



PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS AGUDO EN LA POBLACIÓN GENERAL DE MADRID EN LA SEGUNDA SEMANA TRAS EL ATENTADO TERRORISTA DEL 11 DE MARZO DE 2004

M. Muñoz, M^a Crespo, E. Pérez-Santos y J. J. Vázquez

Universidad Complutense de Madrid

2004, 10(2-3), 147-161

Resumen: El objetivo del presente estudio es identificar la sintomatología de estrés agudo y los problemas de funcionamiento general en la población de la zona afectada tras los atentados del 11-M. En el estudio participaron 1.179 personas mayores de 18 años, evaluadas en la segunda semana tras los atentados (entre el 18 y el 24 de marzo). La muestra incluye un tercio de personas que viven o trabajan en la zona más directamente afectada. Los datos indican la presencia de unos porcentajes de sintomatología de estrés agudo elevados (46,7%), con problemas de funcionamiento a nivel general en el 18,1% de la población. El 12,8% presentaron problemas de funcionamiento durante 2 o más días que les ocasionaron una interferencia, al menos moderada, en su vida cotidiana. Los resultados se discuten desde el punto de vista de la planificación de servicios ajustados a las necesidades identificadas en la población.

Palabras Clave: Trastorno de estrés agudo, epidemiología, terrorismo, catástrofes, funcionamiento psicosocial.

Abstract: The aim of this work is to identify acute stress symptoms and general functioning problems in the population of the affected zones after the March 11, 2004, terrorist attack. 1,179 adults (≥ 18 years) were assessed in the second week after the terrorist attack (from March 18 to 24). One-third of the people included in this sample are working or living in the most direct affected zone. Data show high percentages of acute stress symptoms (46,7%), and the 18,1% of the population had general functioning problems. The 12,8% presented functioning problems during 2 or more days that interfered, at least moderately, with daily life activity. Results are discussed in terms of planning services adjusted to population identified needs.

Key words: Acute Stress Disorder, epidemiology, terrorism, disasters, psychosocial functioning..

Title: *Acute Stress Symptoms in the general population of Madrid in the second week after the March 11, 2004, terrorist attack*

Introducción

La relación entre los sucesos vitales estresantes o traumáticos y los problemas de salud mental ha sido un tema de investigación relevante en las últimas décadas (Bryant y Harvey, 1995; Muñoz, Panadero, Quiroga y Pérez Santos, 2004) incluyendo los efectos de la guerra sobre poblaciones civiles (Eytan, Bischoff, Rustemi et al. 2002; Jones, Rustemi, Shahini y Uka, 2003). En su revisión de la investigación publicada en los últimos 20 años sobre los

efectos de distintos tipos de desastres, Norris (2001) señala la presencia de problemas psicológicos en un 74% de las muestras estudiadas, principalmente trastorno de estrés postraumático (TEPT) (65% de las muestras), depresión (37%) y trastorno de ansiedad generalizada (19%). En un 39% de las muestras se observó malestar no específico -evaluado a través de índices generales de sintomatología psicológica y psicosomática-. Así, la reacción de malestar generalizado en respuesta a acontecimientos traumáticos parece bien establecida, especialmente en lo que respecta a aquellas personas que han vivido directamente el acontecimiento.

* Dirigir la correspondencia a: Dr. Manuel Muñoz, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, 28223 Madrid
E-mail: mmunoz@psi.ucm.es

Por otro lado, los efectos de los atentados terroristas sobre la salud mental no han recibido la misma atención. El número de estudios realizados para analizar los efectos específicos y las secuelas concretas de atentados terroristas de gran magnitud ha sido escaso hasta la fecha. Prácticamente los principales trabajos son los realizados a partir del atentado contra el edificio federal Alfred P. Murrah de Oklahoma -abril de 1995- (North, Nixon, Shariat, S., et al., 1999) y, especialmente, en los atentados el 11 de Septiembre de 2001 en Nueva York y Washington (Galea, Ahern, Resnick, et al., 2002; Silver, Holman, McIntosh et al., 2002). Otros estudios se realizaron en el caso del atentado en el metro de París en diciembre de 1996 (Jehel, Paterniti, Brunet, Duchet et Guelfi, 2003) y la bomba de Omagh en Irlanda del Norte de 1998 (Gillespie, Duffy, Hackmann y Clark, 2002).

En general, los datos obtenidos en estos estudios revelan una alta sintomatología entre las víctimas directas de los mismos. Así, entre los 4 y 8 meses tras el atentado de Oklahoma (North et al., 1999), se observaron elevadas tasas de TEPT (34,3%) y problemas depresivos (22,5%) (North et al., 1999), habiendo buscado ayuda profesional a causa de sus problemas el 16% de los entrevistados. Respecto a ese mismo atentado, Tucker, Pfefferbaum, Doughty et al. (2002) identificaron porcentajes de sintomatología postraumática elevada en el 24,7% de las personas que habían acudido al dispositivo de asistencia creado tras los atentados. Por su parte, Jehel et al. (2003), al evaluar víctimas directas de la explosión en el metro de París de 1996 encontraron tasas de TEPT del 38,5% a los 6 meses, que se mantenían en un 25% a los 32 meses del atentado.

