



DAVID GARRIGA GUITART

Enfermero especialista en salud mental. Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria (UHPP) y Núcleo de Investigación Liderado por Enfermería (NRLI). Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat (Barcelona). Presidente de Comunidad de Inteligencia y Seguridad Global (CISEG).

LA FALSA RELACIÓN ENTRE RADICALIZACIÓN, RADICALIZACIÓN VIOLENTA Y SALUD MENTAL. UNA ASOCIACIÓN QUE INCREMENTA LA ESTIGMATIZACIÓN Y DIFICULTA LA PREVENCIÓN



RESUMEN

La posible relación entre los trastornos de salud mental y la radicalización violenta ha generado un intenso debate tanto en el ámbito científico como en la opinión pública. Este artículo analiza el estado actual del conocimiento desde una perspectiva crítica, revisando la evidencia empírica disponible y los principales modelos teóricos explicativos. Los datos procedentes de revisiones sistemáticas y estudios empíricos coinciden en señalar que no existe una asociación causal general entre trastornos mentales y radicalización violenta o terrorismo. Si bien determinados perfiles pueden presentar vulnerabilidades psicológicas, la radicalización se configura como un proceso multifactorial, donde intervienen factores ideológicos, sociales, identitarios y contextuales. Asimismo, se examinan las implicaciones de esta falsa asociación en la práctica clínica, la investigación y las políticas públicas, destacando el riesgo de estigmatización y la ineficacia de estrategias preventivas centradas exclusivamente en variables individuales. Finalmente, se subraya el papel de la enfermería de salud mental en el abordaje integral del fenómeno, especialmente, en contextos de prevención secundaria y terciaria.

Palabras clave: radicalización; terrorismo; salud mental; estigmatización; enfermería psiquiátrica.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la radicalización violenta constituye uno de los campos más complejos dentro de las ciencias sociales, la criminología y la salud mental, no solo por la diversidad de factores implicados, sino también por la dificultad de establecer modelos explicativos universales. Antes de abordar la relación entre radicalización y salud mental, resulta necesario delimitar conceptualmente algunos términos fundamentales. La *radicali-*

Correspondencia: David Garriga Guitart
Correo electrónico: dgg030@gmail.com

zación puede entenderse como un proceso dinámico mediante el cual una persona adopta progresivamente un sistema de creencias cada vez más extremo respecto a cuestiones políticas, sociales o religiosas. Este proceso, por sí mismo, no implica necesariamente la aceptación o utilización de la violencia. Cuando dicha evolución ideológica incorpora la legitimación, justificación o uso de la violencia como herramienta válida para alcanzar objetivos políticos, sociales o religiosos, se habla de *radicalización violenta*. Finalmente, el *terrorismo* representa la manifestación operativa de dicha radicalización violenta, caracterizándose por el empleo o la amenaza del uso de la violencia con el propósito de generar miedo, coaccionar a gobiernos o sociedades y alcanzar objetivos ideológicos, políticos o religiosos¹. En las últimas décadas —y, especialmente, tras el incremento de atentados terroristas en distintos contextos geopolíticos—, ha emergido una narrativa simplificada que vincula la radicalización con la presencia de trastornos mentales. Esta asociación, ampliamente difundida en medios de comunicación y en determinados discursos políticos, ha penetrado también en ciertos ámbitos académicos y clínicos, generando un marco interpretativo que tiende a individualizar un fenómeno que, en esencia, es profundamente social.

Esta tendencia a psicologizar la radicalización responde, en parte, a la necesidad de encontrar explicaciones rápidas y aparentemente comprensibles ante fenómenos complejos y socialmente perturbadores. Sin embargo, dicha simplificación puede resultar problemática, ya que desplaza el foco desde los factores estructurales (como la desigualdad, la exclusión social, los conflictos identitarios, la falta de pertenencia real o percibida o las dinámicas geopolíticas) hacia características individuales que no siempre son relevantes ni determinantes. Diversos autores han señalado, además, que determinadas políticas de prevención del extremismo violento han favorecido enfoques individualizados centrados en factores psicológicos, relegando el análisis de los determinantes políticos, sociales y estructurales que intervienen en los procesos de radicalización².

