



2004, 10(2-3), 195-206

## CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS TRAS EL ATENTADO TERRORISTA DEL 11-M EN MADRID EN VÍCTIMAS, FAMILIARES Y ALLEGADOS

I. Iruarrizaga, J. J. Miguel-Tobal, A. Cano-Vindel y H. González-Ordi  
Universidad Complutense de Madrid

**Resumen:** El presente trabajo se centra en las consecuencias psicológicas producidas por los atentados terroristas del 11 de Marzo de 2004 en Madrid en una muestra de víctimas, familiares y allegados. La muestra está formada por 117 personas, el 59,5% mujeres, con una media de edad de 39,8 años. El 66,1% de la muestra tuvo al menos un familiar muerto y el 87,9% al menos un amigo muerto durante los atentados. Este estudio ha seguido una metodología similar a la empleada en los otros tres trabajos de nuestro grupo de investigación incluidos en esta monografía, empleando para la recogida de datos una entrevista telefónica estructurada, que se realizó entre 1 y 3 meses después de los atentados. Los resultados señalan que este es el grupo que presenta una mayor prevalencia psicopatológica en comparación con la población general, las zonas afectadas y el personal de emergencias, debido a la severidad del impacto del estresor traumático. El 45,53% de las personas que componen la muestra sufrieron ataque de pánico durante o poco tiempo después de los atentados, especialmente al recibir malas noticias; el 31,3% cumple los criterios diagnósticos de depresión mayor y el 35,9% los del trastorno por estrés postraumático (28,2% directamente atribuible a los atentados), además de otras secuelas psicológicas como el incremento de consumo de tabaco, alcohol y psicofármacos.

**Palabras Clave:** Víctimas del terrorismo, Ataque de pánico, Trastorno por estrés postraumático, Depresión, Consumo de sustancias

**Abstract:** This paper is concerned with psychological aftermath in victims directly exposed to the March 11, 2004, terrorist attack in Madrid and their relatives. Sample was formed by 117 individuals with a mean age of 39,8 years, being the 59,5% females. The 66,1% of the overall sample had at least one relative killed, and the 87,9% at least one friend killed during the train bombings. This study followed a similar methodology than other three papers of our research group published in this volume by using for data collection a structured phone interview, carried out between 1 and 3 months after the terrorist attack. Results show that this group presents the highest psychopathological prevalence in comparison with the general population, affected zones and emergency personnel groups, due to the impact severity of the traumatic stressor. The 45,53% of the sample suffered panic attack during or soon after the terrorist attacks, especially when they heard bad news; the 31,3% presented major depression, and the 35,9% posttraumatic stress disorder (28,2% directed attributable to terrorism attacks); furthermore, there were other psychological sequelae such as increased tobacco, alcohol and drugs consumption.

**Key words:** Terrorism victims, Panic Attack, Posttraumatic Stress Disorder, Depression, Drugs Consumption

**Title:** *Psychological consequences after the March, 11, 2004, terrorist attack in Madrid in victims and relatives*

### Introducción

Las personas expuestas a acontecimientos traumáticos tales como desastres naturales, desastres provocados por otros seres huma-

nos, secuestro, tortura, atraco, violación, etc., incrementan el riesgo de desarrollar distintos trastornos psicológicos como el trastorno por estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de pánico, la depresión, la ansiedad generalizada y el abuso de sustancias (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Kessler, Son-

\* Dirigir la correspondencia a: Dra. Itziar Iruarrizaga  
Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, 28223 Madrid  
E-mail: iciariru@psi.ucm.es  
© Copyright 2004: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

nega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson y Breslay, 1999; North, Nixon y Shariat, Mallonee, McMillen, Spitznagel y Smith, 1999; Vlahov, Galea, Resnick, Ahern, Boscarino, Bucuvalas, Gold y Kilpatrick, 2002; Galea, Vlahov, Resnick, Ahern, Susser, Gold, Bucuvalas, y Kilpatrick, 2003; Fullerton, Ursano, Norwood y Holloway, 2003; Fremont, 2004; Vlahov, Galea, Ahern, Resnick, Boscarino, Gold, Bucuvalas y Kilpatrick, 2004). En la aparición de estos trastornos derivados de eventos traumáticos juegan un importante papel los aspectos cognitivos, psicosociales y biológicos, interrelacionados de forma compleja (Yehuda, 1999; McEwan, 2001).