Si los estudios realizados sobre víctimas directas han sido escasos, los trabajos sobre la incidencia psicológica de los grandes atentados terroristas en la población gene-

ral no han sido mucho más numerosos. Estos trabajos, realizados principalmente a partir de los atentados del 11 de septiembre en Estados Unidos, se han circunscrito, en su mayoría, a un marco temporal a partir de las 4 semanas post-suceso, por lo que una parte importante de la información disponible se centra en las reacciones de estrés postraumático (Millar y Heldring, 2004). Aunque las cifras varían considerablemente en función del momento de evaluación y la consideración de muestras nacionales o locales (i.e. muestras de la misma ciudad o de las zonas del ataque), en este tipo de estudios los porcentajes de sujetos que cumplen los criterios diagnósticos de TEPT, son igualmente considerables, aunque se observa un descenso importante conforme pasa el tiempo. Así, Silver et al. (2002) detectaron reacciones de estrés postraumático en un 17% de la población general de Estados Unidos al cabo de 2 meses de los atentados, reduciéndose la cifra a un 5,8% a los 6 meses. La presencia de TEPT, después de 5 a 8 semanas tras el 11-S, oscila entre el 4,3% observado en una muestra nacional (Schlenger, Caddell, Ebert et al., 2002) y el 7,5% (Galea et al., 2002) y el 11,2% en muestras locales (Schlenger et al., 2002). En los sucesivos trabajos de Galea et al. (2002; 2003) se observa un descenso desde el 7,5% de TEPT inicial (en las semanas 5-8) al 2,3% a los 4 meses, alcanzándose un 1,5% al cabo de 6 meses del atentado.

Los trabajos que han estudiado los efectos de los sucesos traumáticos en la población general durante las primeras cuatro semanas (agudos) son mucho más escasos. En primer lugar, se encuentra un pequeño grupo de estudios que han analizado algunas de las variables del impacto psicológico en ciudades distintas y alejadas de donde ocurrieron los atentados. Por ejemplo, Kinzie, Boehnlein, Riley y Sparr (2002) analizan los efectos en 181 adultos refugiados y con patologías previas en el esta-

do de Oregón. Informan de un número importante de recaídas en este grupo de pacientes tras el 11-S pero no analizan datos acerca de la sintomatología de estrés agudo. En esta misma línea de efectos en pacientes previos, Connery (2003) acota el posible impacto de los sucesos en pacientes con enfermedad mental crónica en lugares alejados al hallar que, de un grupo de 147 adultos en tratamiento en Richmond (Virginia), 18 muestran algún empeoramiento como resultado de los ataques del 11-S y solamente dos de ellos mantienen una reacción psicótica a las seis semanas, no encontrando evidencia de comportamientos suicidas, abuso de sustancias o violencia doméstica en esta muestra. Beauchesne, Kelley, Patsdaughter y Pickard (2002) observan mediante una entrevista cualitativa realizada a 81 niños y 51 padres en Boston que, aunque con diferencias en función del desarrollo, entre las 0 y 4 semanas tras los atentados, todos los niños informan de sentimientos de miedo. A la vez, los padres muestran sentimientos de inseguridad y confusión respecto al mejor acercamiento al problema de sus hijos.

En segundo lugar, se han llevado a cabo estudios con muestras nacionales de los Estados Unidos que incluyen a las ciudades afectadas en los muestreos pero que no permiten separar los resultados relativos a las mismas, lo que sitúa sus conclusiones en un plano más general. En este grupo de estudios pueden destacarse los de Schuster, Stein, Jaycox, et al. (2001), Melnyk, Feinstein, Tuttle et al. (2002) y Silver et al. (2002). Así, en el estudio más inmediato, Schuster et al. (2001) realizaron entrevistas telefónicas a una muestra de 560 adultos de todos los Estados Unidos entre los 3-5 días post-suceso (Schuster et al. 2001). En este trabajo, un 90% de los entrevistados mostraron síntomas de estrés general y un 44% reacciones de estrés agudo considerables. Igualmente, estos autores identificaron algunas variables relacionadas con una ma-

yor presencia de sintomatología, como el hecho de ser mujer, pertenecer a una minoría étnica, haber sufrido diagnósticos previos de trastorno mental y el número de veces que vieron por televisión los sucesos. Como variables protectoras se identificaron la religión, el apoyo social, los servicios comunitarios y las donaciones. Silver et al. (2002) realizaron un trabajo más amplio aunque con un margen temporal posterior. Administraron 2729 entrevistas por Internet mediante un muestreo aleatorio entre los días 9 y 23 post-suceso. Detectaron tasas de estrés agudo de un 12,4% de los entrevistados, llegando a generar problemas de funcionamiento a un 8,9% de la muestra. De nuevo, las variables predictoras fueron ser mujer, el nivel de exposición a los sucesos y haber sufrido diagnósticos previos (ansiedad o depresión), aunque en esta ocasión también jugaron un papel relevante el estar separado, el padecimiento de enfermedades físicas, y el abandono rápido de las estrategias de afrontamiento iniciales. La mayor protección la supuso el mantener estrategias de afrontamiento activo. Para completar este panorama, Melnyk et al. (2002) en un trabajo algo menos específico realizaron entrevistas personales en las primeras ocho semanas a 621 niños y 603 padres elegidos aleatoriamente entre aquellos que asistían a servicios de atención primaria, identificando una gran preocupación en los niños y en los padres respecto a como ofrecer ayuda a sus hijos. Paradójicamente en este trabajo la preocupación de los padres disminuye según aumenta la de los hijos.

Finalmente, en tercer lugar, se encuentran los estudios que se centran de forma específica en la población de las ciudades en las que ocurrieron los hechos. Desgraciadamente este es el grupo menos numeroso y de menor especificidad. De hecho, ninguno de los trabajos encontrados se centra en el estudio de la salud mental ni del estrés agudo. Factor, Galea, de Duenas et

al. (2002) llevaron a cabo un control del uso de drogas en una muestra de 93 personas que ya se encontraban participando en un estudio sobre el tema en Nueva York y sus datos no permiten obtener ninguna conclusión sobre la incidencia del trastorno de estrés agudo u otra sintomatología. Por su parte, Ho, Paultre y Mosca (2002) llevaron a cabo un estudio sobre el impacto de los ataques cardíacos tras los atentados en la ciudad de Nueva York entre la primera y la tercera semanas. Mediante un muestreo de conveniencia que incluía una entrevista personal a 244 adultos, hallaron que el 75% mostraban síntomas psicológicos y psicosomáticos generales aunque no se especifica su relación con los posibles trastornos psicopatológicos. Además, el 37% de la muestra modificó sus hábitos en el sentido de realizar más acciones de riesgo cardiovascular, cambios que se mantenían cuatro meses después, por lo que concluyen que este tipo de sucesos no sólo inciden en la salud mental, sino en la salud general de la población más afectada.