Desde una perspectiva científica, esta relación requiere ser analizada con cautela. La atribución de la radicalización a factores psicológicos individuales no solo resulta reduccionista, sino que puede generar efectos adversos tanto en la práctica clínica como en las políticas de prevención. En particular, puede contribuir a la estigmatización de las personas con trastornos mentales, reforzando prejuicios sociales que las vinculan erróneamente con la violencia o la peligrosidad. Asimismo, puede derivar en intervenciones preventivas ineficaces, centradas en la detección de perfiles clínicos, en lugar de abordar las causas profundas del fenómeno.

Además, esta asociación plantea importantes implicaciones éticas y profesionales para los ámbitos de la salud mental, especialmente, para la enfermería, que desempeña un papel fundamental en la atención, el acompañamiento y la rehabilitación de personas en situación de vulnerabilidad. La construcción de narrativas erróneas puede afectar directamente a la relación terapéutica, al acceso a recursos y a la percepción social de los pacientes.

En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo analizar críticamente la evidencia científica existente sobre la relación entre salud mental y radicalización violenta, así como explorar sus implicaciones para la enfermería de salud mental, la investigación y las políticas públicas. Se pretende, además, contribuir a la construcción de un marco interpretativo más riguroso, basado en la evidencia empírica y alejado de simplificaciones reduccionistas.

DESARROLLO

Evidencia científica sobre trastornos mentales y terrorismo

Las investigaciones empíricas más recientes coinciden en señalar la ausencia de una relación causal general entre trastornos mentales y radicalización violenta. Este consenso no implica negar la presencia de trastornos psiquiátricos en algunos individuos radicalizados, sino cuestionar su papel como factor explicativo central. La revisión sistemática realizada por Trimbur *et al.*³, basada en el análisis de más de 2800 registros, constituye uno de los trabajos más relevantes en este ámbito. Sus conclusiones apuntan a que, aunque una proporción de individuos radicalizados presenta diagnósticos psiquiátricos, no existe una correlación consistente ni estadísticamente significativa que permita establecer una relación causal.

En la misma línea, el metanálisis de Sarma *et al.*⁴ aporta una perspectiva cuantitativa que refuerza esta idea. La amplia variabilidad en la prevalencia de trastornos mentales (tanto en poblaciones radicalizadas como en terroristas) evidencia la ausencia de un perfil clínico homogéneo. Esta dispersión de datos sugiere que los trastornos mentales no pueden considerarse un factor predictivo fiable de radicalización, sino, en todo caso, un elemento más dentro de un conjunto amplio de variables. Esta ausencia de un perfil psicopatológico específico también ha sido señalada en el ámbito de la psiquiatría forense, donde la evaluación del riesgo de radicalización requiere integrar variables sociales, ideológicas y contextuales más allá de los diagnósticos clínicos aislados⁵.

Cabe destacar, además, que muchos de los estudios disponibles presentan limitaciones metodológicas importantes, como tamaños muestrales reducidos, sesgos de selección o dificultades en la definición operativa de «radicalización» y «radicalización violenta». Estas limitaciones obligan a interpretar los resultados con prudencia y refuerzan la necesidad de seguir investigando desde enfoques más rigurosos y multidisciplinarios.

Aunque ciertos estudios sugieren asociaciones entre sintomatología psicológica (como la depresión, la ansiedad o el estrés postraumático) y la simpatía hacia ideologías extremistas⁶, dichas relaciones deben interpretarse en un marco de complejidad. Estas asociaciones no implican causalidad, sino que reflejan la interacción entre variables individuales y contextuales. La literatura psicosocial y criminológica coincide en señalar que la radicalización es un fenómeno multifactorial. Factores ideológicos, identitarios, sociales, económicos y políticos interactúan de manera dinámica, configurando trayectorias individuales diversas. En este sentido, la percepción de injusticia, la privación relativa, la discriminación percibida o la búsqueda de pertenencia pueden desempeñar un papel más relevante que cualquier variable clínica aislada.

Asimismo, las dinámicas grupales y las redes sociales (tanto presenciales como digitales) constituyen espacios claves en los procesos de radicalización. La construcción de identidades colectivas, la polarización y la exposición a narrativas extremistas influyen significativamente en la evolución de estos procesos.