Son muchos los estudios realizados centrados en las consecuencias psicológicas de los eventos traumáticos tanto en amplias poblaciones como en grupos específicos, como por ejemplo, las víctimas y supervivientes de desastres. En general, la literatura científica sobre este tema señala que cuanto mayor es el grado de exposición al evento traumático mayores son las consecuencias psicopatológicas y su duración en el tiempo. Así, las víctimas y supervivientes suelen mostrar una mayor afectación que los bomberos, los policías y otros tipos de personal de emergencia implicados en las labores de auxilio o rescate. Este último grupo a su vez, desarrolla más patología habitualmente que las personas de la población en que tiene lugar el evento traumático. Una extensa revisión sobre estos aspectos puede verse en Galea, Nandi y Vlahov (en prensa), donde se muestra, por ejemplo, que el mayor rango de prevalencia del trastorno por estrés posttraumático se encuentra entre las víctimas y supervivientes (entre el 25% y el 75%), especialmente cuando se trata de eventos traumáticos producidos por otros seres humanos, disminuyendo este rango hasta el 5%-60% cuando se trata de desastres naturales.

Como señala Fremont (2004), en un estudio de revisión sobre los efectos traumáticos en niños producidos por atentados terroristas, muchos de los efectos traumáticos inducidos por el terrorismo son similares a los efectos traumáticos producidos por las catástrofes naturales o las debidas a la acción humana; sin embargo, la impredecibilidad, la amenaza indefinida de los actos terroristas, el profundo impacto en la comunidad y el efecto amplificador de los medios de comunicación exacerbaban la ansiedad latente y contribuyen a un continuo estado de ansiedad y estrés.

En el presente artículo se revisarán los estudios sobre víctimas, prestando especial atención a las víctimas de atentados terroristas, objeto de nuestro estudio.

El concepto de víctima no es fácil de delimitar ya que en muchas ocasiones, especialmente en aquéllas que tienen que ver con eventos traumáticos masivos (p. ej., catástrofes naturales, incendios, guerras, actos terroristas, etc.), son muchas las personas implicadas que con frecuencia sufren pérdida de bienes, empleo, o seres queridos. Todos ellos sufren las consecuencias del evento traumático, pero sin duda el grado en que lo sufren es bien diferente y estará fundamentalmente determinado por la intensidad de la exposición, la duración y la proximidad al evento traumático, así como por la pérdida sufrida. Así por ejemplo, aquéllos que hayan escapado a la muerte, hayan resultado heridos o hayan perdido a sus familiares y seres queridos tenderán a mostrar un mayor grado de afectación que aquéllos cuya pérdida haya sido únicamente económica. Este amplio rango del concepto de víctima puede explicar en buena medida las diferencias de prevalencia psicopatológica que muestran los distintos estudios. También estas diferencias vendrán determinadas por el tiempo transcurrido entre el evento traumático y la realización del estudio en cuestión. Una terce-

ra fuente de variación es la derivada de los distintos instrumentos de evaluación y los criterios diagnósticos empleados. Todo ello hace considerablemente compleja, y en ocasiones imposible, la comparación de los resultados obtenidos en los distintos estudios.

Una vez señaladas estas dificultades y limitaciones pasemos a analizar los resultados de los estudios sobre víctimas y supervivientes, centrándonos en los efectos psicológicos en las víctimas de violencia y de atentados terroristas, objeto de nuestro estudio.

En el estudio realizado por North, Smith y Spitznagel (1994) con 113 personas expuestas directa o indirectamente al tiroteo que tuvo lugar en Killeen (Texas) el 16 de octubre de 1991 se encontró que tras un mes del evento traumático la prevalencia del trastorno por estrés postraumático fue de 28,6% (20,3% en hombres y 35,8% en mujeres). Además, se encontró una correlación significativa entre el trastorno por estrés postraumático y la depresión acaecida tras el tiroteo. En otro caso de tiroteo que tuvo lugar en el puente de Brooklyn (New York) el 1 de marzo de 1994, y en esta ocasión perpetrado contra una furgoneta en la que viajaban estudiantes Hasidic (forma de judaísmo), el estudio realizado por Trappler y Friedman (1996) con una muestra de 11 estudiantes con edades comprendidas entre los 16 y los 22 años, encontró que a las 8 semanas del tiroteo 4 de los 11 estudiantes (el 28%) había desarrollado trastorno por estrés postraumático; transcurridos 10 meses, los mismos 4 estudiantes seguían mostrando síntomas persistentes de trastorno por estrés postraumático.