En definitiva, de los estudios revisados puede concluirse que se dispone de una información relevante respecto del impacto de este tipo de sucesos en la población general a partir de las cuatro semanas post-impacto y un cierto conocimiento de los efectos inmediatos en la población general del país afectado. Aunque, considerando la extensión tan importante de los Estados Unidos, es posible que este tipo de datos no sea fácilmente generalizable a países más pequeños como Luxemburgo, por ejemplo. Sin embargo, se dispone de muy poca información respecto a los efectos de estos sucesos sobre la salud mental de la población de la ciudad en la que ocurren los sucesos. Por otra parte, teniendo en cuenta la importancia de los datos tempranos sobre los efectos de este tipo de sucesos traumáticos para la predicción de futuros trastornos de estrés postraumáticos, señalada por

diversos autores (Bryant y Harvey, 2000; Galea et al., 2003; Miguel Tobal, Cano, Irruarizaga et al., 2004) parece crucial tratar de determinar de forma más concreta cuáles son los problemas más significativos en las primeras semanas tras un atentado. De esta forma, el principal objetivo de este trabajo ha sido el de poder ofrecer datos que permitan avanzar en el conocimiento de los síntomas relacionados con el estrés agudo y el funcionamiento general de la población de la ciudad atacada durante las primeras cuatro semanas post-impacto.

Método

Lugar y procedimiento de muestreo

La recogida de datos se realizó la segunda semana tras los atentados, entre los días 18 y 24 de marzo de 2004. Fue realizada por alumnos de Psicología y Terapia Ocupacional de la Universidad Complutense de Madrid, de Psicopedagogía de la Universidad de Alcalá de Henares y del Centro Asociado de la UNED en Guadalajara, después de asegurar la homogeneidad de la distribución de sus direcciones a través del territorio del área implicada. La inclusión de alumnos de las universidades ubicadas en el Corredor del Henares permitió acceder con mayor facilidad a personas que habitaban o desarrollaban sus actividades laborales o académicas en esta zona, la más afectada por los atentados.

Se diseñó, por tanto, una muestra de conveniencia sobre un sistema de 250 puntos de muestreo a partir de los lugares de residencia de los estudiantes que participaron en la recogida de datos. Después de recibir instrucciones para realizar un muestreo aleatorio y estratificado por edad y sexo en cada punto de muestreo, los alumnos debían aplicar el instrumento de evaluación a personas mayores de 18 años de su entorno cercano.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra y grado de implicación en el atentado (datos ponderados).

	(N = 1.179) Porcentajes
Sexo	
Mujeres	54
Edad	
18-34	35,2
35-49	27,4
50-64	19,7
> 65	17,6
Nacionalidad española	97,8
Viven y/o estudian / trabajan en la zona afectada	32,2
Usuarios habituales de la línea o estaciones afectadas	18,4
Testigos o heridos	1,1
Familiares o amigos de heridos o fallecidos	8,3

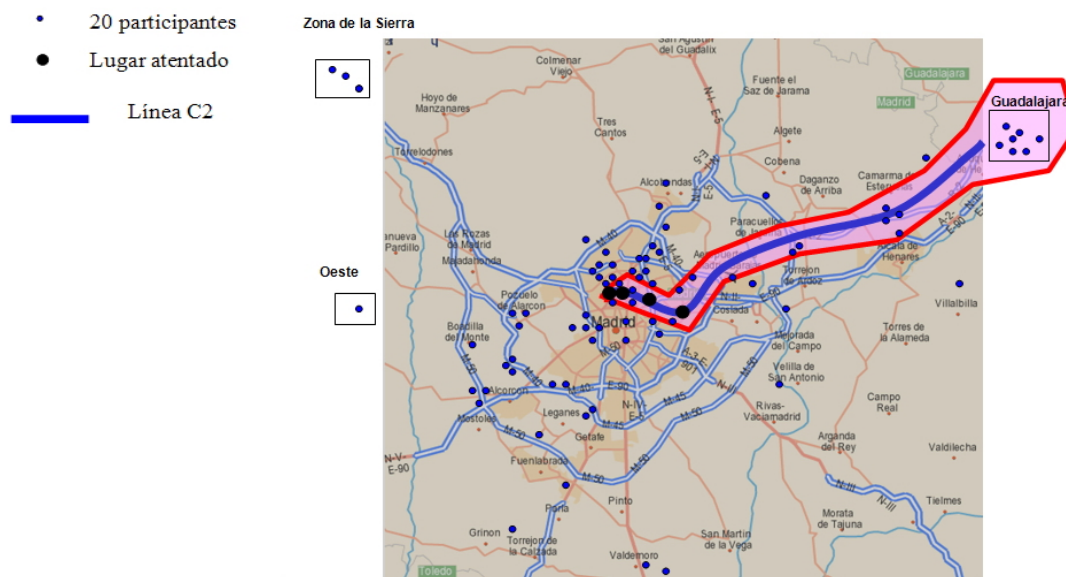


Figura 1. Distribución geográfica de la muestra

Los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y el carácter anónimo de los datos recogidos. En caso de no conseguir su consentimiento, se procedía a su sustitución por otra persona de similares características. Este procedimiento se seguía hasta conseguir 5 cuestionarios cumplimentados en el mismo punto de

muestreo. El porcentaje de rechazo fue del 10%. De esta forma, se obtuvo una muestra de conveniencia de 1179 cuestionarios que supone una cierta representatividad de los residentes de las áreas afectadas mayores de 18 años. La muestra obtenida se distribuyó por el conjunto de la Comunidad de Madrid como se aprecia en la figura 1. Si

bien la muestra se ajusta a la distribución por sexos de la población general, fue necesario ponderarla en función de la edad para adecuarla a la pirámide poblacional de la Comunidad de Madrid conforme al censo del año 2001 (INE, 2003). En la tabla 1 se presentan las principales características sociodemográficas y de grado de implicación en los sucesos de la muestra.