Reducir este fenómeno a un trastorno mental implica ignorar esta complejidad y limitar la capacidad de intervención. Un enfoque integral permite, en cambio, identificar factores de riesgo y de protección más ajustados a la realidad del fenómeno.

Modelos teóricos de la radicalización

Los principales modelos teóricos de la radicalización refuerzan de manera consistente la idea de que la salud mental no ocupa un papel central ni determinante en estos procesos, sino que estos deben entenderse como fenómenos complejos, dinámicos y profundamente contextuales. Lejos de explicaciones individualistas o clínicas, estos modelos sitúan el foco en las interacciones entre factores estructurales, sociales e ideológicos, así como en los procesos de construcción de significado y pertenencia.

El modelo de la «escalera hacia el terrorismo» propuesto por Fathali Moghaddam⁷ constituye una de las aproximaciones más influyentes en este ámbito. Este modelo conceptualiza la radicalización como un proceso progresivo y escalonado, en el que los individuos ascienden a través de diferentes niveles o «pisos», cada uno caracterizado por cambios en la percepción, la cognición y la toma de decisiones. En los niveles inferiores, la percepción de injusticia, la privación relativa o la falta de oportunidades generan un malestar inicial que no es necesariamente violento. A medida que el individuo asciende en la «escalera», se produce una progresiva reducción de las alternativas percibidas, lo que facilita la aceptación de narrativas que legitiman la violencia como respuesta. En los niveles superiores, la deshumanización del adversario y la internalización de marcos morales justificativos permiten la transición hacia la acción violenta. Es relevante destacar que, en este modelo, el proceso está mediado por factores sociales y cognitivos compartidos, y no por la presencia de psicopatología.

Por su parte, el modelo de la «pirámide de radicalización» desarrollado por McCauley y Moskalenko^{8,9} introduce una diferenciación analítica entre actitudes, creencias y comportamientos, permitiendo comprender la radicalización como un fenómeno distribuido en distintos niveles de implicación. En la base de la pirámide, se encuentran amplios sectores de población que pueden compartir ciertas quejas o simpatías ideológicas sin recurrir a la violencia. A medida que se asciende, disminuye el número de individuos, pero aumenta el grado de compromiso, hasta llegar a una minoría que participa activamente en acciones violentas. Este modelo enfatiza la importancia de los mecanismos de influencia social, como la presión de grupo, la identidad colectiva, la polarización y los procesos de «nosotros frente a ellos». Asimismo, incorpora factores «micro» (experiencias personales), «meso» (dinámicas grupales) y «macro» (contextos sociopolíticos), lo que refuerza su carácter integrador.

En esta línea de aproximaciones contemporáneas, el «Modelo 3N» de Kruglanski, vinculado a la Significance Quest Theory, aporta una explicación psicológica no patológica de la radicalización¹. Este modelo sostiene que la implicación en procesos de radicalización violenta puede entenderse a partir de la interacción de tres elementos fundamentales: la necesidad de significancia personal (*need*), las narrativas ideológicas que legitiman la violencia como medio para restaurar o alcanzar dicha significancia (*narrative*) y las redes sociales que facilitan la adopción y refuerzo de estas narrativas (*network*). Desde esta perspectiva, la radicalización no depende de rasgos psicopatológicos, sino de la activación de una motivación universal (la búsqueda de significación y relevancia personal) en contextos en los que determinadas narrativas y entornos sociales canalizan dicha necesidad hacia la violencia.

Estos modelos coinciden en señalar que la radicalización no es un proceso lineal ni homogéneo, sino que puede seguir trayectorias diversas en función de las circunstancias individuales y contextuales. Además,

subrayan que los factores claves no residen en características clínicas, sino en la interacción entre percepciones de agravio, construcción identitaria, exposición a narrativas ideológicas y dinámicas de grupo. Desde la criminología aplicada al terrorismo de etiología yihadista, diversos autores han destacado igualmente la necesidad de comprender la radicalización como el resultado de la interacción entre factores individuales, grupales, ideológicos y contextuales, evitando interpretaciones monocausales¹.