El atentado con bomba llevado a cabo en el Edificio Federal Murrah de la ciudad de Oklahoma en 1995 dejó tras de sí 167 muertos, incluyendo 19 niños, y 684 heridos. Fallecieron en el atentado el 46% de

las personas que estaban en aquel momento dentro del edificio y el 93% de los supervivientes resultaron heridos. North, Nixon, Shariat, Mallonee, McMillen, Spitznagel y Smith (1999) realizaron aproximadamente 6 meses después del atentado un estudio para valorar los trastornos psicopatológicos entre los supervivientes, el estudio incluía un seguimiento al cabo de un año; la muestra estuvo formada por 182 supervivientes de las explosiones, participando en el seguimiento 141 de ellos.

Los resultados pusieron de manifiesto que el 45% de los sujetos presentó algún tipo de trastorno psiquiátrico tras el atentado, incluyendo trastorno por estrés postraumático (34,3%), depresión mayor (22,5%), abuso de alcohol (9,4%), trastorno de pánico (6,6%), ansiedad generalizada (4,4%) y abuso de drogas (2,2%). Aproximadamente la mitad de la muestra cumplía los criterios de uno o más trastornos tras el atentado, resultando afectados por estrés postraumático más de un tercio. Las mujeres mostraron una mayor prevalencia que los varones tanto en el conjunto de trastornos como en el trastorno por estrés postraumático. Centrándonos en el trastorno por estrés postraumático, el 74% informó que el comienzo de su desarrollo se produjo ese mismo día, el 18% a lo largo de la primera semana, y el 4% a lo largo del primer mes. Respecto al curso del trastorno, el 89% de los afectados seguía sintomático a los 6 meses.

La evolución del trastorno por estrés postraumático ha sido también documentada por Jehel, Paterniti, Brunet, Duchet, y Guelfi (2003), quienes en una muestra de 32 víctimas de atentados con bomba encontraron que la prevalencia del trastorno por estrés postraumático decrecía del 39% a los 6 meses al 25% a los 32 meses.

Otros estudios realizados con víctimas y supervivientes de ataques terroristas muestran prevalencias menores. Así, el estudio

de Grieger, Fullerton y Ursano (2003), realizado a los 7 meses del atentado que el 11 de septiembre de 2001 tuvo lugar en el Pentágono con una muestra formada por 77 supervivientes, puso de manifiesto una prevalencia del trastorno por estrés post-traumático del 14%, afectando más a las mujeres que a los varones. Mención especial requiere el estudio de Abenhaim, Dab y Salmi (1992), quienes estudiaron las consecuencias de 21 ataques terroristas ocurridos en Francia entre 1982 y 1987, utilizando una amplia muestra de 254 víctimas. La recogida de datos se llevó a cabo entre los 4 meses y los 3 años. Los resultados mostraron una prevalencia del trastorno por estrés post-traumático del 18,1% en la muestra total, si bien dicha prevalencia dependía en gran medida del grado de afectación o daño sufrido; así, entre los heridos graves la prevalencia del trastorno por estrés post-traumático fue del 30,1%, entre los heridos leves del 8,3% y entre los no heridos del 10,5%.

Como puede verse por los estudios revisados, existe una importante heterogeneidad de resultados en cuanto a la prevalencia de psicopatología traumática tras los eventos violentos y atentados terroristas. Queremos insistir de nuevo en la dificultad de comparar los resultados de unos y otros estudios, debido fundamentalmente a las diferencias de magnitud de los eventos estudiados, del grado de afectación de las víctimas y supervivientes, del tiempo transcurrido desde el evento traumático hasta la realización del estudio, de los instrumentos empleados y de la metodología seguida.

No obstante, existe una gran congruencia entre los resultados de las distintas investigaciones al mostrar un patrón común de psicopatología post-traumática caracterizada por distintos trastornos de ansiedad (en especial trastorno por estrés post-traumático, trastorno por estrés agudo y ansiedad generalizada), depresión y consumo exce-

sivo de drogas y alcohol; también es común encontrar que las mujeres presentan una afectación significativamente mayor que los varones, siendo por tanto el sexo un importante factor de vulnerabilidad.

En el estudio que se presenta a continuación se investigan en detalle los efectos psicológicos que los atentados terroristas del 11 de marzo de 2004 en Madrid provocaron en las víctimas, sus familiares y personas allegadas. Recordemos que en este atentado las explosiones de las bombas colocadas en los trenes dejaron tras de sí 191 personas fallecidas, alrededor de 1.800 heridos, y un número muy superior y difícil de determinar de afectados por los daños sufridos o la pérdida de sus familiares y seres queridos.

