reportero– “carcome el alma” y hace que el desgaste emocional sea “brutal”.

De acuerdo a los datos recabados en la primera fase cuantitativa, se sabe que 77% de los periodistas de la muestra que cubría noticias de narcotráfico presentó síntomas de ansiedad. Lo anterior se corroboró durante el trabajo de campo. Las formas en las que se manifestaba la ansiedad fueron igualmente diversas: tensión motora (en algunos casos durante las entrevistas los periodistas reflejaban temblores, *tics* nerviosos, rostro constreñido); quejas somáticas (aceptaban tener palpitaciones constantes, sequedad en la boca, hipersudoración, dificultad respiratoria, manos sudorosas, sensación de mareo, micciones frecuentes); estados de alerta y expectación negativa (los periodistas se mostraban hipervigilantes ante cualquier suceso, así fuera nimio e insignificante, o sin

ningún riesgo; estaban preocupados o anticipaban desgracias para sí mismos o para sus seres cercanos).

Es necesario señalar, sin embargo, que no todos los síntomas de ansiedad estaban relacionados únicamente con alguna experiencia periodística. Como bien lo señalan Briere y Scott, “debido a que la ansiedad es probablemente el camino final común de una variedad de factores etiológicos, algunos de los cuales no están relacionados con el trauma, la presencia de ansiedad generalizada en cualquier individuo no necesariamente significa que tiene un historial traumático” (Briere & Scott, 2006, pág. 20). Un par de periodistas entrevistados mostraron síntomas de ansiedad por razones ajenas al evento traumático, y los atribuían a diversas causas (preocupación por perder el empleo, bajos salarios, irritabilidad debido a deudas económicas, inseguridad ontológica, o incapacidad para establecer relaciones de pareja debido a rasgos de carácter, entre otras razones).

Al conjunto de respuestas arriba descritas (EPT, depresión y ansiedad), se debe añadir un fenómeno que no fue cuantificado en la primera fase de esta investigación pero que, sin embargo, sí fue identificado durante las entrevistas cualitativas: la presencia de ataques de pánico o crisis de angustia. Y es que, en efecto, un grupo de reporteros que había experimentado algún trauma, paralelamente presentó ataques o crisis sintomáticas de angustia.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 2001), las “crisis de angustia” o “ataques de pánico” se presentan de manera temporal y súbita a través de síntomas de aprensión, miedo intenso o terror, y son acompañados habitualmente de una sensación de muerte inminente. De manera paralela aparecen otros síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión torácica, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.

A diferencia de lo que ocurre con el estrés agudo (EA) y el postraumático (EPT), en los “ataques de pánico” la aparición aislada y temporal de miedo, surge en ausencia de un peligro real. En los primeros trastornos (EA, EPT) el miedo nace indefectiblemente de una experiencia en la que, en efecto, la vida o la integridad física del individuo está en peligro.

Los ataques de pánico van acompañados de al menos 13 síntomas somáticos o cognoscitivos (palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantamiento, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, mareo y aturdimiento, despersonalización, miedo a perder el control o “volverse loco”, miedo a morir, parestesias [hormigueo, adormecimientos], y escalofríos o sofocaciones), los cuales se presentan en un lapso de 10 minutos a una hora. Si el periodista presenta cuatro o menos de estos síntomas, al episodio se le denomina “crisis sintomática limitada”. Las crisis de angustia pueden convertirse en un trastorno (ataque de pánico) sólo cuando las crisis son recurrentes e inesperadas.

Diversos estudios han identificado una significativa comorbilidad entre los ataques de pánico y el trastorno de estrés postraumático en población general (Leskin & Sheikh, 2002). Como apuntan Briere y Scott (2006), “el EPT está frecuentemente asociado a ataques de pánico, aún cuando éstos no son atribuidos de manera obvia a desencadenantes traumáticos. Como resultado, el clínico debería investigar los episodios de pánico cuando evalúan a los que sufren de la exposición a un trauma, y debería asimismo considerar la posibilidad de que los ataques de pánico en una víctima determinada también podrían representar una forma de estrés postraumático” (pág, 20).

En el caso concreto de los periodistas entrevistados que presentaron episodios de pánico, fue difícil identificar la etiología, puesto que al momento de irrumpir los síntomas, el contexto no representaba una amenaza real para su seguridad. En este sentido, algunas crisis de angustia se presentaron en escenarios diversos como aviones o lugares lejanos a las zonas de conflicto (playas, montañas, otros países), los cuales tenían la particularidad de no representar ningún riesgo para el reportero. Un periodista presentó crisis de angustia en dos periodos vacacionales diferentes (ambos en el extranjero), cuando su seguridad física estaba completamente garantizada. Algunos periodistas “exiliados”, aún cuando vivían en lugares ajenos a la zona de conflicto, también presentaron episodios esporádicos de este tipo.

También fue posible identificar episodios de *crisis sintomáticas limitadas* cuyos desencadenantes inmediatos fueron perfectamente reconocibles. Tal es el caso de algunos

periodistas que presentaron crisis de angustia al momento en que se enteraron del asesinato de un colega cercano. En estas situaciones específicas –a diferencia de los casos anteriores– el elemento disparador de angustia fue bastante claro.

Por último, en las entrevistas cualitativas también se pudo identificar respuestas somatomorfas, es decir, síntomas psicósomáticos. Es común que periodistas con elevado estrés, somaticen su problemática emocional por medio de respuestas corporales, como dolor físico, problemas gastrointestinales, adormecimiento físico, rigidez muscular, pérdida de la habilidad para hablar, parálisis facial u hormigueos. Dichos síntomas se presentan, en efecto, sin una disfunción orgánica identificable; no obstante, como lo señalan Briere y Scott (2006), las razones de la conexión entre el trauma y la somatización continúan siendo oscuras. Aún así, muchos periodistas exhiben problemas gastrointestinales, dolores de cabeza, rigidez muscular, presencia recurrente de enfermedades físicas, entre otros síntomas.

### **Modificación de esquemas cognoscitivos: desconfianza e inseguridad**

Era junio de 2010. En esos días habíamos enviado, mediante correo electrónico, más de 500 invitaciones a diferentes periodistas de todo el país para que participaran en el levantamiento de datos cuantitativos de esta investigación. Algunos reporteros y fotógrafos, en efecto, ya habían comenzado a responder los instrumentos psicométricos. Aunque todavía era baja la participación, sí se percibía movimiento en la página *web*, y el flujo de datos tomaba forma. Fue entonces cuando el investigador recibió un correo electrónico fechado en Ciudad Juárez.

Un reportero de reconocida trayectoria escribió estas líneas: “Perdona, pero es la segunda vez que llega este correo, y más estresante me resulta como periodista que la dirección electrónica que supuestamente contiene la información de tu investigación no abre. En estas circunstancias, no me interesa colaborar contigo porque por ahora no te creo”.

De inmediato se le respondió al periodista en los siguientes términos: “Entiendo tu desconfianza y acepto que no quieras colaborar conmigo. Sin embargo, te puedo decir que acabo de ingresar a la página y está trabajando correctamente. De cualquier forma, gracias por tomarte la molestia de responder mi correo, y ten la certeza de que no volveré a molestarte. Saludos cordiales.”

El periodista de Ciudad Juárez, con una amplia trayectoria tras de sí, bajó un poco la guardia ante la respuesta del investigador. Extensa y descriptiva fue su réplica. La invitación, en efecto, había tocado alguna fibra personal:

Me gustó tu respuesta. Intenté ingresar en tu página de nuevo pero abre completamente en blanco, así que algo pasa. Perdona, pero en el entorno en el que estamos en Ciudad Juárez entenderás que lo primero que priva es la *desconfianza*, por las amenazas de las que en cierto momento hemos sido objeto varios compañeros y quien esto escribe. Tómalo como parte del estrés que nos está tocando vivir por acá por efecto de la guerra entre bandas del narco. Baste decir que hace tiempo, después del asesinato del periodista Armando Rodríguez, en el marco del Operativo Conjunto Chihuahua, un compañero fotógrafo y un servidor tuvimos un altercado con militares, en un evento en el que fuimos rodeados por soldados, retenidos en contra de nuestra voluntad, amenazados y fotografiados por órdenes de un oficial que se la pasó diciendo: ‘Por eso los *madrean*’, antes de soltarnos. Todo esto quedó consignado en una nota publicada al día siguiente en el medio para el que trabajamos. En otra ocasión, días después de la explosión del coche bomba, tuvimos una amenaza de bomba para el periódico y en esa ocasión por cierto pude ver de cerca las deficiencias que existen para el protocolo que se sigue en estos casos, además de que algunos compañeros, de víctimas pasamos a ser sospechosos y fuimos exigidos de identificarnos por estar tomando nota del operativo que de mala gana llevaron a cabo los elementos federales en las instalaciones antes de dictaminar que se había tratado de una falsa alarma.

¿Has estado en medio de una balacera? Por acá cerca de tu casa nos ha tocado escuchar la metralla de varias ejecuciones, de día, de noche y de

madrugada. A mis hijos les he tenido que mentir con el cuento de que se trata de pruebas que se están haciendo con los fuegos artificiales que van a utilizar para los festejos del bicentenario. Así andan las cosas amigo.