En este marco, la psicopatología no aparece como un factor explicativo central. En el mejor de los casos, puede considerarse un elemento de vulnerabilidad que, en determinados contextos, podría influir en la susceptibilidad a ciertos discursos o en la gestión emocional del individuo. Sin embargo, su papel es secundario y contingente, y nunca constituye un motor principal del proceso de radicalización. De hecho, sobredimensionar su importancia no solo distorsiona la comprensión del fenómeno, sino que también puede conducir a intervenciones inadecuadas y a la estigmatización de las personas con trastornos mentales.

En consecuencia, los modelos teóricos actuales invitan a adoptar una perspectiva multidimensional que permita integrar factores individuales, sociales e ideológicos, evitando reduccionismos y favoreciendo una comprensión más precisa y útil del fenómeno de la radicalización violenta.

Actores solitarios y salud mental

El análisis de los actores solitarios ha sido uno de los principales focos de atención en el debate sobre la relación entre salud mental y terrorismo, en parte, porque estos casos suelen recibir una mayor cobertura mediática y generan una percepción de imprevisibilidad que facilita su asociación a la psicopatología. La evidencia empírica sugiere que, en este subgrupo, la prevalencia de trastornos mentales es superior a la observada en terroristas integrados en organizaciones estructuradas. Sin embargo, esta relación debe interpretarse con cautela, evitando inferencias causales simplistas y teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas de los estudios disponibles, que, en muchos casos, se basan en análisis retrospectivos o en fuentes secundarias¹⁰.

Uno de los elementos claves para comprender esta asociación es el papel del aislamiento social. Los actores solitarios suelen presentar trayectorias vitales marcadas por la desconexión social, la marginalidad o la fragilidad de las redes de apoyo. No obstante, estas características no deben interpretarse exclusivamente como factores causales previos, sino también como posibles consecuencias del propio proceso de radicalización. A medida que el individuo adopta posiciones ideológicas más extremas, es frecuente que se produzca un distanciamiento progresivo de su entorno social, familiar o laboral, reforzando dinámicas de aislamiento que, a su vez, pueden intensificar la exposición a narrativas radicales.

Asimismo, la falta de integración social, las experiencias de rechazo o la percepción de exclusión pueden actuar como factores de vulnerabilidad que facilitan la búsqueda de marcos interpretativos alternativos, incluyendo aquellos que legitiman la violencia. En este sentido, la radicalización puede ofrecer una sensación de pertenencia, propósito o identidad que compensa déficits previos, sin que ello implique necesariamente la existencia de un trastorno mental subyacente.

Es importante subrayar que los actores solitarios representan una proporción relativamente reducida dentro del fenómeno terrorista global, especialmente, en el caso del terrorismo de etiología yihadista, donde predominan las estructuras organizadas. Esta realidad limita la posibilidad de generalizar los hallazgos obtenidos en este subgrupo al conjunto de individuos radicalizados. De hecho, extrapolar estas características puede conducir a interpretaciones erróneas y a sesgos en el diseño de políticas de prevención.

Por otro lado, diversos estudios indican que las organizaciones terroristas tienden a aplicar criterios selectivos en la captación de sus miembros, priorizando perfiles que garanticen fiabilidad, disciplina y capacidad operativa. En este contexto, los individuos con trastornos mentales graves pueden ser percibidos como imprevisibles o poco fiables, lo que dificulta su integración en estructuras organizadas. Este fenómeno puede explicar, en parte, la menor prevalencia de psicopatología en terroristas que actúan dentro de grupos, en comparación con los actores solitarios.

Desde la perspectiva de la enfermería de salud mental, este debate adquiere una relevancia particular, ya que los profesionales se sitúan en una posición privilegiada para identificar situaciones de vulnerabilidad psicosocial, intervenir de manera precoz y promover procesos de recuperación y reintegración. En este sentido, resulta fundamental adoptar una mirada clínica que no reproduzca estereotipos ni asociaciones automáticas entre trastorno mental y peligrosidad, especialmente, en contextos como las unidades psiquiátricas penitenciarias, donde el riesgo de sesgo es elevado.