## Método

### *Recogida de datos*

Tal y como se detalla en el trabajo de Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González Ordi y Galea (2004), publicado en este mismo volumen, los datos han sido recogidos mediante entrevista telefónica realizada en una muestra de 117 víctimas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid, entre los días 13 de abril y 28 de junio de 2004, aproximadamente entre 1 y 3 meses tras los atentados. El instrumento empleado ha sido el PE-11M, adaptado y modificado del WTCD utilizado en New York en el estudio sobre las consecuencias psicológicas tras los atentados al World Trade Center el 11 de Septiembre de 2001 realizado por Galea, Ahern, Resnick, Kilpatrick, Bucuvalas, Gold y Vlahov (2002).

El PE-11M evalúa más de 300 variables recogidas en los siguientes 16 módulos: (1) Datos demográficos, (2) Experiencias relacionadas con los atentados, (3) Consumo de sustancias, (4) Salud y Trabajo, (5) Intereses y preocupaciones, (6) Apoyo social,

(7) Ataque de pánico, (8) Ayuda o consejo profesional, (9) Acontecimientos vitales estresantes, (10) Consecuencias, (11) Depresión, (12) Estrés postraumático, (13) Estrés postraumático en la juventud e infancia, (14) Índice de acontecimientos y experiencias en el niño (15) Emocionalidad y (16) Evaluación de necesidad de servicios de ayuda psicológica. Los módulos clínicos del instrumento cumplen los criterios clínicos del DSM-IV-TR (APA, 2000).

El Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid aprobó la realización del estudio y, por supuesto, todas las personas entrevistadas dieron su consentimiento para la participación en el estudio.

La muestra se extrajo de entre las víctimas y familiares de víctimas que acudieron durante las primeras 48 horas tras los atentados al pabellón 6 de la Feria de Muestras de Madrid (IFEMA), lugar en el que se desarrolló nuestra actividad asistencial y que fue habilitado provisionalmente como centro de contacto, información y gestión del estado y localización de las víctimas, de apoyo psicológico a las personas afectadas, y como primera morgue. Posteriormente, otras personas afectadas que tuvieron conocimiento de la realización del estudio se pusieron en contacto con nosotros para ser entrevistadas; así mismo, algunas de las víctimas entrevistadas nos facilitaron el acceso a otras víctimas (familiares suyos en la mayor parte de los casos) que, a su vez, fueron también entrevistadas.

En ningún caso se ha entrevistado a personas que como consecuencia de los atentados sufrieran heridas graves o permanecieran hospitalizadas.

Se ha cuidado especialmente que la recogida de datos y el asesoramiento fueran realizados por expertos, por ello, todas las entrevistas a las personas que conforman este grupo han sido realizadas únicamente por profesores de la Facultad de Psicología

de la UCM (como los firmantes de este artículo) y por psicólogos especializados que habían cursado el Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés de la UCM. Se pretendía así que todos los entrevistadores fueran psicólogos con una amplia formación en el conocimiento y el tratamiento de personas afectadas por trastornos de ansiedad y emocionales, entrenados en la atención en situaciones de urgencia y emergencia.

Finalmente, a todas las personas entrevistadas se les facilitó un teléfono de contacto y se les ofreció la posibilidad de acceder a un asesoramiento psicológico realizado por uno de los responsables del estudio, llevándose a cabo con las personas que así lo requirieron.

#### *Muestra*

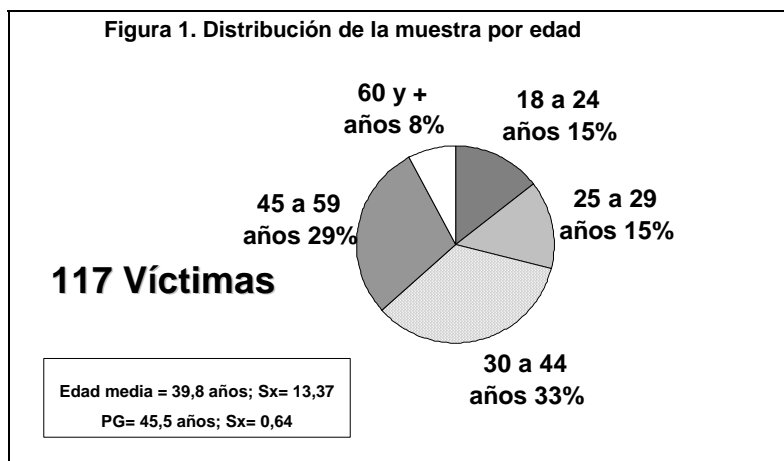
La muestra está formada por 117 personas mayores de 18 años que habían sido víctimas directamente expuestas al atentado (dentro de los trenes o en las estaciones donde estallaron las bombas) o que habían perdido familiares y personas allegadas, o que tienen familiares y personas allegadas que resultaron heridos.