(...) Disculpa esta manía por *desconfiar* de inicio ante lo que pueda sonar “sospechoso”. Yo diría que es cierta paranoia justificada ¿no? Pero ¿sabes? Esto me ha servido de catarsis. Perdona los modos que utilicé en el primer correo. Disculpa si fui grosero. ¿Podríamos empezar de nuevo?

Una vez aclarado el asunto, el periodista se convirtió en un informante clave y colaboró de manera significativa en la investigación, invitando a colegas para que participaran en el levantamiento de datos. Sin embargo, aunque invitó a muchos periodistas conocidos, la mayoría se abstuvo. El reportero escribió en un correo subsecuente: “Lo siento, Rogelio, pero parece que mis compañeros por ahora no les ha interesado colaborar. Como diría un amigo sociólogo maestro de la universidad: en Ciudad Juárez la gente vive en un estado de ‘anomia’ del que muchos ni enterados estamos. (...) Y es que las condiciones en las que está la ciudad es capaz de enfermar a cualquiera. ¡Imagínate! ¡Están *desconfiados* hasta de los propios amigos!”.

Días después –el 25 de junio de 2010– el investigador recibió un correo electrónico de otro periodista que también identificaba la presencia de *recelo* y *desconfianza* en sus propios colegas. El reportero escribió: “La idea [de su investigación] es muy interesante. Tenga un poco de paciencia. Compartiré su correo con colegas mexicanos que cubren noticias de alto riesgo. Es posible que algunos de ellos tengan *recelo* de contestar cuestionarios sobre sus propios malestares, pero yo pienso que es importante, de modo que procuraré hacerles ver el valor de este estudio. Le deseo mucho éxito. Buen día”.

Y es que, en efecto, la desconfianza de los periodistas fue una constante durante los primeros meses de la investigación, y representó una barrera muy difícil de traspasar. Sin embargo, con el tiempo y trabajo de campo *in situ*, la barrera empezó a resquebrajarse, y la participación fue más fluida. Ya al final del levantamiento cuantitativo, los datos revelaron

elevados índices de desconfianza de los periodistas hacia personas y situaciones, aún cuando éstas no representaban algún riesgo potencial objetivo.

Algo similar ocurrió en el ámbito de la seguridad. Los indicadores en esta área resultaron igualmente significativos. Un sector de periodistas se percibía inseguro bajo cualquier circunstancia, incluyendo aquellas en las que su integridad física estaba garantizada. “Aún viviendo fuera, no me siento completamente seguro”, contó un periodista que cambió su lugar de residencia a otro estado de la república.

Ciertamente, el acto de tomar precauciones y reservas frente a contextos de riesgo, coadyuva en la protección y salvaguarda de la vida. Sin embargo, cuando estas respuestas se extienden a otros escenarios que no ameritan o justifican dichas acciones (ya sea en el hogar, con los amigos o compañeros de trabajo), es probable que el desgaste emocional quede instalado cognitivamente en su dinámica cotidiana. Y es que, en efecto, el conjunto de respuestas que originalmente sirvieron para salvaguardar la vida del periodista, con el tiempo podrían convertirse en un hábito nebuloso, cuya característica distintiva sea la desconfianza, el descontrol y la inseguridad, incluso en ámbitos y escenarios que no implican riesgo alguno. No obstante, dichas modificaciones cognoscitivas no constituyen en sí mismas ningún indicador psicopatológico.

En suma, como se ha podido observar en los testimonios de periodistas, el impacto de las coberturas de narcotráfico incluye y combina una compleja variedad de respuestas emocionales –mediatas e inmediatas– cuya trayectoria posterior no siempre resulta fácil vaticinar. Aún así, la violencia, en su condición primaria o secundaria, tiene el potencial de desencadenar una multiplicidad de conexiones significativas con el propio pasado, o de generar identificaciones proyectivas relacionadas con la vida personal del periodista. “Llevo años en esto, pero algo que todavía no puedo manejar adecuadamente son los asesinatos de menores. Estas coberturas me pegan bien cabrón”, dijo en entrevista un fotógrafo de Ciudad Juárez.

Las identificaciones proyectivas con determinados personajes son, en efecto, mecanismos psicológicos que suelen presentar los periodistas, sobre todo cuando sus experiencias en escenarios de violencia son sistemáticas y recurrentes. En este sentido, el

impacto anímico y subjetivo de la violencia puede alcanzar niveles terciarios y aún cuaternarios. Ilustrativo resulta el siguiente testimonio del propio investigador, escrito en su diario de campo durante uno de los viajes por Ciudad Juárez, días antes de la matanza de 18 jóvenes en la colonia Salvarcar:

Es una tarde de invierno como tantas otras: fría, lúgubre, gris. Con largas zancadas me enfilo por las calles de una colonia popular de Ciudad Juárez. A diez cuadras de donde me encuentro acaban de ejecutar a dos niños, y un fotógrafo me conduce hacia ellos, como si fuera un turista necrófilo de un *tour* por el infierno.

Cruzamos calles polvorientas y áridas. Policías por todas partes.

Sé que en unos instantes voy a ser testigo de lo que a diario observan reporteros y fotógrafos de esta ciudad: charcos de sangre, casquillos, lágrimas, gritos de dolor e impotencia de las madres.

Mis manos tiemblan y mis pasos son cada vez más torpes cuando diviso a lo lejos un enjambre de gente: el lugar de las ejecuciones. Sé que muy en el fondo no quiero llegar ahí, donde yacen los pequeños cuerpos. Como un acto reflejo, pienso de inmediato en mis propios hijos.

A unos metros de la escena me detengo, acobardado. No puedo acercarme más. Siento náuseas y mareos.

Desde mi guarida –una banqueta mal pavimentada y polvorienta de enfrente– sólo alcanzo a observar los ojos llorosos de una reportera que toma notas. Su semblante luce apesadumbrado, su ánimo quebrado. Me miro en ella.

Desconcertada, la periodista voltea hacia mí, mudo testigo de sus fantasmas. Cuando se percata de que la observo como a un espejo, la mujer alza su voz con dureza:

–La *nota* está allá, no conmigo –me grita, señalando los cuerpos de los niños.

Comprendo su molestia de ser observada. Pero no sé si la reportera tenga razón. A estas alturas, creo que muchos mexicanos somos parte de la *nota*. De

alguna u otra forma, a todos ya nos ha alcanzado la violencia. Se ve en sus ojos.  
Y también en los míos.

## Conclusiones finales

En estas instancias ya resulta clara la distinción conceptual entre el *estrés* común –inherente a la vida cotidiana de la mayoría de las personas–, y el *estrés traumático* que, en términos reales, es de carácter más excepcional. Ambos, en efecto, están presentes en la práctica periodística sobre temas de narcotráfico.

El primero se manifiesta como una respuesta inespecífica del organismo frente a las exigencias habituales del medio y de la profesión. En este sentido, el *estrés* –o *distrés* en su acepción anglosajona original– evoca actividades y respuestas inherentes al ejercicio periodístico cotidiano (exceso de trabajo, presentaciones públicas, tráfico vehicular, problemas económicos, competencia excesiva entre colegas, escribir bajo presión, largas jornadas laborales, etc.).

Por su parte, el *estrés traumático* –como se ha expuesto a lo largo del presente trabajo– reduce el abanico de estímulos, e incluye respuestas derivadas de un agente estresor más específico, brutal y arrollador que el *distrés* cotidiano. Dicho acontecimiento tiene el distintivo de colocar al periodista en una situación de extrema vulnerabilidad física y emocional. En otros términos, para que el evento adquiriera la categoría de trauma, deberá representar una amenaza, o peligro real para la vida del periodista o de otras personas. Tal es su particularidad.

Los resultados globales de este estudio apuntan en ambas direcciones, pero particularmente revelan el fuerte impacto emocional que representan las coberturas periodísticas sobre narcotráfico y crimen organizado en el ámbito del *estrés traumático*. Los indicadores obtenidos en la primera fase exhiben, en efecto, una alta prevalencia de síntomas de *estrés postraumático* (EPT), ansiedad y depresión en periodistas, hecho que los ubica en una categoría de alto riesgo.

De la investigación se destaca que 33.9% de los periodistas de la muestra total presentaron síntomas de EPT. Sin embargo, los comunicadores que cubrían

sistemáticamente notas de narcotráfico exhibieron una prevalencia mayor: 41%. El caso de los fotógrafos fue especialmente alarmante al presentar una prevalencia de 54.2%; es decir, uno de cada dos fotógrafos de la muestra manifestó síntomas de EPT.

Sin embargo, estos indicadores psicopatológicos sólo revelan su justa dimensión cuando se les compara con otras investigaciones internacionales. Las prevalencias de EPT encontradas en dichos estudios tienen un rango que va de 5.9 a 28.6% (Hatanaka, et al., 2010; Newman, 2003; Teegen & Grotwinkel, 2001). Los corresponsales de guerra fueron los que presentaron la prevalencia más alta, con 28.6% (Feinstein, et al., 2003). En este sentido, los indicadores de EPT en periodistas mexicanos que cubren sistemáticamente notas de narcotráfico son muy superiores a los presentados en otras partes del mundo, incluidos los corresponsales de guerra que cubrieron conflictos en Chechenia, Bosnia, Sarajevo o Medio Oriente.