La asociación indebida entre enfermedad mental y violencia puede tener consecuencias negativas significativas, tanto para los pacientes como para la calidad de la atención. Puede generar desconfianza en la relación terapéutica, dificultar la adherencia a los tratamientos y reforzar dinámicas de exclusión y autoestigmatización. Además, puede influir en la toma de decisiones clínicas, conduciendo a intervenciones más restrictivas o menos centradas en la recuperación.

Implicaciones para la enfermería de salud mental en la prevención de la radicalización violenta

La enfermería de salud mental debe adoptar un enfoque integral, centrado en la persona y basado en la evidencia, que contemple la complejidad de los procesos de radicalización y las múltiples dimensiones implicadas. Este enfoque debe incluir la valoración de factores individuales (como la historia vital, las experiencias traumáticas o las habilidades de afrontamiento), así como de factores contextuales como el entorno social, las redes de apoyo o las condiciones estructurales.

Asimismo, los profesionales de enfermería pueden desempeñar un papel clave en la sensibilización social y en la lucha contra el estigma, contribuyendo a desmontar narrativas simplificadoras que vinculan de forma automática salud mental y violencia. A través de la educación, la investigación y la práctica clínica, la enfermería puede promover una comprensión más rigurosa, ética y humanizada tanto de los trastornos mentales como de los procesos de radicalización, por lo que ocupa una posición estratégica en el abordaje integral de los procesos de radicalización violenta, no desde una perspectiva de seguridad o de detección de «perfiles de riesgo», sino desde un enfoque clínico, preventivo y psicosocial basado en la evidencia. Su papel

resulta especialmente relevante en la prevención secundaria y terciaria, donde el contacto directo y continuado con personas en situación de vulnerabilidad permite identificar factores de riesgo psicosocial, necesidades de apoyo emocional y posibles trayectorias de exclusión social que pueden interactuar con procesos de radicalización.

En primer lugar, la práctica enfermera debe evitar activamente la reproducción de la asociación simplista entre trastorno mental y violencia. Esta asociación, ampliamente cuestionada por la evidencia científica, puede condicionar la valoración clínica, generar sesgos en la toma de decisiones y contribuir a la estigmatización de los pacientes. En contextos como unidades de hospitalización psiquiátrica o dispositivos penitenciarios, este riesgo se intensifica, por lo que se requiere una especial vigilancia ética y metodológica en la práctica asistencial. La enfermería de salud mental tiene una responsabilidad relevante en la educación sanitaria y la lucha contra el estigma.

En segundo lugar, la enfermería desempeña un papel clave en la detección precoz de vulnerabilidades psicosociales, entendidas no como indicadores de peligrosidad, sino como señales de sufrimiento, aislamiento o malestar que pueden requerir intervención. Conocer los factores de riesgo es fundamental para la detección temprana de procesos de radicalización y su prevención¹. Elementos como la ruptura de redes de apoyo, experiencias de discriminación, dificultades en la regulación emocional o procesos de identidad inestable deben ser comprendidos dentro de un marco amplio de salud mental comunitaria, evitando su interpretación automática en clave de riesgo violento.

Asimismo, la enfermería puede contribuir de forma significativa a la intervención preventiva no estigmatizante, mediante el desarrollo de estrategias terapéuticas centradas en la persona, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, la promoción de la resiliencia y la reconstrucción de vínculos sociales significativos. Estas intervenciones resultan coherentes con los modelos contemporáneos de radicalización, que enfatizan la importancia de los procesos identitarios, relacionales y contextuales.

DISCUSIÓN

Los hallazgos revisados confirman que una de las principales dificultades en el estudio de la radicalización violenta estriba en la tendencia a interpretar como causales asociaciones que son únicamente concurrentes. Aunque algunos individuos radicalizados presentan trastornos mentales, la evidencia científica disponible no permite sostener que la psicopatología constituya un factor explicativo central ni un factor predictivo fiable de la radicalización violenta.

Los modelos teóricos contemporáneos y los estudios empíricos analizados coinciden en describir la radicalización como un proceso multifactorial en el que interactúan factores identitarios, sociales, ideológicos y contextuales. Desde esta perspectiva, centrar la atención exclusivamente en variables clínicas supone una simplificación que dificulta la comprensión del fenómeno y limita el desarrollo de estrategias preventivas eficaces.