El 40,5% de la muestra son varones y el 59,5% mujeres, con una edad media de 39,8 años ( $S_x=13,37$ ), la distribución por edades puede verse en la Figura 1. Como puede observarse, esta muestra comparada con la del estudio de población general presenta un mayor número de mujeres (52,1% en la muestra de población general) y resulta más joven (edad media 45,5% en la muestra de población general).

En cuanto al estado civil, el 48,8% de las personas que componen la muestra conviven con su pareja (el 46,2% están casadas y el 2,6% es miembro de una pareja no casada), el 6% están divorciados o separados, el 13,7% viudos, y el 29,1% permanecen solteros. Debemos resaltar el gran número de viudos de la muestra, muy supe-

rior al de la muestra de la población general (6,2%), cuando además esta es una muestra más joven. Este alto porcentaje de

viudedad puede ser considerado un efecto directo de los atentados.



En cuanto al nivel educativo de la muestra, el 0,9% no posee ningún tipo de estudio, el 20,5% únicamente Educación Primaria, el 15,4% Educación Secundaria Obligatoria, el 31,6% Bachillerato, el 12% Graduado Universitario y el 18,8% estudios de Licenciatura. En su conjunto, el nivel educativo de la muestra es inferior al de la muestra de la población general, en la que el porcentaje de personas con estudios de Licenciatura y/o postgrado es del 26,9%.

#### *Análisis de datos*

El presente estudio es fundamentalmente descriptivo. Los resultados referidos a la muestra de nuestro estudio se presentan de forma porcentual sobre el total de los 117 sujetos que la componen. Los resultados referidos a la población general que se utilizan como elemento de comparación se presentan también de forma porcentual pero, en este caso, han sido obtenidos a partir de una ponderación de la muestra de modo que cada entrevistado representa a tantas

personas de la población general como adultos mayores de 18 años habitan en el domicilio, así mismo se ha infraponderado la sobrerrepresentación de las áreas afectadas. Se han ajustado los análisis ponderados utilizando el módulo para muestras complejas del programa SPSS 12.01.

## **Resultados**

Se presentan los resultados más relevantes agrupados en categorías, poniendo especial énfasis en el grado de exposición y afectación de la muestra y en los resultados de carácter psicopatológico.

#### *Experiencias relacionadas con los atentados*

De las 117 personas que conforman este grupo solamente 7 personas (6%) estuvieron dentro de los trenes en el momento en que tuvieron lugar las explosiones, el 94% restante son personas que sufrieron importantes pérdidas entre sus familiares más directos (cónyuge, padre o madre, hijo o hija, hermano o hermana) u otros familiares. En las Tablas 1 y 2 se muestran los datos relacionados con

los daños físicos, pérdidas de seres queridos y familiares.

Tabla 1. Experiencias relacionadas con los atentados Daños físicos y pérdidas de seres queridos. Sufrieron lesiones de diversa gravedad el 7,7% de las personas de la muestra

Resultaron	Conocidos	Amigos	Familiares
Heridos	6%	7,3%	6,4%
Muertos	77,8%	10,1%	66,1%
Ambos	9,4%	1,8%	0,9%

Tabla 2. Experiencias relacionadas con los atentados. Familiares muertos o muertos y heridos De entre los que tuvieron familiares muertos o muertos y heridos:

7,6%	Cónyuge
23,3%	Hijo/hija
9,5%	Padre/madre
16,4%	Hermano/hermana
1,4%	Tío
4,1%	Primo
2,7%	Sobrina
6,8%	Cuñado/cuñada
6,2%	Otro
22,0%	No contesta

En cuanto al lugar en que se encontraba este 94% en el momento de los atentados destacan, en casa (60,9%), en el trabajo (20,9%), desplazándose (9,1%) y fuera de la ciudad (3,6%). El porcentaje de personas que vio en directo los atentados fue del 10%, frente al 6,7% de la población general. Obviamente, todas las personas incluidas en este grupo conocían a alguien que resultó herido, muerto o ambas cosas a la vez, frente al 9,6% de la población general que conocía a alguien que resultó herido, 7,8% a alguien que falleció y 3,3% que conocían tanto a personas que resultaron heridas como muertas. Además, el grado de cercanía e implicación afectiva de este grupo con las personas heridas y fallecidas es muy superior.