En cuanto a otros indicadores psicopatológicos, se identificó que 77% de los periodistas que trabajaba temas de narcotráfico también había presentado síntomas de ansiedad (respuestas de inquietud interior, desasosiego, temores difusos, temblores, espasmos, incapacidad para relajarse, preocupaciones, problemas gástricos, mareos, entre otros signos); y 41.1% síntomas depresivos (tristeza crónica, apatía, pérdida de interés, melancolía, insomnio, irritabilidad, problemas de memoria, cansancio, entre otros signos).

En cuanto al consumo de alcohol en periodistas se encontró que 23.6% de la muestra total se ubicaba en un nivel de “riesgo” o “dañino” pero, a diferencia de los casos anteriores (EPT, ansiedad y depresión), al desagregar la información por fuente las variaciones no fueron significativas. Por su parte, los niveles de dependencia a la nicotina fueron los más bajos de todos. Sólo 8.3% de la muestra total se ubicó en niveles de dependencia “moderada”, “fuerte” o “muy fuerte”. Con respecto a los valores desagregados, se encontró que los periodistas de narcotráfico presentaron una prevalencia de 9.7%, mientras que los reporteros de otras fuentes ajenas a este tema se ubicó en 5.6%.

En suma, los datos anteriores corroboran el fuerte impacto emocional que representan las coberturas de narcotráfico en México. Además, las diferencias entre periodistas que cubren estas noticias y los que trabajan en otras *fuentes* fueron

estadísticamente significativas, tanto en puntajes totales de EPT ( $p = 0.05$ ), síntomas intrusivos ( $p=0.00$ ), evitativos ( $p = 0.01$ ) y de activación ( $p = 0.00$ ), como en ansiedad ( $p = 0.00$ ) y depresión ( $p = 0.00$ ). Por su parte, los fotógrafos también presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a los reporteros en cuanto a los puntajes totales de EPT ( $p = 0.00$ ), lo cual se corrobora en la elevada prevalencia que registraron (58.8%).

Adicionalmente, –y por medio de estrategias etnográficas como entrevistas cualitativas y observación participante– en esta investigación se rescataron algunas historias y testimonios de periodistas que presentaron síntomas de malestar emocional. Para ello se realizó un trabajo de campo *in situ* que se extendió por más de dos años en diferentes zonas de conflicto, como Ciudad Juárez, Culiacán, Chilpancingo, Acapulco, Cuernavaca, Tijuana, Veracruz, entre otras. Gracias a estas estrategias cualitativas se pudo corroborar que, efectivamente, los eventos traumáticos vividos por los comunicadores habían derivado de actividades o experiencias periodísticas relacionadas con el narcotráfico, y no por actividades de otro tipo.

Pero del conjunto de resultados cuantitativos y cualitativos de esta tesis, destaca una conclusión estructural, la cual podría ser considerada el aporte más significativo de la investigación. A saber, que la práctica periodística en México sobre temas relacionados con el narcotráfico y el crimen organizado, representa un factor de riesgo en la configuración de diversas sintomatologías, particularmente de estrés postraumático (EPT), ansiedad y depresión.

A partir de este señalamiento fundamental, surgen inexorablemente nuevas tareas y objetivos para el futuro próximo, sobre todo de tipo preventivo y/o de intervención. Dadas las altas prevalencias de malestar en el gremio, resulta ineludible que –tanto empresas periodísticas como las diferentes instancias de gobierno– asuman su propia responsabilidad en este fenómeno de morbilidad. En este sentido, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha promovido que sus países miembros (México, entre ellos) atiendan y/o indemnicen a trabajadores afectados por una “enfermedad laboral” o un “accidente de trabajo”.

En la nueva *Lista de enfermedades profesionales de la OIT* se incluyó, por primera vez en la historia de ese organismo, a los *Trastornos mentales y del comportamiento*. Al extenso inventario de enfermedades laborales (cáncer, VIH, hepatitis, asma, dermatosis, entre muchas otras) se sumó de manera oficial el estrés postraumático, con la condición de que se estableciera claramente un vínculo entre la exposición de los factores de riesgo laborales y la manifestación psicopatológica desencadenante (OIT, 2010). De ahí que cobren relevancia los criterios diagnósticos para EPT en periodistas mexicanos, propuestos y desarrollados en la segunda fase de esta investigación (pág. 244).

Por último, resulta ineludible impulsar un amplio debate multidisciplinario con el fin de hacerle frente a esta problemática sanitario-socio-laboral. Consideramos que ya es tiempo de actuar y de promover ideas dentro del mismo gremio periodístico. Es momento de plantear alternativas y modelos de atención para reporteros; de alejarse de la anomia y abulia propias de la indiferencia. Es tiempo, en efecto, de plantear nuevas preguntas y de promover respuestas prácticas y efectivas. De lo contrario, ésta adormecida familiaridad con el horror de la violencia bien puede significar –como sugiere George Steiner– una contundente y radical derrota de la condición humana (Steiner, 1998). Una familiaridad que, lejos de provocar indignación o agudeza crítica, termine por adormecer el ánimo y la participación social de un país silenciado por la cotidianidad inescrupulosa de la barbarie.

## Referencias

- Aber, J & Allen. (1987). Effects of maltreatment on young children' socio-emotional development: an attachment theory perspective. *Developmental Psychology*, 23, 406-414.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 87, 49-74.
- Adler, A., Wright, K., Bliese, P., Eckford, R., & Hoge, C. (2008). A2 diagnostic criterion for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 301-308.
- Alexander, P.C. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 185-195.
- Alexander, J. G., de Chesnay, M., Marshall, E., Campbell, A. R., Johnson, S., & Wright, R. (1989). Parallel reactions in rape victims and rape researchers. *Violence and Victims*, 4, 57-62.
- Almanza, J., Páez, F., Hernández, M., Barajas, G., y Altamirano, Sergio. (1996). *Revista de Sanidad Militar Mex*, 50, 81-86.
- Álvarez, L. (2008, 29 de octubre). Army and Agency Will Study Rising Suicide Rate Among Soldiers. *The New York Times*. Recuperado el 14 de junio de 2009, de <http://www.nytimes.com/2008/10/30/us/30soldiers.html>
- American Psychiatric Association. (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrew, S., & Halcomb, E. (2006). Mixed methods research is an effective method of enquiry for community health research. *Advances in Contemporary Nurse*, 23(2), 145-153.

- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.
- Andrykowsky, M., Cordova, M., Studts, J., & Miller, T. (1998). Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: Prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 586-590.
- Aragón y Silva. (2002). *Evaluación psicológica*. México: Editorial Pax.
- Arteaga, J. M. (2011, 31 de octubre). Crece riesgo de ser asesinado, alertan. *El Universal*, p. 10.
- Article 19 (2012). *Silencio forzado. El Estado, cómplice de la violencia contra la prensa en México. Informe 2011*. México: Artículo 19.
- Arroyave, J. y Blanco, I. (2005). Cómo perciben los periodistas su profesión: entre el agotamiento y la fascinación. *Investigación y Desarrollo*, 13(2), 364-389.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (APA). (1999). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Azuela, M. (1916/1960). *Los de abajo*. México: FCE.
- Baird, K, & Kracen, A. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188.
- Banyard, V. L., & Williams, L. M. (2007). Women's voices on recovery: A multimethod study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 31, 275-290.
- Barr, R. (2005). *El estrés informativo*. Buenos Aires: OSTPBA-UTPBA.

- Barrera, F. (1973). *Ricardo Flores Magón, el apóstol cautivo*. México: Edición del INEHRM.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
- Becoña, E., & Vázquez, F. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83(3), 1455-1458.
- Black, S., & Weinreich, P. (2000). An Exploration of Counselling Identity in Counsellors Who Deal With Trauma. *Traumatology*, 6, 25-40.
- Blancas, D. (2011, 29 de noviembre). Derechos Humanos. CNDH reporta 16 mil 782 desaparecidos. *La Crónica*, p.p. 1 y 3.
- Blancornelas, J. (2005). *En estado de alerta. Los periodistas y el gobierno frente al narco*. México: Plaza y Janés.
- Bloch, D. A., Silber, E., & Perry, S. E. (1956). Some factors in the emotional reaction of children to disaster. *American Journal of Psychiatry*, 112, 416-421.
- Brady, K. T., Killen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 22-32.
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156, 902-907.
- Breslau, N., & Kessler, R. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50, 699-704.

- Brewin, C., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV Criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 499-509.
- Brewin, C., Andrews, B., & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Bride, B., Robinson, M., Yegidis, B. & Figley, Ch. (2007). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 13*, 1-16.
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy*. Newbury Park, CA: Sage.
- Brothers, D. (1995). *Falling backwards: An exploration of trust and self-experience*. New York: Norton.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (2002). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*, 205-209.
- Buendía & Laredo (2010). Trayectorias de violencia municipal: una tipología. Buendía & Laredo, p. 14.
- Bugarin, I. (2011, 14 de noviembre). Desplaza la violencia a 230 mil en México. Asienta en informe el Parlamento Europeo que el narco le costó al país 4 mmdd. *Reforma*, p.1.
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem and coping strategies in adolescence. *Adolescence, 35*(137), 201-215.
- Camarena, S. (2012, 10 de febrero). Las víctimas de la violencia son los nuevos exiliados de México. *El País*, p. 5.
- Campbell, D. & Stanley, J. (2005). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Campbell, F. (2002). *Periodismo escrito*. México: Alfaguara.