Asimismo, la asociación entre enfermedad mental y radicalización violenta puede generar consecuencias no deseadas tanto en el ámbito sanitario como en el social. Entre ellas, destacan el refuerzo del estigma hacia las personas con trastornos mentales y el desplazamiento del foco preventivo desde los determinantes sociales y relacionales hacia explicaciones individualistas insuficientemente fundamentadas.

Resulta necesario promover enfoques multidisciplinarios basados en la evidencia que integren las dimensiones psicológicas, sociales y contextuales implicadas en la radicalización. En este marco, la enfermería de salud mental puede desempeñar un papel relevante mediante la identificación de vulnerabilidades psicosociales, la promoción de la inclusión social y la implementación de intervenciones preventivas centradas en la persona y libres de estigmatización.

CONCLUSIONES

La relación entre salud mental y radicalización violenta no puede entenderse en términos causales simples ni lineales. La evidencia científica actual descarta la existencia de una asociación directa, consistente y generalizable entre ambos fenómenos, lo que obliga a replantear los enfoques explicativos y las estrategias de intervención.

PUNTOS PARA RECORDAR

- **La radicalización es multifactorial.** No existe relación causal general entre trastornos mentales y radicalización violenta.
- **El vínculo entre salud mental y violencia es estigmatizante.** Asociarlas refuerza prejuicios y genera intervenciones preventivas ineficaces.
- **La enfermería tiene un rol clave.** Su enfoque integral ayuda a evitar reduccionismos y mejorar la prevención.

La radicalización debe abordarse como un proceso multifactorial, en el que interactúan variables individuales, sociales, ideológicas y contextuales. En este marco, los factores psicológicos pueden desempeñar un papel secundario o modulador, pero no constituyen el núcleo explicativo del fenómeno.

En este sentido, la enfermería de salud mental tiene un papel fundamental en la construcción de respuestas integrales, éticas y basadas en la evidencia. Su intervención debe orientarse no solo a la atención clínica, sino también a la promoción de la inclusión social, la reducción del estigma y la prevención de la violencia desde una perspectiva comunitaria.

Finalmente, resulta imprescindible evitar discursos simplificadores que asocien enfermedad mental y violencia. Este tipo de narrativas no solo carecen de base científica, sino que generan efectos negativos en múltiples niveles, dificultando tanto la prevención como la intervención eficaz en los procesos de radicalización violenta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trespaderne Dedeu A, Garriga Guitart D. Terrorismo de etiología yihadista: análisis y prevención. En: Barbaro A (coord.). Manual de criminalística y criminología. Madrid: Tébar Flores; 2019. p. 829-57.

2. Heath-Kelly C, Shanaah S. The politics of preventing violent extremism. Oxford: Oxford University Press; 2025.
3. Trimbur M, Amad A, Horn M, Thomas P, Fovet T. Are radicalization and terrorism associated with psychiatric disorders? A systematic review. *J Psychiatr Res*. 2021;141:214-22.
4. Sarma KM, Carthy SL, Cox KM. Mental disorder, psychological problems and terrorist behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Syst Rev*. 2022;18(3):e1268.
5. Fernández García-Andrade R, Serván Rendón-Luna B, Reneses Prieto B, Vidal Martínez V, Medina Téllez de Meneses E, Fernández Rodríguez E. Forensic-psychiatric assessment of the risk of terrorist radicalisation in the mentally ill patient. *Span J Leg Med*. 2019;45(2):59-66.
6. Bhui K, Otis M, Silva MJ, Halvorsrud K, Freestone M, Jones E. Extremism and common mental illness: cross-sectional community survey of White British and Pakistani men and women living in England. *Br J Psychiatry*. 2020;217(4):547-54.
7. Moghaddam FM. The staircase to terrorism: a psychological exploration. *Am Psychol*. 2005;60(2):161-9.
8. McCauley C, Moskalenko S. *Friction: how radicalization happens to them and us*. Nueva York: Oxford University Press; 2011.
9. McCauley C, Moskalenko S. *Radicalization to terrorism: what everyone needs to know*. Nueva York: Oxford University Press; 2017.
10. Garriga Guitart D. Radicalizados por AL Qada. En: *Yihad, ¿qué es?* Barcelona: Comanegra; 2015. p. 86-9.