El porcentaje de personas de esta muestra que pensó que podría haber resultado muerto o herido fue del 21,4%, paradójicamente muy inferior al 34,7% encontrado en la población general; sin embargo, el porcentaje que afir-

ma haberse preocupado porque alguna persona conocida pudiera resultar herida o muerta ascendió al 92,3%, muy por encima del valor poblacional (66,8%). Estos datos hacen pensar que cuando surge una situación tan dramática como la que afectó a nuestra muestra, que incluye daño o pérdida de los seres queridos, se tiende a sobrevalorar la preocupación por la seguridad de los otros previa al evento y a minimizar la preocupación por uno mismo.

#### Apoyo social

Se ha explorado también el apoyo social percibido por las personas que conforman la muestra. Como es bien sabido, el apoyo social juega un importante papel como elemento de protección ante acontecimientos traumáticos posibilitando una mejor asimilación de la experiencia traumática. Los resultados encontrados ponen de manifiesto un alto grado de apoyo social percibido en nuestra muestra al compararla con la población general; así, solamente el 9,6% quedaría clasificado en el nivel de bajo apoyo social frente al 19,4% de la población general, el 28,1% en el nivel de apoyo social medio frente al 46,7% de la población general, y el 62,3% en el nivel de alto apoyo social frente al 33,9% de la población general.

Tras un evento traumático de gran magnitud, y especialmente de esta naturaleza, la comunidad tiende a mostrar su solidaridad y apoyo a las personas más afectadas. En este caso, lo sucedido en Madrid tras los atentados es un buen ejemplo de cómo una sociedad se moviliza en la atención y ayuda a los afectados. Pensamos que el alto nivel de apo-

yo social percibido por nuestro grupo es un reflejo de estos hechos; no obstante, a pesar del gran apoyo social y del papel que este desempeña como factor de protección y amortiguación del trauma, es insuficiente para evitar las secuelas psicológicas postraumáticas cuando el daño y/o la pérdida ha sido muy intenso y doloroso.

#### *Consumo de sustancias*

El 28,1% de los sujetos de nuestra muestra informó de un incremento en el consumo de tabaco tras el 11-M, dándose un incremento de consumo de alcohol en el 4,3% de los casos. Estos resultados son muy superiores a los encontrados en la población general, 10,9% y 1,9%, respectivamente.

Así mismo, el 40,2% de los entrevistados refirió consumir tranquilizantes, el 15,4% antidepresivos y el 23,1% analgésicos, valores entre 2 y 4 veces superiores a los de la población general, 9,2%, 4,4% y 12,2%, respectivamente. También aparecen cifras muy superiores referidas al incremento de consumo, especialmente de antidepresivos, de modo que en el grupo de víctimas incrementan el consumo de estos el 22,7% de las personas frente al 8,7%, de la población general, y el consumo de analgésicos el 22% frente al 10,1%; sin embargo, el incremento del consumo de tranquilizantes es muy similar, el 19,1% en nuestra muestra frente al 18,3% de la población general.

Estos resultados indican que tras un evento traumático aumenta considerablemente el consumo de sustancias, en este caso tabaco, alcohol y psicofármacos, siendo mucho más acusado este incremento entre los más afectados. El gran consumo e incremento de psicofármacos en nuestro grupo es un reflejo de su alto grado de afectación psicológica que veremos en el siguiente apartado.

#### *Consecuencias sobre la Salud y el Trabajo*

Durante el mes posterior a los atentados el 12% de los madrileños presentó problemas de salud. En nuestro grupo esta cifra se eleva al 19,7%, siendo las principales causas la ansiedad y el estrés (17,4%), los dolores genéricos (17,4%), los resfriados y catarros (13%), la depresión (8,7%), las cefaleas (8,7%) y los problemas derivados del consumo de alcohol (8,7%), calculados sobre la base de los que estuvieron enfermos. Es fácil reconocer entre estos problemas de salud los asociados con una alta emocionalidad negativa. Así mismo, el 75,2% de nuestra muestra informó haber sentido malestar físico o decaimiento durante el mes posterior al 11-M, cifra considerablemente más alta que la registrada (42,6%) en la población general.