- Cardona, A. (2004). La situación laboral de los periodistas en Colombia. *Revista Pulso del Periodismo*. Recuperado el 23 de septiembre de 2009, de <http://www.pulso.org/Espanol/Nuevos/periodColo031204.htm>
- Carlson, E. (1997). *Trauma assessments: A clinician's guide*. New York: Guilford.
- Carlson, E., & Dalenberg, C. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence & Abuse*, 1, 4-28.
- Carlson, E. B., Furby, L., Armstrong, J., & Shlaes, J. (1997). A conceptual framework for the long-term psychological effects of traumatic childhood abuse. *Child Maltreatment*, 2, 272-295.
- Carlson, E. B., & Rosser-Hogan, R. (1994). Cross-cultural response to trauma: A study of traumatic experiences and posttraumatic stress symptoms in Cambodian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 43-58.
- Carr-Locke, J. & Feinstein, (2005/2006). A. Motivation, Risk-taking and Front-line Journalism. A pilot study. *International Journal of the Humanities*, (2)8, 19-24.
- Castillo, G. (2010, 28 de marzo). Luchan contra el narco 94 mil 540 militares; en 1950 lo hacían 3 mil. *La Jornada*, p. 5.
- Centro de Investigación para el Desarrollo (CIDAC). (2009). *Índice de incidencia delictiva y violencia 2009*. México.
- Coe, M.T., Dalenberg, C.J., Aransky, K.M., & Reto, C.S. (1995). Adult attachment style, reported childhood violence history and types of dissociative experiences. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 8, 142-154.
- Coffey, A. & Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.

- Comunicado, SG (2010). Sicarios se matan entre sí. Recuperado el 3 de junio de 2011, de <http://www.eluniversal.com.mx/estados/76386.html>
- Creswell, J., & Plano, V. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. California: Sage Publications.
- Creswell, J., & Zhang, W. (2009). The application of mixed methods designs to trauma research. *Journal of Traumatic Stress, 22*(6), 612-621.
- Crocq, L. (2006/1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. París: Jacob.
- Crocq, M. A., & Crocq L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of Psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 2*, 47-55.
- Crocq L. & De Verbizier J. (1989). Le traumatisme psychologique dans l'œuvre de Pierre Janet. *Ann. Médico-Psychol, 147*, 983-987.
- Crocq, M-A., Macher, J-P., Barros-Beck, J., Rosenberg, S. J. & Duval, F. (1993). Posttraumatic stress disorder in World War II prisoners of war from Alsace-Lorraine who survived captivity in the USSR, pp. 253-261). En J. P. Wilson & B. Raphael (eds). *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press.
- Chilcoat, H. D., & Breslau, N. (1998). Investigations of casual pathways between PTSD and drug use. *Addictive Behaviors, 23*, 827-840.
- Da Costa, J. M. (1871). On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *American Journal of the Medical Sciences, 61*, 17-52.
- Dalenberg, C., & Jacobs, D. (1994). Attributional analyses of child sexual abuse episodes: Empirical and clinical issues. *Journal of Child Sexual Abuse, 3*, 37-50.
- Dankhe, G. (1986). *Investigación y Comunicación*. México: Editorial McGraw Hill.

- Davidson, R. J. (1992). Emotion and affective style: Hemispheric substrates. *Psychological Science*, 3, 39-43.
- Davidson, J.R.T. & Foa, E. (1993). *Posttraumatic Stress Disorder. DSM-IV and beyond*. Washington: American Psychiatry.
- Díaz, G. (2011, 17 de abril). Clamor por los desaparecidos. *Proceso*, p.10.
- Dienstbier, R. A. (1989). Arousal and Physiological toughness: Implications for mental and Physical health. *Psychological Review*, 96, 84-100.
- Dunkley, J. & Whelan, T. (2006). Vicarious traumatization: current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34, 107-116.
- Dyson, F. (1992). *Armas y esperanza*. México: FCE.
- EFE (2005, 29 de abril). Tres millones de muertos. *El País*. Recuperado el 21 de junio de 2009, de <http://www.elpais.com/fotogaleria/anos/guerra/Vietnam/1112-6/>
- EFE (2011, 19 de diciembre). México, país más peligroso para el periodismo: ONG. *El Universal*, p. 12.
- EFE. (2012, 5 enero). Instituto Internacional de Prensa denuncia la muerte de 103 periodistas en 2011. Recuperado el 22 de febrero de 2012, de <http://www.eluniverso.com/2012/01/05/1/1361/instituto-internacional-prensa-denuncia-muerte-103-periodistas-2011.html>
- Elhai, J., Contractor, A., Palmieri, P., Forbes, D., & Richardson, D. (2011). Exploring the relationship between underlying dimensions of posttraumatic stress disorder and depression in a national, trauma-exposed military sample. *Journal of Affective Disorders*, 133, 477-480.
- Eysenck, H. (1983). Stress, disease, and personality: The inoculation effect, pp. 121-146. In C. Cooper, (Ed.). *Stress research*. New York: John Wiley.

- Evans, C., Ehlers, A., Mezey, G., & Clark, D. M. (2007). Intrusive memories and ruminations related to violent crime among young offenders: Phenomenological characteristics. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 183-196.
- Fagerström, K. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235-246.
- Fahmy, S. & Johnson, T. (2005). "How we performed": Embedded Journalists' Attitudes and Perceptions towards Covering the Iraq War. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 82, 301-317.
- Feinstein, A., & Nicholson, D. (2005). Embedded journalist in the Iraq war: are they at greater psychological risk? *Journal of Traumatic Stress*, 18, 129-132.
- Feinstein, A., Owen, J., & Blair, N. (2002). A hazardous profession: war, journalism and psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1570-1576.
- Figley, C.R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. In C.R. Figley & H.I. McCubbin (Eds). *Stress and the family: Vol. 2. Coping with catastrophe* (pp. 3-20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). New York: Bunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1999). *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring*. In B.H. Stamm (Ed.). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Coruña: Morata.
- Foa, E. B. & Kozac, M. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

- Foa, E. B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Follette, V. M., Polusny, M. M., & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 275-282.
- Franciskovic, T., Stevanovich, A., Jelusic, I., Roganovic, B., Klaric, M., & Grkovic, Jasna. (2007). Secondary Traumatization of Wives of War Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Croatian Medical Journal*, 48(2), 177-184.
- Freinkel, A., Koopman, C., & Spiegel, D. (1994). Dissociative symptoms in media eyewitness of an execution. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1335-1340.
- Freud, S. & Breuer, J. (1893/1993). *Estudios sobre la histeria*. En Obras completas, Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1893/1994). *Primeras publicaciones psicoanalíticas*. En Obras Completas, Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1929/1994). *Más allá del principio del placer*. En Obras Completas, Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galea, S., Ahern, J., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., et al. (2007). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York city. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- García, Carlos. (2010, 5 de septiembre). La salud mental, afectada por la violencia: José Ángel Córdoba. *La Jornada*, p.14.
- Garibay, A. M. (1964). *Poesía náhuatl I*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Geertz, C. (2000). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa editorial.

- Gifford, R., Ursano, R., Stuart, J., & Engel, Ch. (2006). Stress and stressors of the early phases of the Persian Gulf War. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 361, 585-591.
- Gil, J. & Rodríguez, A. (2011, 23 de junio). Sicilia a Calderón: ¿Le parecemos daños colaterales?; el presidente defiende su estrategia. Recuperado el 22 de julio de 2011, de <http://www.proceso.com.mx/?p=273651>
- Gobierno Federal (2010). *Información sobre el fenómeno delictivo en México*.
- Green, B. L., Epstein, S. A., Krupnick, J. L., & Rowland, J. H. (1997). Trauma and medical illness: Assessing trauma-related disorders in medical settings. En J. Wilson & T. M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford.
- Grinker, R., & Spiegel, J., (1945). *Men under stress*. Philadelphia: The Blakiston Co.
- Guzmán, M. L. (1929/1983). *La sombra del caudillo*. México: Salvat.
- Haley, S. A. (1974). When the patient reports atrocities. *Archives of General Psychiatry*, 30, 191-196.
- Halsam, C. & Mallon, K. (2003). A preliminary investigation of posttraumatic stress symptoms among firefighters. *Work & Stress*, 17, 277-285.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Harvey, A., Kopelman, M., & Brewin, C. (2005). *PTSD and traumatic brain injury*. In J. Vasterling, & C. Brewin (Eds.), *The neuropsychology of PTSD: Biological, clinical, and cognitive perspectives* (pp. 230-246). New York: Guilford Press.
- Hatanaka, M., Matsui, Y., Ando, K., Inoue, K., Fukuoka, Y., Koshiro, E., et al. (2010). Traumatic stress in Japanese broadcast journalists. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 173-177.

- Heim, G. & Bühler, K. E. (2006). Psychological trauma and fixed ideas in Pierre Janet's conception of dissociative disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 60.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Hernández, F. (1976). Hume y Merleau-Ponty, filósofos de la experiencia. Recuperado el 10 de agosto de 2009, de <http://revistas.ucm.es/fsl/15756866/articulos/ASEM7676110063A.PDF>.
- Horowitz, M. (1993). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.). *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Job, V. (2011, 22 de agosto). Nos tuvimos que ir. 700 mil desplazados por la violencia. *Emeequis*, pp. 18-29.
- Johnson, M. (1999). Aftershock: Journalists and Trauma, *Journalism Educator Quill*, 14-18.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, U. V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 5 (21), 26-31.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neurosis of war*. Washington: Psychosomatic medicine.
- Kazlauskas, E., Gailiene, D., & Domanskaite-Gota V. (2005). Long-term Psychological Effects of Political Violence on Lithuanian Survivors of Forced Deportations and Political Imprisonment. *Psychotraumatology. Abstracts of the 9th European Conference on Traumatic Stress (ECOTS)*. Stockholm, p. 24.