Variables e instrumentos

El cuestionario utilizado constaba de varias secciones: datos sociodemográficos, sintomatología de estrés agudo, síntomas depresivos, funcionamiento psicosocial, apoyo social y nivel de exposición al suceso. Los principales resultados generales se han expuesto en otros lugares (Muñoz, Crespo, Pérez-Santos y Vázquez, 2004; Muñoz, Vázquez, Crespo y Pérez Santos, 2004). En el presente trabajo, se informa de los datos centrados en el estrés agudo y el funcionamiento psicosocial.

Los datos sociodemográficos generales se recogieron mediante preguntas diseñadas ad hoc. Para la valoración del impacto psicológico se evaluó la presencia de sintomatología característica del trastorno de estrés agudo mediante una traducción del Acute Stress Disorder Scale (ASDS) (Bryant y Harvey, 2000). El ASDS es una medida de autoinforme, que consta de 19 ítems, diseñada a partir de los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés agudo del DSM-IV, que mide, en una escala Likert de 5 puntos, la intensidad de 4 grupos de síntomas: disociación, reexperimentación, activación y evitación. Con un punto de corte de 9 en la escala de disociación y de 28 en las de reexperimentación, evitación y activación tomadas con-

juntamente, se obtiene una sensibilidad del 95% y una especificidad del 83%, para el diagnóstico del trastorno de estrés agudo.

Para la evaluación del funcionamiento psicosocial y la interferencia de los síntomas en la vida cotidiana, se utilizaron 12 ítems seleccionados del World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS II) (OMS, 2004), que evalúa las principales variables relacionadas con la discapacidad en una escala de intensidad de 1 a 5 y se recogió información sobre la interferencia general en la vida cotidiana y la duración de los problemas.

Resultados

De acuerdo a la corrección propuesta por los autores para el ASDS para la identificación del trastorno de estrés agudo de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV, los datos muestran que el porcentaje de la población de Madrid que presentó síntomas de estrés agudo, tras el atentado del 11 de marzo, fue del 46,7%, siendo especialmente elevado el número de personas que experimentaron síntomas de reexperimentación y disociativos (72,5% y 71,8%, respectivamente), aunque también se hallaron altos porcentajes en cuanto a evitación (48,6%) y activación (44,6%). Sin embargo, esta alta sintomatología en los primeros días tras un atentado de este tipo, merece un análisis más detallado. Un análisis pormenorizado de las respuestas en el ASDS revela que, si bien las medidas globales para cada grupo de síntomas son elevadas, las respuestas a cada uno de los ítems presentan variaciones importantes.

Tabla 2. Presencia de síntomas de estrés agudo (ASDS) en la población general de Madrid tras el atentado del 11 de marzo de 2004.

	Moderada, bastante o mucho %	Media (DT) [1 – 5]
<i>Síntomas de disociación</i>		
Paralizado o distanciado de sus emociones durante o después del suceso	59,4	2,93 (1,34)
Confundido durante o después del suceso	60,9	2,94 (1,30)
Sentimientos de irrealidad	52,7	2,68 (1,38)
Distanciado de uno mismo durante o después del suceso	27,4	1,90 (1,16)
Incapaz de recordar aspectos importantes del suceso	15,8	1,54 (0,95)
<i>Síntomas de re-experimentación</i>		
Venirle a la mente constantemente recuerdos sobre el suceso	57,7	2,86 (1,24)
Sueños desagradables o pesadillas sobre el suceso	13,7	1,54 (0,96)
Sentir como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo	11,9	1,43 (0,86)
Sentirse mal cuando recuerda el suceso	84,2	3,76 (1,10)
<i>Síntomas de evitación</i>		
Haber intentado no pensar sobre el suceso	48,1	2,50 (1,34)
Haber intentado no hablar sobre el suceso	27,9	1,90 (1,16)
Haber intentado evitar situaciones o personas que le recuerden el suceso	16,6	1,58 (1,01)
Haber intentado no sentir malestar o angustia a causa del suceso	34,9	2,11 (1,20)
<i>Síntomas de activación</i>		
Haber tenido problemas para dormir desde el suceso	18,3	1,67 (1,00)
Haber estado más irritable desde el suceso	25,3	1,86 (1,11)
Haber tenido dificultades de concentración desde el suceso	15	1,86 (1,09)
Haberse sentido más vigilante o en guardia desde el suceso	46,6	2,52 (1,32)
Haberse sentido más nervioso o asustadizo desde el suceso	28,3	2,31 (1,29)
Sudar, temblar o sentir que el corazón late más rápidamente al recordar el suceso	24,6	1,84 (1,14)

La tabla 2 agrupa el porcentaje de personas que contestaron moderadamente, bastante o mucho en cada uno de los ítems del ASDS, reconociendo así, la presencia de sensaciones, sentimientos y actividades que definen la sintomatología típica del estrés agudo. De esta forma, algunas sensaciones relacionadas con síntomas de disociación como sentirse paralizado o distanciado emocionalmente (59,4%), sentirse aturdido (60,9%) o sentir las cosas como irreales o como si fuera ensueño (52,7%), fueron detectadas durante o después del suceso por una parte importante de las personas que participaron en el estudio. Más de la mitad reconoció tener constantemente recuerdos sobre el suceso (un 57,7%) y para el 84,2% recordar lo sucedido hacia que se sintiesen mal, siendo estos recuerdos y

los sentimientos provocados por ellos los principales síntomas de re-experimentación detectados, ya que el porcentaje de personas que admitió haber sufrido pesadillas (13,7%) o haber sentido como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo (11,9%) fue mucho menor.