El 33,3% de nuestro grupo causó baja laboral dentro del mes posterior al 11-M, siendo entre estos el tiempo de baja más frecuente de una semana (17,9%) seguido de baja indefinida (12,8%) y baja de dos semanas (10,3%). Estos resultados contrastan con los obtenidos en la población general, donde el porcentaje de personas que causaron baja laboral fue el 4,5% y la duración más frecuente de la baja fue de uno a tres días.

#### *Trastornos psicológicos*

El número de personas de nuestra muestra que experimentó durante los atentados o poco tiempo después síntomas que en su conjunto cumplen los criterios diagnósticos de *ataque de pánico o crisis de angustia* fue del 45,3%, lo que prácticamente cuadruplica la prevalencia obtenida en la población general (10,9%). La afectación fue casi tres veces mayor en mujeres (73,6%) que en varones (26,4%), proporción superior a la encontrada en la población general donde las mujeres duplican a los varones. Es de resaltar en este punto que un tercio de las mujeres que componen nuestra muestra sufrió ataque de pánico.

Tabla 3. Síntomas de Ataque de Pánico más frecuentes

	Víctimas	Población General
Distorsión en la percepción del tiempo	82,1%	54,8%
Sensación de horror o terror	72,6%	66,6%



Miedo	63,2%	58,2%
Percepción de indefensión	62,4%	52,9%
Desrealización	61,5%	40,4%
Palpitaciones	50,4%	18,3%

En la Tabla 3 se presentan los síntomas de ataque de pánico o crisis de angustia más frecuentes en nuestra muestra y se comparan con los de la población general.

Al comparar los resultados de la Tabla 3 llama la atención la gran diferencia porcentual y el orden en la frecuencia de los síntomas, de modo que la distorsión en la percepción del tiempo aparece como síntoma más común en el grupo de víctimas, mientras que en la población general ocupaba el tercer lugar, siendo la diferencia porcentual de 27,3 puntos. También otro síntoma de carácter dissociativo como es la desrealización supera en nuestra muestra en 21,1 puntos porcentuales al valor obtenido en la población general. Estos resultados vienen a indicar la mayor frecuencia e importancia de los síntomas dissociativos entre los más afectados.

Respecto a la prevalencia de la *depresión*, el 31,3% de nuestra muestra ha presentado, posteriormente al 11-M, síntomas que cumplen los criterios diagnósticos de depresión mayor, cifra que casi cuadruplica el 8% encontrado en la población general. También en este caso la proporción de mujeres que presenta depresión es muy superior a la de varones (77,1% frente a 22,9%) en una proporción mucho mayor que la encontrada en la población general, donde la ratio fue 2,07 mujeres por cada varón.

Los síntomas depresivos más frecuentes en nuestra muestra han sido: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día (59%), fatiga o pérdida de energía (53,8%), disminución acusada del interés (51,3%), insomnio o hipersomnia casi cada día (49,6%), pérdida de peso sin dieta o aumento de peso (47,9%) y agitación o enlentecimiento psicomotor (43,6%).

El 35,9% de nuestra muestra se vio afectada por el *trastorno por estrés postraumático*

co transcurrido un mes de los atentados, siendo este trastorno el más prevalente entre las víctimas, familiares y allegados. Aquí la diferencia con la población general (4%) es abrumadora, ya que nuestro grupo se ha visto afectado prácticamente nueve veces más. De nuevo, la mayor afectación en nuestra muestra se da en las mujeres (81%) que cuadruplica la de los varones (19%), y en una proporción mucho más alta que la encontrada en la población general, donde la ratio fue 1,82 mujeres por cada varón.

Los síntomas del trastorno por estrés postraumático más frecuentes fueron: cambio en la forma de contemplar el futuro (60,7%), dificultades para concentrarse (59,8%), esfuerzos para no recordar sucesos (59,8%), dificultades para conciliar o mantener el sueño (57,3%), recuerdos intrusivos (55,6%) y reducción acusada del interés (55,6%). Como puede observarse, en este caso los seis síntomas más frecuentes guardan poca distancia entre sí, agrupándose todos ellos en valores que no se diferencian más que en cinco puntos porcentuales, lo que a diferencia de los casos anteriores no muestra una clara predominancia de un síntoma sobre otros.

Respecto a la *comorbilidad* entre la depresión mayor y el trastorno por estrés postraumático tras los atentados, encontramos que un 18,8% de nuestra muestra cumple los criterios diagnósticos de ambos trastornos a la vez, lo que multiplica por nueve la comorbilidad encontrada en la población general (2%).