- Keane, T.M., & Barlow, D. (2002). Posttraumatic Stress Disorder. En D. H. Barlow (Ed.). *Anxiety and its Disorders. The nature and treatment of anxiety and panic.* (pp.418-453). New York: Guilford Press.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E. J., Hughes, & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Lamprecht, F. & Sack, M. (2002). Posttraumatic stress disorder revisited. *Psychosomatic Medicine*, 64, 222-237.
- Lang, A., & Stein, M. (2005). An abbreviated PTSD Checklist for use as a screening instrument in primary care. *Behavior Research and Therapy*, 43, 585-594.
- Langdon, J. R., & Parker, A. H. (1964). Psychiatric aspects of the March 27, 1964, earthquake. *Alaska Med*, 6, 33-39.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1993). *Diccionario de psicoanálisis*. Madrid: Paidós.
- Lara, M. (2009). *Nota(n) roja. La vibrante historia de un género y una nueva manera de informar*. México: Debate.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Leñero, V. y Marín, C. (1986). *Manual de periodismo*. México: Plaza y Janés.
- Lerner, F. (2009). Health Information Resource Database. Recuperado el 10 de julio de 2009, de <http://www.health.gov/nhic/NHICScripts/Entry.cfm?HRCode=HR2750>
- Leskela, J., Dieperink, M. E., & Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 223-226.
- Leskin, G. A., & Sheikh, J. I. (2002). Lifetime trauma history and panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 599-603.
- Lobel, J. A. (1997). The vicarious effects of treating female rape survivors: The therapist's perspective. *Dissertation Abstracts International*, 57, 11, 7230.

- López, M. (2010, 17 de abril). “Son los menos” bajas civiles: FCH. 90% de muertes son por lucha entre criminales. *Reforma*, p.1.
- López, M. (2012, 31 de enero). Pese a pérdidas, he sido feliz: FCH. *Reforma*, p. 1.
- Magdaleno, M. (1945/2003). *Cuentos completos*. México: Lectorum.
- Marais, A. & Stuart, A. (2005). The role of temperament in the development of posttraumatic stress disorder amongst journalists. *South African Journal of Psychology*, 35, 89-105.
- Marinovich, G. & Silva. J. (2000). *The Bang Bang Club: Snapshots from a Hidden War*. New York: Basic Books.
- Marsella, A. J., Friedman, M. J., Gerrity, E. T., & Scurfield, R. M. (Eds). (1996). *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applicatios*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Martin, P. (1997). *Enfermar o curar por la mente. El cerebro y el sistema inmunitario*. México: Ed. Temas de Debate. 501.
- McCann, L. & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization. A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.
- McMahon, C. (2001). Covering disaster: A pilot syudy into secondary trauma for print media journalists reporting on disaster. *Australian Journal of Emergency Management*, 16, 52-56.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C. Benjet, C., Blanco, J. Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.

- Medina-Mora M. E., Borges G, Lara C, Ramos, L, Zambrano J, Fleiz C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública Mex*, 47, 8-22.
- Mendoza, E. (2012, 28 de mayo). Sexenio de Calderón: 71 mil ejecuciones. *Zeta*, p.10-18.
- Merlos, A. (2008, 9 de agosto). Hay 500 mil narcos. Revela Sedena al Congreso magnitud del crimen organizado. *El Universal*, p. 1.
- Mineka, S., & Kilhstrom, J. F. (1978). Unpredictable and uncontrollable events: A new perspective on experimental neurosis. *Journal of Abnormal psychology*, 87, 256-271.
- Moncada, C. (1991). *Periodistas asesinados. La represión violenta en México (1860-1990)*. Estudio histórico social. México: Edamex.
- Mora, Edwin (2011, february 25). More civilians killed last year in one Mexican border town than all Afghanistan. *CNSNews.com*. Recuperado el 20 de noviembre de 2011, de <http://cnsnews.com/news/article/more-civilians-killed-last-year-one-mexican-border-town-all-afghanistan>.
- Morina, N. & Ford, J. D. (2008). Complex sequelae of psychological trauma among Kosovar civilian war victims. *International Journal of Social Psychiatry*, 54, 425-436.
- Myers, A. B. R. (1870). *On the etiology and prevalence of diseases of the heart among soldiers*. London: J. Churchill.
- Neal, A., & Turner, S. (1991). Anxiety disorders research with African Americans: Current status. *Psychological Bulletin*, 109, 400-410.
- Newman, E., Simpson, R. & Handschuh, D. (2003). Trauma exposure and posttraumatic Stress Disorder among Photojournalists. *Visual Communication Quarterly*, 10, 4-13.

- Norris, F. & Murrell, S. (1998). Prior experience as a moderator of disaster impact on anxiety symptoms in older adults. *American Journal of Community Psychology*, 16, 665-683.
- Núñez, E. (2006, 22 de enero). Calderón lanza reto al narcotráfico. *Reforma*, p. 1.
- O´Cathain, A., Murphy, E., & Nicholl, J. (2007). Why, and how, mixed methods research is undertaken in health services research in England: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 7:85.
- Ochberg, F. (2003). PTSD 101 for journalists. Recuperado el 22 de julio de 2010, de <http://www.giftfromwithin.org/pdf/ptsd101.pdf>
- Olivares, E. (2009, 9 de mayo). La CNDH comienza investigación sobre el asesinato de periodista en Durango. *La Jornada*, p. 33.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT (2010). *Lista de enfermedades profesionales de la OIT (revisada en 2010)*. Ginebra: Programa de seguridad y salud en el trabajo y medio ambiente (SafeWork). Oficina Internacional del Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2002). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OMS.
- Orozco, R., Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., & López, L. (2008). Traumatic life events and post traumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud Pública de México*, 50, 35-41.
- Ortega, F., y Humanes, M. L. (2000). *Algo más que periodistas: Sociología de una profesión*. Barcelona: Ariel.
- Ortony, A., Clore, G., & Collins, A. (1996). *La estructura cognitiva de las emociones*. México: Siglo XXI.
- Osman, A., Beverly, A., Kopper, Barrios, F., Joylene, R., & Wade, T. (1997). The Beck Anxiety Inventory: Reexamination of Factor Structure and Psychometric Properties. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 7-14.

- Osofsky, H., Holloway, Harry & Pickett, A. (2005). War Correspondents as Responders: Considerations for Training and Clinical Services. *Psychiatry*, 68(3), 283-293.
- Otero, S. (2012). CNDH urge a proteger a periodistas. Crímenes contra 75 comunicadores, desde el 2000, han quedado impunes. Recuperado el 4 de mayo de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/192732.html>
- Pacheco, J. E. (1996, 22 de julio). Inventario. Los libros del siglo. *Proceso*, p.78.
- Pacheco, J. E. (1999, 26 de abril). Inventario. El siglo muere en Kosovo. Nunca más y otra vez. *Proceso*, pp. 79-80.
- Palm, K., Polusny, M. & Follette, V. (2004). Vicarious traumatization: Potential hazards and interventions for disaster and trauma. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19(1), 73-78.
- Paredes, M. (2012, 3 de mayo). Panismo: 109 periodistas asesinados o desaparecidos. Revista Contralínea. Recuperado el 3 de agosto de 2012, de <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2012/05/03/panismo-107-periodistas-asesinados-desaparecidos/>.
- Pearlman, L. (2003). *Trauma and Attachment Belief Scale*. Los Angeles: WPS.
- Pearlman, L. A., & MacIain, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*. (26), 558-565.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995a). *Trauma and the therapists: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W. W. Norton.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995b). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). Bristol, P. A: Brunner/Mazel.

- Perkins, A., Kemp, S. & Corr, P. (2007). Fear and anxiety as separable emotions: an investigation of the revised reinforcement sensitivity theory of personality. *Emotion*, 7(2), 252-261.
- Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scand*, 101, 46-59.
- Pineda, O. (2010, 8 de agosto). Descarta FCH desvelo por amenazas de narco. Confía Mandatario en la protección del Estado Mayor Presidencial. *Reforma*, p. 1.
- Polit, H. (2002). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Project censored (2011, 30 de septiembre). *More US soldiers committed suicide than died in combat*. Recuperado el 20 de febrero de 2012, de <http://www.projectcensored.org/top-stories/articles/1-more-us-soldiers-committed-suicide-than-died-in-combat/>
- Pujadas, J., Comas, D., & Roca, J. (2010). *Etnografía*. Barcelona: Editorial UOC.
- Pyeovich, C., Newman, E., & Daleiden, E. (2003). The relationship among cognitive schemas, job related traumatic exposure, and posttraumatic stress disorder in journalists. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 325-328.
- Rae, S., & Baird, S. (2002). Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A Validation Study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 424-432.
- Rank, O. (1992). *El trauma del nacimiento*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ravelo, R. (2011). *El narco en México. Historia e historias de una guerra*. México: Grijalbo.
- Redacción de El Universal (2010, 13 de junio). *Dice SEGOB que sicarios se matan entre sí*. El Universal. Recuperado el 2 de febrero de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/estados/76386.html>.