La evitación de tipo cognitivo (intentar no pensar en el suceso) y emocional (intentar no sentir malestar o angustia) fueron los síntomas evitativos más característicos entre la población (48,1% y 34,9%). Algo menor fue la presencia de evitaciones conductuales como intentar no hablar sobre el suceso (27,9%) o evitar situaciones o personas que recordaban el suceso (16,6%).

Por último, el principal síntoma de activación fue el haberse sentido más vigilante o en guardia desde el suceso, admitido por

el 46,6% de los entrevistados, aunque más de la cuarta parte manifestaron haberse sentido más nervioso o asustadizo (28,3%) o haber estado más irritable (25,3%) desde el suceso además de sentir sudores, temblores o sentir que el corazón late más rápidamente al recordar el suceso (24,6%). Los problemas para dormir (18,3%) o las dificultades de concentración (15%) fueron señalados por un menor número de personas.

Estos últimos resultados pueden ayudar a matizar los obtenidos de forma global en cuanto a las características concretas de la

sintomatología de estrés agudo experimentada por las personas en las primeras semanas después de un atentado terrorista de estas proporciones. Otra cuestión es determinar de forma precisa la intensidad de los síntomas experimentados, teniendo en cuenta que el tipo de instrumento utilizado para su medida fue un autoinforme. De esta forma, la presencia de dificultades de funcionamiento cotidiano puede ayudar a averiguar hasta que punto la sintomatología descrita fue lo suficientemente intensa como para considerar su significación clínica.

Tabla 3. Dificultades de funcionamiento (WHO-DAS) en la población general de Madrid tras el atentado del 11 de marzo de 2004 (Puntuaciones altas indican mayores dificultades de funcionamiento)

Haber tenido tras el 11 de marzo dificultades para:	Moderada, grave o extrema %	Media (dt) [1 - 5]
Permanecer de pie durante largos períodos (ej. 30 minutos)	7,8	1,26 (0,66)
Hacerse cargo de las responsabilidades del hogar	8,4	1,32 (0,69)
Aprender una nueva tarea (ej. Como llegar a un nuevo lugar)	6,3	1,24 (0,59)
Participar en actividades sociales (ej. actividades de ocio, religiosas...)	10,2	1,38 (0,73)
en la misma medida en que lo hacen los demás		
Sentirse afectado emocionalmente por problemas de salud	18,2	1,61 (0,85)
Concentrarse en hacer algo durante 10 minutos	12,8	1,48 (0,79)
Caminar largas distancias (ej. 1 kilómetro)	6,8	1,25 (0,64)
Lavar su cuerpo completo	1,8	1,07 (0,36)
Vestirse	2,2	1,07 (0,37)
Tratar con gente a la que no conoce	8,6	1,30 (0,70)
Mantener una amistad	3,9	1,15 (0,51)
Realizar el trabajo cotidiano	12,7	1,48 (0,76)
En general, ¿en qué medida estas dificultades interfieren con su vida?	18,1	1,71 (0,81)

La tabla 3 agrupa los porcentajes de personas que afirmaron padecer problemas de funcionamiento de forma moderada, grave o extrema en las actividades cotidianas en los días posteriores al atentado. Como puede observarse los porcentajes de

personas que admiten la aparición de este tipo de problemas son considerablemente bajos si lo comparamos con los relativos a la presencia de la sintomatología antes descrita. De esta forma, el 18,2% afirmó haberse sentido afectado emocionalmente

por problemas de salud, el 12,8% tuvo problemas para concentrarse en algo durante 10 minutos, el 12,7% para realizar el trabajo cotidiano y el 10,2% encontró dificultades para participar en actividades sociales,

si se considera los porcentajes más altos. De forma general, un 18,1% manifestó una interferencia moderada, grave o extrema de estas dificultades en su vida cotidiana.

Tabla 4. Número de días tras los atentados del 11 de marzo en que aparecieron dificultades de funcionamiento en la población general de Madrid.

Número de días tras el 11 de marzo en que:	0 días	1 día	2 o más	Media (dt)
Estuvieron presentes las dificultades recogidas en la tabla 3	47,9%	4,2%	47,8%	2,45 (3,07)
Ha sido totalmente incapaz de realizar actividades o trabajos cotidianos a causa de su estado de salud	80,8%	6,8%	12,3%	0,46 (1,22)
Postpuso o redujo sus actividades o trabajos cotidianos a causa de su estado de salud	75,1%	7,7%	17,2%	0,65 (1,50)

La duración de estos problemas de funcionamiento, recogida en la tabla 4, fue de casi 2 días y medio, como media, persistiendo los problemas 2 o más días para el 47,8% de los entrevistados, aunque un 17,2% tuvo que posponer o reducir sus actividades o trabajos cotidianos a causa de su estado de salud y sólo un 12,3% admitió haber sido incapaz de realizarlos. Como

puede observarse, para la mayoría de las personas entrevistadas los problemas realmente importantes de funcionamiento duraron menos de 24 horas y para algo más de la mitad de los entrevistados (el 52,1%) las dificultades detectadas no se prolongaron más allá de un día.

Tabla 5. Porcentajes de Estrés Agudo en función de la sintomatología, duración y funcionamiento psicosocial.