- Regehr, C., Goldberg, G. & Hughes, J. (2002). Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 505-513.
- Reporteros sin Fronteras (2012). *Informe mundial: México*. Recuperado el 26 de septiembre de 2012, de <http://es.rsf.org/report-mexico,184.html>.
- Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive Processing Therapy for sexual assault victims. *Journal Of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-760.
- Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1993). *Cognitive Processing Therapy for rape victims: A Treatment Manual*. Newbury Park, Ca: Sage.
- Richardson, J.I. (2001). *Guidebook on Vicarious Trauma: Recommended Solutions for Anti-Violence Workers*. Centre for Research on Violence Against Women and Children in London, Ontario for the Family Violence Prevention Unit, Health Canada.
- Riemann, G., & Schütze, F. (1987). Trajectory as a basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social processes. In D. Maines (ed.). *Social Organization and social process: Essays in honor of Anselm Strauss*. New York: Aldine de Gruyter. pp. 333-357.
- Riva Palacio, R. (2005). *Manual para un nuevo periodismo*. México: Plaza Janés.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*; 18(2), 211-218.
- Rogers, A., Day, J., Randall, F., & Bentall, R. P. (2003). Patients' understanding and participation in a trial designed to improve the management of antipsychotic medication: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 720-727.

- Rojas, E. (2004). *La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. México: Planeta.
- Rosas, C. (2011, 5 de diciembre). 14 periodistas han desaparecido desde 2000, acusa Reporteros sin Fronteras. *CNN México*. Recuperado el 6 de enero de 2012, de <http://mexico.cnn.com/nacional/2011/12/05/14-periodistas-han-desaparecido-desde-2000-acusa-reporteros-sin-fronteras>.
- Rosen, G. & Lilienfeld, S. (2008). Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychology Review*, 28, 837-868.
- Rothschild, B. & Rand, M. (2006). *Help for the helper. The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York: Norton.
- Saakvitne, K. W. & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain. A workbook on Vicarious Traumatization for helping professionals who work with traumatized clients*. New York: Norton.
- Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 49-64.
- Shay, J. (1994). *Achilles in Vietnam. Combat trauma and the undoing of character*. New York: Scribner.
- Shear, M. K., & Smith-Caroff, K. (2002). Traumatic loss and the syndrome of complicated grief. *PTSD Research Quarterly*, 13, 1-7.
- Silva, LC. (1993) *Muestreo para la investigación en ciencias de la salud*. Madrid: Edit. Díaz de Santos.
- Silver, R., Holman, E. McIntosh, D., Poulin, M. & Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1235-1244.

- Simpson, R. & Boggs, J. (1999). An exploratory study of traumatic stress among newspaper journalists. *Journalism and Communication Monographs*, Spring, 1-24.
- Simpson, R & Coté, W. (2006). *Covering violence. A guide to ethical reporting about victims & trauma*. New York: Columbia University Press. 295.
- Smith, R. (2008). *Trauma and journalism: Exploring a model of risk and resilience*. Unpublished doctoral dissertation. University of Tulsa, Oklahoma.
- Smyth, L.D. (1999). *Clinicians Manual for the Cognitive-Behavioral Treatment of Post Traumatic Stress Disorder*. Baltimore: RTR Publishing Company.
- Sonnenberg, S., Blank Jr. A., & Talbott, J. (1985). *The trauma of war: stress and recovery in Vietnam veterans*. USA: American Psychiatric Press.
- Sontag, S. (2003). *Ante el dolor de los demás*. México: Alfaguara.
- Sosa, C. y Capafóns, J. (2005). *Estrés Postraumático*. Madrid: Síntesis.
- Spinazzola, J., Blaustein, M., & van der Kolk, B. A. (2005). Treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress*, 18, 425-436.
- Steiner, G. (1998). *En el castillo de barba azul. Aproximaciones a un nuevo concepto de cultura*. Barcelona: Gedisa.
- Stewart, S. H., Pihl, R. O., Conrod, P. J., & Dongier, M. (1998). Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. *Addictive Behaviors*, 23, 797-812.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of cualitative research*. Londres: Sage.
- Taracena, A. (1965). *La verdadera revolución Mexicana. Complemento de la primera etapa (1911-13)*. México: Ed. Jus.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). *Hanbook of mixed methods in social and behavior research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Teegen, F. & Grotwinkel, M. (2001). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder of journalists. An internet-based study. *Psychotherapeut*, 46, 169-175.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- The Freedom Forum. (2001). Risking more than their lives: The effects of post-traumatic stress disorder on journalists. *Freedom Forum European Centre*, April 12, 2001.
- Trippany, R., White, V., & Wilcoxon, A. (2004). Preventing vicarious trauma: what counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counselling & Development*, 31-37.
- Trippany, R., Wilcoxon, S., Satcher, J. (2003). Factors influencing vicarious traumatization for therapists of survivors of sexual victimization. *Journal of Trauma Practice*, 2(1), 47-60.
- True, W., Rice, J., Eisen, S. A. Heath, A. C., Goldberg, J., Lyons, M. J., & Nowak, J. (1993). A twin study of genetic and environmental contributions to the liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 50, 257-264.
- Tumber, H. (2006). The fear of living dangerously: journalists who report on conflict. *International Relations*, 20(4), 439-451.
- Ursano, R., & Norwood, A. (1996). *Emotional aftermath of the Persian Gulf War: Veterans, families, communities, and nations*. Washington: American Psychiatric Press.
- Valadez, B. (2008, 15 de septiembre). Crecen depresión, trastornos y adicciones por la violencia: SSA. *Milenio Diario*. p. 13.
- Valadez, B. (2010, 4 de noviembre). Violencia provoca algunas patologías mentales: SSA. *Milenio Diario*. p. 11.

- Valdez, J. (2011). *Los morros del narco. Historias reales de niños y jóvenes en el narcotráfico mexicano*. México: Aguilar.
- Valera Muñoz, L. E. (2001). *La saga de Gisli Sursson*. Madrid: Ediciones Tilde.
- Vanegas, G. (1998). *Cali tras el rostro oculto de la violencia*. Santiago de Cali: Instituto Cisalva, Universidad del Valle.
- van der Kolk, B. (1987). The psychological consequences of overwhelming life experiences. In B. A. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, (2)1, 7-22.
- van der Kolk, B., McFarlane, A., & L. Weisaeth. (2007). (Eds.), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: The Guilford Press.
- VanDeusen, K., Way, I. (2006). Vicarious trauma: An exploratory study of the impact of providing sexual abuse treatment on clinicians' trust and intimacy. *Journal of Child Sexual Abuse*, (15)1, 69-85.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Vega, A. (2011, 2 de mayo). Temen cifras de seis mil desaparecidos por el narcotráfico. *Excélsior*, p. 5.
- Vera, R. (2010, 31 de octubre). 2006-2010: estadísticas del horror. *Revista Proceso*, 1774, p. 10-15.
- Versola-Russo, J. (2006). Workplace violence: vicarious trauma in the psychiatric setting. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 6(2), 79-103.
- Vilamitjana, J (2003). Un ejemplo de narrativa catastrófica: la crisis del Prestige. *Cuadernos de Crisis*, 2, 3-11.

- Villamil, V., Valencia, M., Medina-Mora, M. E., & Juárez, F. (2009). Validación de la Prueba de Identificación de trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT) en pacientes mexicanos con esquizofrenia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26/4, 283-289.
- Wallen, G., & Berger, A. (2004). Mixed methods: In search of truth in palliative care medicine. *Journal of Palliative Medicine*, 7, 403-404.
- Wasco, S. M., & Campbell, R. (2002). Emotional reactions of rape victim advocates: A multiple casestudy of anger and fear. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 120-130.
- Way, I., VanDeusen, K., & Cottrell, T. (2007). Vicarious trauma: predictors of clinicians' disrupted cognitions about self-esteem and self-intimacy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(4), 81-98.
- Weathers, F., & Keane, T. (2007). The criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 107-121.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity and Diagnostic Utility. *Paper presented at the Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies*, San Antonio, TX, October, 1993.
- Weaver, D., & Wilhoit, C. (1996). *The American journalists*. New York: Lawrence Erlbaum.
- Weidmann, A., Fehm, L., & Fydrich, T. (2008). Covering the tsunami disaster: Subsequent post-traumatic and depressive symptoms, and associated social factors. *Stress and health*, 24, 129-135.
- Woodyear, L. (2003). Violencia y búsqueda de información: periodistas trabajando. *Educación Obrera*, 133, 21-25.

World Health Organization [WHO]. (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision. Recuperado el 17 de enero de 2009, de <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

Zoroya, G. (2012, 16 de agosto). *Army suicide rate in July hits highest one-month tally*. Recuperado el 15 de septiembre de 2012, de [www.usatoday30.usatoday.com/news/military/story/2012-08-09/army-suicides/57096238/1](http://www.usatoday30.usatoday.com/news/military/story/2012-08-09/army-suicides/57096238/1)

Zúñiga, J. A. (2012, 21 de agosto). En 2011 se perpetraron 27 mil 199 homicidios en México: INEGI. Cada día fallecieron por esta causa 74 personas: tres por hora, o una cada 20 minutos. *La Jornada*, p. 3.

# **Anexo A**

## LISTA DE CHEQUEO PARA ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (EPT) (Versión para periodistas mexicanos)

### INSTRUCCIONES:

A continuación hay una lista de problemas y molestias que algunas veces presentan los reporteros como reacción a coberturas y/o experiencias periodísticas estresantes.

Por favor, lea cuidadosamente y marque **CUÁNTA MOLESTIA** le han causado estos problemas durante el **ÚLTIMO MES**.

Recuerde que sus respuestas deben referirse solamente a reacciones que usted haya presentado como **consecuencia de una cobertura y/o experiencia periodística estresante**.

	Ninguna	Un poco	Modera- damente	Mucho	Extremadamente
1. ¿Recuerdos, pensamientos o imágenes repetitivas y perturbadoras de una experiencia periodística estresante?	●	●	●	●	●
2. ¿Sueños repetitivos y perturbadores de esa experiencia?	●	●	●	●	●
3. ¿De pronto, actuar o sentir como si esa experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si usted la estuviera reviviendo)?	●	●	●	●	●
4. ¿Sentirse muy alterado cuando algo le recordaba esa experiencia?	●	●	●	●	●
5. ¿Tener reacciones físicas (por ejemplo, latidos fuertes del corazón, dificultad para respirar, sudoración, etc.) cuando algo le recordaba esa experiencia estresante?	●	●	●	●	●
6. ¿Evitar pensar o hablar sobre esa experiencia periodística estresante o evitar sentir algo en relación con ella?	●	●	●	●	●
7. ¿Evitar actividades o situaciones que le recordaban esa experiencia estresante?	●	●	●	●	●
8. ¿Dificultades para recordar partes importantes de esa experiencia?	●	●	●	●	●
9. ¿Pérdida de interés en actividades que solía disfrutar?	●	●	●	●	●
10. ¿Sentirse distante o apartado de la gente?	●	●	●	●	●
11. ¿Sentirse emocionalmente adormecido (insensible) o incapaz de sentir cariño por personas cercanas a usted?	●	●	●	●	●
12. ¿Sentir como si no tuviera expectativas para el futuro?	●	●	●	●	●
13. ¿Dificultades para dormir o permanecer dormido?	●	●	●	●	●
14. ¿Sentirse irritado o tener explosiones de rabia?	●	●	●	●	●

- |                                                    |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 15. ¿Tener dificultades para concentrarse?         | ● | ● | ● | ● | ● |
| 16. ¿Estar muy alerta, vigilante o a la defensiva? | ● | ● | ● | ● | ● |
| 17. ¿Sentirse nervioso o fácilmente sobresaltado?  | ● | ● | ● | ● | ● |

## ESCALA DE CREENCIAS, TRAUMA Y APEGO

### INSTRUCCIONES:

Este cuestionario se utiliza para identificar cómo los individuos se perciben a sí mismos y a los demás.

Dado que la gente difiere entre sí de muchas maneras, no hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, marque con el cursor el espacio que más se ajuste a sus propias creencias sobre usted mismo y el mundo que le rodea.

	Comple- tamente en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Algo en desa- cuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Creo que estoy a salvo.	●	●	●	●	●	●
2. Es difícil confiar en alguien.	●	●	●	●	●	●
3. Siento que merezco poco.	●	●	●	●	●	●
4. Aún cuando estoy con mis amigos y familia, no me siento integrado.	●	●	●	●	●	●
5. Se me dificulta ser yo mismo(a) si hay gente a mi alrededor.	●	●	●	●	●	●
6. Pienso que nadie está a salvo del peligro.	●	●	●	●	●	●
7. Puedo confiar en mi propio juicio.	●	●	●	●	●	●
8. La gente es maravillosa.	●	●	●	●	●	●
9. Cuando lastiman mis sentimientos, yo mismo(a) puedo hacerme sentir mejor.	●	●	●	●	●	●
10. Me disgusta cuando alguien más es el líder.	●	●	●	●	●	●
11. Siento como si la gente me estuviera lastimando todo el tiempo.	●	●	●	●	●	●
12. Si la necesito, la gente me ayudará.	●	●	●	●	●	●
13. Tengo sentimientos malos acerca de mí.	●	●	●	●	●	●
14. Algunos de mis momentos más felices los paso con otras personas.	●	●	●	●	●	●
15. Siento como si perdiera el control.	●	●	●	●	●	●
16. Podría dañar seriamente a alguien.	●	●	●	●	●	●
17. Cuando estoy solo(a) me siento inseguro(a).	●	●	●	●	●	●
18. La mayoría de la gente daña lo que quiere.	●	●	●	●	●	●

- |                                                          |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 19. Desconfío de mis instintos.                          | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 20. Me siento cercano(a) a muchas personas.              | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 21. Me siento bien conmigo mismo(a) casi todos los días. | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 22. Mis amigos difícilmente escuchan mi opinión.         | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 23. Me siento vacío(a) cuando estoy solo(a).             | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 24. Me preocupo por la seguridad de los otros.           | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 25. Desearía carecer de sentimientos.                    | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 26. Confiar en las personas es de tontos.                | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 27. Nunca me lastimaría yo mismo(a).                     | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 28. Con frecuencia pienso lo peor de los demás.          | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 29. Puedo controlar el dañar a otros.                    | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 30. Valgo muy poco.                                      | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 31. Desconfío de lo que la gente me dice.                | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 32. El mundo es peligroso.                               | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 33. Frecuentemente tengo conflictos con la gente.        | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 34. Me cuesta mucho trabajo tomar decisiones.            | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 35. Me siento alejado(a) de la gente.                    | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 36. Siento celos de la gente que siempre se controla.    | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 37. La gente importante de mi vida está en peligro.      | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 38. Puedo mantenerme a salvo yo solo(a).                 | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 39. La gente es mala.                                    | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 40. Me mantengo ocupado(a) para evitar sentir algo.      | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 41. La gente debería desconfiar de sus amigos.           | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 42. Merezco que me ocurran cosas buenas.                 | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 43. Me preocupa lo que los demás me puedan hacer.        | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 44. Me gusta la gente.                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 45. Debo ser capaz de controlarme.                       | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 46. Me siento indefenso(a) entre los adultos.            | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 47. Aunque pensara en lastimarme, no lo haré.            | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 48. Siento poco cariño de los demás.                     | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 49. Tengo buen juicio.                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

- |                                                                                 |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 50. La gente fuerte no necesita pedir ayuda.                                    | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 51. Soy una buena persona.                                                      | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 52. La gente difícilmente cumple sus promesas.                                  | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 53. Odio estar solo(a).                                                         | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 54. Me siento amenazado(a) por otros.                                           | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 55. Cuando estoy con otras personas, me siento solo(a).                         | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 56. Tengo problemas para controlarme.                                           | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 57. El mundo está lleno de gente con problemas mentales.                        | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 58. Puedo tomar buenas decisiones.                                              | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 59. Con frecuencia siento que las personas tratan de controlarme.               | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 60. Tengo miedo de lo que podría hacerme a mí mismo(a).                         | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 61. Las personas que confían en los demás son estúpidas.                        | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 62. Yo soy mi mejor amigo(a).                                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 63. Cuando las personas que quiero no están conmigo, creo que están en peligro. | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 64. Me ocurren cosas malas por ser una mala persona.                            | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 65. Me siento a salvo cuando estoy solo(a).                                     | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 66. Para sentirme bien, necesito estar a cargo.                                 | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 67. Con frecuencia dudo de mí mismo(a).                                         | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 68. La mayoría de las personas son buenas de corazón.                           | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 69. Me siento mal cuando necesito ayuda.                                        | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 70. Mis amigos están ahí cuando los necesito.                                   | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 71. Creo que alguien va a lastimarme.                                           | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 72. Hago cosas que ponen a los demás en peligro.                                | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 73. En el fondo soy una mala persona.                                           | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 74. Realmente nadie me conoce.                                                  | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 75. Cuando estoy solo(a), es como si nadie estuviera ahí, ni siquiera yo.       | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 76. Respeto muy poco a la gente que conozco mejor.                              | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 77. Normalmente puedo adivinar lo que les pasa a los demás.                     | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 78. Hago un mal trabajo, a menos que yo sea el líder.                           | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 79. Me es imposible relajarme.                                                  | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

- |                                                           |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 80. He lastimado físicamente a personas.                  | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 81. Temo hacerme daño.                                    | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 82. Me siento fuera de lugar en todos lados.              | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 83. Si la gente realmente me conociera, les desagradaría. | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 84. Espero con ansia pasar el tiempo solo(a).             | ● | ● | ● | ● | ● | ● |

# **Anexo B**

# Cómo solicitar una entrevista a reporteros con síntomas de EPT

## *El primer contacto vía correo electrónico*

En la primera fase de la presente investigación se identificó a reporteros que presentaron síntomas psicológicos diversos (ansiedad, depresión, estrés postraumático, etc.). A partir de esa lista preliminar, en la segunda etapa (cualitativa) se procederá a solicitarles entrevistas por medio de correos electrónicos, explicando los motivos, posibles temas a tratar, así como el contenido general del proyecto que se está desarrollando. Si el reportero(a) acepta la entrevista, se procederá a fijar la fecha y el lugar de la misma. Lo más probable es que el investigador tenga que viajar al lugar donde el periodista desarrolla sus actividades.