	%
Síntomas de Estrés Agudo (ASDS)	46,7
Síntomas de Estrés Agudo + problemas de funcionamiento \geq 2 días (WHO-DAS II)	31,1
Síntomas de Estrés Agudo + problemas de funcionamiento \geq 2 días + interferencia moderada, grave o extrema en el funcionamiento psicosocial (WHO-DAS II)	12,8

Parece, por tanto, que aunque un elevado número de personas reconoció síntomas propios del trastorno de estrés agudo, los que presentaron problemas de funcionamiento debido a estos síntomas durante dos o más días, como establece el DSM-IV-TR, fueron algo menos. Si además se tiene en cuenta la intensidad de

dichos problemas se encuentra que los que sufrieron una interferencia moderada, grave o extrema en su vida cotidiana a causa de los mismos es un número de personas mucho menos elevado. En la tabla 5 se puede observar que partiendo del elevado porcentaje de personas que tuvieron síntomas de estrés agudo en los

días siguientes al atentado (46,7%), si se considera sólo aquellas personas que presentaron además problemas de funcionamiento durante 2 o más días, este porcentaje desciende a un 31,1%, aunque, sólo para un 12,8%, estos problemas ocasionaron una interferencia, al menos moderada, en su vida cotidiana.

Discusión y conclusiones

Los datos obtenidos indican que el porcentaje de personas de Madrid que presentó síntomas de trastorno de estrés agudo tras los atentados del 11 de marzo fue del 46,7%, porcentaje muy cercano al observado por Schuster (2001) en población de Estados Unidos 3-5 días después de los atentados del 11-S. Sin embargo, no parece razonable considerar que en la ciudad como Madrid el número de personas con estrés agudo dos semanas después del 11-M superase los dos millones, o que en Estados Unidos 5 días después de los atentados del 11-S hubiese 150 millones de personas con trastorno de estrés agudo.

Este aparente efecto de sobreestimación en el porcentaje de personas que padecían trastorno por estrés agudo tras el 11-M podría derivarse del instrumento utilizado, su carácter autoaplicado, los criterios de corrección del mismo y de la acumulación de puntuaciones elevadas en los síntomas de menor gravedad. De hecho, la aproximación a los resultados pormenorizados permite relativizar los datos globales obtenidos. Cuando se analizan las escalas que componen el ASDS, se observa que la disociación afecta al 71,8% de las personas entrevistadas. Sin embargo, un análisis pormenorizado de los ítems indican que las puntuaciones elevadas se concentran en tres ítems (“sentirse paralizado o distanciado de las emociones”, “sentirse confundido” o “tener sentimientos de irrealidad durante o después del suceso”), mientras síntomas como el “distanciamiento de uno

mismo” y especialmente la “incapacidad para recordar aspectos importantes del suceso”, afectan a un porcentaje notablemente menor de entrevistados. Considerando los criterios de corrección del ASDS (punto de corte 9 en la escala de disociación y 28 en las restantes tomadas conjuntamente) esta focalización de la sintomatología en alguno de los ítems, probablemente aquellos que indican una menor gravedad, permite la aparición de puntuaciones superiores a 8 en la escala de disociación, y por ende, facilita la consideración de la presencia trastorno por estrés agudo.

En el análisis de los ítems que componen el resto de escalas igualmente se observa una focalización de las puntuaciones elevadas en los ítems con una menor gravedad. Así, tener “recuerdos constantes del suceso”, “sentirse mal al recordar” el mismo ítem donde se observan puntuaciones especialmente elevadas-, la “evitación cognitiva”, o “sentirse más vigilante” son los síntomas que concentran las mayores puntuaciones. Por el contrario, síntomas como la “evitación conductual”, la “sensación de que el suceso ocurre nuevamente”, los “problemas para dormir”, las “pesadillas” o las “dificultades de concentración” presentan puntuaciones medias notablemente inferiores. Esta acumulación de puntuaciones en los ítems de menor gravedad puede facilitar que se alcance la puntuación 28 – necesaria para considerar la presencia de estrés agudo- y, por ende, que se sobrestime la presencia del problema considerando en buena medida síntomas de menor gravedad que no parecen incidir de forma importante en el desarrollo de las actividades cotidianas de las personas entrevistadas.

Además, dado que la información sobre la sintomatología de estrés agudo se recogió mediante autoinforme, resulta difícil determinar de forma precisa la intensidad de los síntomas experimentados. Ante esta dificultad, la presencia de problemas de

funcionamiento cotidiano puede permitir conocer hasta que punto la sintomatología descrita tuvo la suficiente intensidad como para considerar los síntomas de significación clínica.

Cuando se atiende a las dificultades encontradas por los entrevistados en las dos semanas posteriores a los atentados, se observa que los porcentajes de personas que señalan la aparición de problemas son considerablemente bajos –afectando a menos de la quinta parte de los entrevistados–, especialmente si se comparan con los elevados porcentajes de sintomatología de estrés agudo recogidos con anterioridad. Con todo, más del 10% de los entrevistados presentaron problemas para “concentrarse”, “realizar el trabajo cotidiano” y “participar en actividades sociales”, habiéndose sentido “emocionalmente afectados por problemas de salud” el 18,2% de los entrevistados, similar porcentaje al de quienes entienden que las dificultades interfirieron en su vida (18,1%). El porcentaje de personas que presentan estas dificultades, pese a no ser tan alto como el encontrado en el caso del estrés agudo, sigue resultando notablemente elevado, afectando a una gran cantidad de personas pero sin alcanzar los desproporcionados porcentajes de estrés agudo.

Aunque un elevado número de personas reconoció síntomas propios del trastorno de estrés agudo, los que presentaron problemas de funcionamiento debido a estos síntomas durante dos o más días, como establece el DSM-IV-TR, fueron algo menos. Para la mayor parte de los entrevistados, los problemas importantes de funcionamiento tuvieron una duración inferior a las 24 horas y para algo más de la mitad (el 52,1%) las dificultades detectadas no se prologaron más de un día. Si además se tiene en cuenta la intensidad de dichos problemas, se observa que sufrieron una interferencia moderada, grave o extrema en

su vida cotidiana a causa de los mismos un número de personas mucho menos elevado.