Durante el encuentro, se sugiere crear un ambiente de confianza (*rapport*) para que el reportero(a) se sienta en la completa libertad de hablar y comentar sobre su experiencia. Sin embargo, al entrevistado no se le proporcionarán demasiados detalles del proyecto, con la intención de reducir una posible inhibición o sensación amenazante (Taylor y Bogdan, 1987). Al entrevistado se le garantizará que la información proporcionada se manejará en forma absolutamente confidencial y anónima.

## *¿Qué hacer si el reportero entra en crisis?*

Al hablar sobre temas emocionalmente intensos, existe la posibilidad de que el entrevistado muestre cierto malestar durante el transcurso de la entrevista. Si el investigador identifica que los síntomas que presenta el reportero(a) son extremadamente perturbadores, con mucha sensibilidad le deberá sugerir que piense en la posibilidad de visitar a un especialista clínico. De manera complementaria, se le podrá proporcionar una “*Lista de recursos de enfrentamiento*” que han utilizado reporteros con experiencias similares.

Para esta situación particular, y en el caso de que el reportero entre en crisis, el entrevistado deberá emplear ciertos procedimientos clínicos de estabilización (por ejemplo, técnicas como el “Lugar Seguro”, “Flotar hacia atrás”, “Escaneo afectivo”, “Ejercicios de respiración”, “El abrazo de la Mariposa”, propias del modelo EMDR).

# Guía Temática para Entrevistas a Reporteros con síntomas de EPT

## OBJETIVOS:

- Obtener información detallada sobre los acontecimientos traumáticos –factores desencadenantes– que vivieron los reporteros durante sus experiencias y/o coberturas periodísticas.
- Identificar los significados que los periodistas le atribuyen a sus experiencias relacionadas con el trastorno y con su práctica profesional.
- Ubicar el contexto *pre*, *peri* y *postraumático* en el que los reporteros se desarrollaron.

## Sugerencias para el entrevistador

La presente guía es solamente una lista de temas generales que deberán cubrirse con cada informante. Sin embargo, si la conversación gira en torno a otras áreas importantes no sugeridas aquí, se otorga la libertad de incluirlas, siempre y cuando no se eliminen los puntos originales.

Antes de efectuarse la entrevista, se deberá establecer un *rapport* con el periodista; para ello se sugiere haber tenido uno o dos encuentros previos con él.

Durante la entrevista, el investigador decidirá cómo plantear las preguntas y cuándo formularlas. Se sugiere crear, en la medida de lo posible, un ambiente relajado y darle a la entrevista un tono de conversación (Taylor y Bogdan, 1987).

## 1. DATOS PRELIMINARES DEL ENTREVISTADO

Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Lugar y medio para el que trabaja: \_\_\_\_\_

Fecha de realización de la entrevista: \_\_\_\_\_

Horas de inicio y finalización de la entrevista: \_\_\_\_\_

Lugar donde se realizó la entrevista: \_\_\_\_\_

## 2. HISTORIA PERSONAL

- **Lugar de nacimiento.** (“¿Dónde naciste?”).
- **Antecedentes familiares.** (“¿Tienes hijos?”, “¿Cuántos?”).
- **Experiencias del pasado más representativas, ligadas a la experiencia periodística estresante.** (Este punto no es obligatorio, y solamente se abordará en la medida que se haya establecido un vínculo de confianza entre el investigador y el reportero).

## 3. ANTECEDENTES PROFESIONALES

- **Formación académica.** (“¿Qué estudiaste?”, “¿Dónde?”).
- **Años ejerciendo como periodista.** (“¿Cuándo fue tu primer empleo como periodista?”, “¿Qué cargos has tenido?”, “¿Cuándo ingresaste al medio en el que ahora trabajas?”).

## 4. COBERTURAS DE EVENTOS TRAUMÁTICOS

- **Fuentes periodísticas.** (“¿Cuáles fuentes has cubierto anteriormente?”, “¿Cuáles cubres ahora?”, “¿Tú las elegiste?”, “¿Estás a gusto con tu fuente actual?”).
- **Un día ordinario en su vida.** (“¿Podrías contarme cómo es un día en tu trabajo?”).

- **Historial de coberturas traumáticas.** (“¿Cuándo fue tu primera cobertura sobre estos temas?”, “¿Es frecuente el contacto que tienes con estos temas?”, “¿Cómo te hace sentir?”, “¿Cuál ha sido tu peor experiencia con estos temas?”).

## 5. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO QUE DESENCADENÓ LOS SÍNTOMAS DE EPT

(Cuando se llegue a este punto de la entrevista, el investigador deberá presentarle al reportero la descripción que él mismo realizó del evento cuando participó en el levantamiento de datos por medio de la página *web*).

- **Descripción y/o narrativa del evento *peri-traumático*.** (“Cuando respondiste los cuestionarios en la página *web*, describiste un evento estresante muy intenso para ti ¿podrías compartirme tu experiencia?”, “¿Puedes darme un breve panorama de lo que pasó?”).
- **Fecha y lugar donde ocurrió el evento.** (“¿Dónde y cuándo ocurrió?”).
- **Identificación del segmento más perturbador.** (“De la historia que me cuentas ¿cuál es el segmento que más te perturba o más molestia te genera?”).
- **Imagen perturbadora.** (“¿Qué imagen representa la peor parte de ese incidente?”).
- **Creencia negativa.** (“Cuando piensas en esa imagen ¿qué crees de negativo sobre ti mismo en este momento?”).
- **Disparadores presentes.** (“Cuéntame si existe una situación específica reciente en la que hayas revivido o recordado ese evento”, “¿Qué situaciones, personas o lugares en tu vida actual despiertan sentimientos, sensaciones o pensamientos molestos relacionados con el evento?”).
- **Eventos *pre-traumáticos*.** (“Días antes del evento ¿cómo te sentías?”, “¿Hay algo en especial que te llamara la atención”, “¿Alguna molestia anterior al evento?” “¿Algún conflicto familiar?”, “¿Algún disgusto?”).
- **Eventos *postraumáticos*.** (“Después de pasado el evento ¿cómo reaccionaste?”, “Días después del evento ¿qué cambios notaste en ti?”, “¿Algún cambio en tu estado de ánimo?” “¿Notaste la presencia de alguna enfermedad física?”, “¿Estás siendo atendido por un especialista?”).
- **Enfermedades físicas.** (“¿Padeces de alguna enfermedad física recurrente?, “¿Problemas del corazón?”, “¿Problemas gastrointestinales?”, “¿Notaste un aumento en el consumo de alcohol y cigarro?”, etc.).

## 6. ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO

- **Estrategias personales.** (“Después del evento, ¿hubo algo que te hiciera sentir mejor”, “¿Hiciste algo que te ayudara de alguna forma?”, “¿Alguna actividad?”, “¿Algún tipo de ejercicio?”, “¿Solicitaste ayuda de algún psicoterapeuta?”).
- **Estrategias familiares.** (“¿Cómo reaccionó tu familia?”, “¿Les compartiste tu experiencia y malestar?”, “¿Sentiste de alguna forma su apoyo?”, “¿De qué tipo?”, “¿Tu familia hizo algo que te ayudara a sentir mejor?”).
- **Estrategias corporativas.** (“¿Cómo reaccionaron tus compañeros de trabajo?”, “¿Les compartiste tu experiencia y malestar?”, “¿Directivos de la empresa donde laboras se enteraron del impacto que tuvo esa cobertura en tu estado de salud?”, “¿La empresa te apoyó de alguna forma?”, “¿Recibiste apoyo de alguna asociación de periodistas?”).
- **Redes sociales.** (“¿Compartiste con tus amigos la experiencia?”, “¿Te ayudaron de alguna forma?”, “Posterior al evento, ¿Tu vida social cambió?”, “¿Tus actividades sociales se vieron afectadas?”).

# Guía de Observación para Notas de Campo

Como se sabe, la Observación Participante (OP) depende del registro de notas de campo completas, precisas y detalladas. Taylor y Bogan (1987) sugieren tomar notas después de cada observación y también después de contactos ocasionales con informantes (encuentros casuales, conversaciones telefónicas, etc.).

Se sugiere que las notas de campo incluyan:

- Descripciones de todas y cada una de las **personas** con las que se tiene contacto, ya sean cercanas o lejanas, sustanciosas o irrelevantes.
- Descripciones de los principales **acontecimientos** observados durante el trabajo de campo. Particularmente hay que poner atención en las coberturas periodísticas, así como en las actividades diarias de los reporteros.
- Descripciones detalladas de todos y cada uno de los **escenarios** con los que se tenga contacto, aunque inicialmente resulten irrelevantes.
- Descripciones de las **actividades** principales de los informantes.
- Descripciones de las **conversaciones** más representativas cuyo contenido sea relevante en términos etnográficos.
- Descripciones del **lenguaje corporal** de los informantes y de los sujetos que se mueven en los escenarios observados (gestos, tono de voz, velocidad del discurso, etc.).
- Registros precisos de todo lo que se “**vea**”, “**oiga**”, “**huela**” o “**piense**” mientras se está en el campo, aunque en un principio parezca irrelevante.

Además de las descripciones arriba señaladas, las notas de campo también deben incluir un registro de los sentimientos, interpretaciones e intuiciones del investigador. Estos comentarios “**subjetivos**” deben distinguirse mediante el uso de las iniciales (C.O.), que significa “Comentarios del Observador”.