Así, a partir del elevado porcentaje de personas que presentaron síntomas de estrés agudo en los días posteriores al atentado (46,7%), si se considera únicamente a quienes presentaron además problemas de funcionamiento durante un período de 2 o más días se observa que el porcentaje desciende a un 31,1%, si bien únicamente para un 12,8%, estos problemas ocasionaron una interferencia, al menos moderada, en su vida cotidiana. Estos datos son porcentualmente similares a los encontrados por Silver et al. (2002) tras los atentados del 11-S, donde el 12,4% de los entrevistados en Estados Unidos presentaban estrés agudo, mientras el 8,9% señaló haber padecido problemas de funcionamiento.

A partir de los resultados obtenidos parece conveniente tomar precauciones frente a los datos que señalan elevadas presencias de sintomatología de estrés agudo, ya que pese al malestar que pudiesen generar en quienes los padecen, no parecen interferir de forma importante en el funcionamiento general de las personas, teniendo estas interferencias en muchos casos duraciones inferiores a un día. Considerados en conjunto, estos datos parecen indicar, como ya apuntan Silver et al. (2002), que más que evidencia de trastornos psiquiátricos per se, este tipo de síntomas pueden representar una respuesta normal ante una situación claramente anómala.

Hasta la fecha existen pocos datos con los que comparar los resultados de este estudio. Como se comentaba anteriormente, tan sólo se cuenta con dos estudios en los que se analizan los efectos inmediatos de los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos en población general, de ámbito nacional (i.e. el de Schuster et al., 2001, y el de Silver et al., 2002). Aunque la comparación directa entre los tres trabajos se ve dificultada por la utilización de ins-

trumentos de medida diferentes, y por los ámbitos maestres utilizados (local, con un tercio de personas que viven o trabajan en el área afectada en este estudio, y nacional en los otros dos), los datos parecen apuntar que hay una disminución notable en la sintomatología con el paso del tiempo (véase

figura 2). Los porcentajes de reacción de estrés agudo en el presente estudio son similares a los encontrados por Schuster et al., a pesar de haberse realizado días después, tal vez en relación con el distinto tipo de población estudiada (i.e. nacional vs. local).

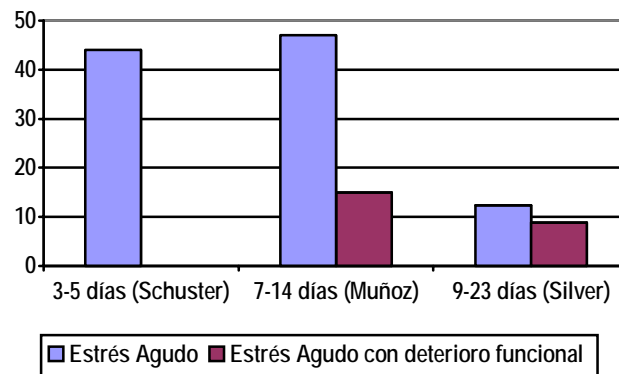


Figura 2. Porcentajes de sujetos con problemas de estrés agudo en los distintos estudios.

La realización de este tipo de estudios resulta relevante ya que la evidencia disponible, aunque escasa, pone de manifiesto que los atentados terroristas de gran magnitud afectan, especialmente en los primeros momentos, a buena parte de la población, y no sólo a los afectados directos. Estos datos resultan especialmente significativos cara a la planificación de servicios, ya que la aparición de sintomatología temprana es un buen predictor de problemas posteriores, si bien hay que tener en cuenta que la evolución de los síntomas va a verse siempre mediatizada por otros factores, tales como las estrategias de afrontamiento utilizadas por cada persona o el apoyo social recibido del medio, por mencionar algunos.

En el caso concreto del trabajo que aquí se presenta, cabe señalar como aportaciones, respecto a los dos estudios previos, la utilización de una muestra local en la que

aparecen ampliamente representadas personas que trabajan o residen en las zonas más directamente afectadas por los atentados (i.e. el corredor del Henares). Por otra parte, cabe reseñar la relevancia de realizar estudios de este tipo en nuestro ámbito sociocultural, ya que los dos disponibles hasta la fecha proceden de un ámbito tan diferente como el anglosajón, y en concreto de Estados Unidos. Dada la influencia de los aspectos socioculturales en los diversos aspectos que afectan directa o indirectamente a la sintomatología postraumática (e.g. redes de apoyo social, aceptación social de determinadas estrategias de afrontamiento, disponibilidad de recursos,...) cabe cuestionar hasta qué punto se pueden extrapolar las conclusiones de trabajos anteriores a nuestro país. Es más, cabe cuestionarse incluso hasta qué punto las repercusiones de distintos atentados son comparables. Por todo ello, parecería relevante la realización

de estudios específicos para cada caso, tal y como aquí se hace con los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid.

El estudio presenta, no obstante, algunas limitaciones. En primer lugar, el sistema de muestreo utilizado no permite asegurar la absoluta representatividad de la muestra utilizada respecto a la población de referencia. Algunas de las desviaciones encontradas (e.g. respecto a la edad) se han corregido a posteriori mediante sistemas de ponderación. No obstante, siguen manteniéndose algunas desviaciones, siendo tal vez la más significativa la subrepresentación de la población de inmigrantes.

En segundo lugar, dada la necesidad de elaborar un instrumento de evaluación breve y de fácil aplicación, que asegurara la participación de un amplio número de sujetos, no se consideraron algunos aspectos que pueden tener una incidencia significativa en la aparición de síntomas (e.g. historia previa de acontecimientos vitales estresantes), ni otros que pueden afectar a la

evolución de la sintomatología (e.g. estrategias de afrontamiento utilizadas), y por ende a las predicciones que pueden establecerse.

En gran medida estas limitaciones se relacionan con la premura de tiempo con la que inevitablemente ha de hacerse este tipo de estudios, ya que, por un lado, se trata de una situación inesperada, y por otro el objetivo mismo del estudio es el análisis de las reacciones tempranas, lo que hace que el tiempo resulte vital.

Agradecimientos

Los autores agradecen su participación en el estudio a Sonia Panadero, Ana Isabel Guillén, Ana Belén Santos-Olmo, Aída de Vicente y Berta Ausín por su apoyo técnico. Igualmente quieren agradecer la colaboración de todos los alumnos que colaboraron en el muestreo y proceso de datos.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association (Versión española Masson, 2001).
- Beauchesne, M., Kelley, B., Patsdaughter, C. y Pickard, J. (2002). Attack on America: Children's reactions and parents' responses. *Journal of Pediatric Health Care*, 16; 213-221.
- Bryant R.A., Harvey A.G. (1995) Psychological impairment following motor vehicle accidents. *Australian Journal Of Public Health*. 1995/4;19(2):185-188.
- Bryant, R.A. y Harvey, A.G. (2000). *Acute Stress Disorder: a handbook of theory, assessment, and treatment*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Connery, F.S. (2003). Acute symptoms and functional impairment related to September 11 terrorist attacks among rural community outpatients with severe illness. *Harvard Review of Psychiatry*, 11, 37-42.
- Eytan, A., Bischoff A., Rustemi I., et al. (2002) Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 36(4):499-503.
- Factor, S.H., Galea, S., de Duenas, G., Garcia, L., Saynisch, M., Blumenthal, S., Canales, E., Poulson, M., Foley, M. y Vlahov, D. (2002). Development of a "survival" guide for substance users in Harlem, New York City. *Health Education and Behavior*, 29 (3):312-325
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. y Vlahov, D. (2002). Psychological Sequelae of the september 11 terrorist attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*, 346(13), 982-987.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M. y Kilpatrick, D. (2003). Trends of Probable Post-Traumatic Stress Disorder in New York City after the September 11 Terrorist Attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158(6), 514-523.

- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A. y Clark D.M. (2002) Community based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40:345-357.
- Ho, J., Paultre, F. y Mosca, L. (2002). Lifestyle changes in New Yorkers alter September 11, 2001 (data from the Post-Disaster Herat Attack Prevention Program). *American Journal of Cardiology*, 90, 680-682.
- Instituto Nacional de Estadística (2003) *Censo 2001: explotación para la Comunidad de Madrid*. INE: Madrid.
- Jehel L., Paterniti S., Brunet A., Duchet C. y Guelfi J.D. (2003). Prediction of the occurrence an intensity of post-traumatic stress disorder in victims 32 months after bomb attack. *European Psychiatry*. 18:172-176.
- Jones, L., Rrustemi, A., Shahini, M. y Uka, A. (2003). Mental health services for war-affected children: report of a survey in Kosovo. *The British Journal Of Psychiatry; The Journal Of Mental Science*, 183, 540-546
- Kinzie, J., Boehnlein, J., Riley, K. y Sparr, L. (2002). The effects of September 11 on traumatized refugees: Reactivation of post-traumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 437-441.
- Melnyk, B., Feinstein, N., Tuttle, J., Moldenhauer, Z., Herendeen, P., Veenema, T. et al. (2002). Mental health worries, communication, and needs in the year of the U.S. terrorist attack: National KySS survey findings. *Journal of Pediatric Health Care*, 16, 222-234.
- Miguel Tobal, J.J., Cano, A., Irruizaga, I., et al. (2004). *Estudio sobre las secuelas psicológicas de los atentados de 11-M en Madrid*. Proyecto Especial UCM.
- Miller, A.M. y Heldring, M. (2004). Mental Health and Primary Care of Terrorism: Psychological Impact of Terrorist Attacks. *Families, Systems and Health*, 22, 7-30.
- Muñoz, M., Crespo, M., Pérez-Santos, E., Vázquez, J.J., (2004). We were all wounded on march 11 in Madrid: Immediate Psychological effects and interventions. *European Psychologist*, Vol. 9, nº 4.
- Muñoz, M., Panadero, S., Quiroga, M.A. y Pérez Santos, E. (2004). Role of Stressful Life Events in Homelessness: an intragroup analysis. *American Journal of Community Psychology*. en prensa.
- Muñoz, M., Vázquez, J.J., Crespo, M., Pérez-Santos, E., Panadero, S., Guillén, A.I., De Vicente, A., Ausín, B. y Santos-Olmo, A.B (2004). Estudio de los efectos psicológicos a corto plazo de los atentados del 11M en población general de la zona afectada. *Papeles del Psicólogo*, 87: 67-71.
- Norris F. (2001). *50.000 disaster victims speak: an empirical literature*. Washington, D.C.: National Center for PTSD and The Center for Mental Health Services (SAMHSA).
- North, C.S., Nixon, S.J., Shariat, S., Mallones, S.J., McMillen, J.C., Spitznagel, E.L. y Smith, E.M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City Bombing. *Journal of the American Medical Association*, 282: 755-762.
- Organización Mundial de la Salud (2004). WHODAS-II. <http://www.who.int>
- Radloff, L.S. y Locke, Z. (2000). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). In: Association AP, ed. *Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Radloff, L.S., Berkman, L.F., Evans, D.A. et al. (2000) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). En, A. J. Rush, et al. (Ed.) *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: American Psychiatric Association.
- Schlenger, W.E., Caddell, J.M., Ebert, L., Jordan, B.K., et al. (2002) Psychological reactions to terrorist attacks: Findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288 (5): 581-589.
- Schuster, M.A., Stein, B.D., Jaycox, L.H., et al. (2001) A National Survey of Stress Reactions after the September 11, 2001, Terrorist Attacks. *New England Journal of Medicine*, 345 (20): 1507-1512.
- Silver, R.C., Holman, E.A., McIntosh, D.N., Poulin, M. y Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288 (10): 1235-1244.
- Tucker, P., Pfefferbaum, B., Doughty, D.E., Jones, D.E., Jordan, F.B., y Nixon, S.J. (2002) Body handlers after terrorism in Oklahoma City: Predictors of posttraumatic stress and other symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*. 72(4):469-475.