## Conclusiones

En su conjunto los resultados expuestos ponen de manifiesto que la muestra de nuestro estudio se ha visto severamente afectada. Entre las reacciones psicopatoló-

gicas estudiadas hemos encontrado que el 45,3% experimentó ataque de pánico o crisis de angustia, cifra cuatro veces superior a la registrada en la población general; el 31,3% de la muestra desarrolló depresión mayor, cifra casi cuatro veces más alta de la encontrada en la población general; el 35,9% desarrolló trastorno por estrés posttraumático, siendo en este caso la cifra casi nueve veces mayor a la registrada en la población general. El porcentaje de personas de nuestra muestra que desarrolló depresión mayor y trastorno por estrés posttraumático concurrentemente es el 18,8%, lo que multiplica por nueve el encontrado en la población general.

Estos resultados muestran unas tasas de prevalencia tras el evento traumático dentro de los rangos apuntados en el trabajo de Galea, Nandi y Vlahov (en prensa) en el que se realiza una amplia revisión de los efectos posttraumáticos de desastres naturales y provocados por el ser humano.

El número de mujeres afectadas, tanto por ataque de pánico como por depresión y estrés posttraumático, ha sido mucho mayor que el de varones, tal como era esperable al ser este un resultado que aparece en la mayor parte de los estudios. Además hemos podido comprobar, al tener una base de comparación con la población general, que estas diferencias debidas al sexo se acentúan en nuestro grupo, alcanzando esta diferencia un valor muy superior al encontrado en la población general. Este resultado hace suponer que las diferencias en la prevalencia asociada al sexo de estos trastornos se incrementan de manera muy acusada en los grupos de sujetos más severamente afectados por un evento traumático.

Se ha encontrado también un incremento de consumo de tabaco, alcohol y psicofármacos muy superior al registrado en la población general. Entre los psicofármacos destacan el gran consumo de ansiolíticos, empleados por el 40,2% de la muestra, y el

notable incremento en el consumo de anti-depresivos. Este aumento de consumo de sustancias concuerda con lo descrito recientemente por Vlahov et al. (2004) en su estudio sobre el consumo de sustancias seis meses después de los atentados del 11 de septiembre en New York.

La afectación del grupo estudiado se extiende también a otros aspectos relacionados con la salud, así una de cada cinco personas cayó enferma por distintas causas (de las que buena parte de ellas guardan estrecha relación con aspectos psicológicos) el mes posterior a los atentados, y tres de cada cuatro informan de malestar físico o decaimiento a lo largo de ese mismo mes.

Los efectos se extienden también al ámbito laboral, causando baja a lo largo del mes posterior a los atentados una de cada tres personas de la muestra y siendo la duración de estas bajas mucho mayor que la registrada en la población general.

Dado el carácter longitudinal del presente estudio podremos en breve disponer de datos que nos informen sobre la evolución de las personas afectadas. No obstante, esperamos que los resultados expuestos contribuyan a un mayor conocimiento de las consecuencias de los eventos traumáticos de carácter terrorista sobre las víctimas y allegados, y ayuden a llenar el vacío de estudios de estas características en nuestro país.

---

#### *Agradecimientos*

Queremos agradecer a las siguientes instituciones sus esfuerzos por apoyar, facilitar las gestiones necesarias y financiar económicamente esta investigación: Universidad Complutense de Madrid (Acciones Especiales, SAP: 042AC00007), Comunidad de Madrid (06/HSE/0266/2004), Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés – SEAS y Fundación Telefónica. También agradecemos la disponibilidad y el apoyo que en todo mo-

mento nos ha prestado el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, la amabilidad y disposición de todas las personas que han aceptado ser entrevistadas a pesar del mal momento por el

que estaban pasando, y muy especialmente la dedicación y esfuerzo de los entrevistadores que han hecho posibles estos estudios.

## Referencias bibliográficas

- Abenheim, L., Dab, W. y Salmi, L.R. (1992). Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(2), 103-109.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. y Peterson, E.L. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Fremont, W.P. (2004). Childhood reactions to terrorism-induced trauma: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 381-392.
- Fullerton, C.S., Ursano, R.J., Norwood, A.E. y Holloway, H.H. (2003). Trauma, terrorism, and disaster. En R.J. Ursano, C.S. Fullerton y A.E. Norwood (Eds.). *Terrorism and disaster. Individual and community mental health interventions*, pp. 1-20. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- 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. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- Galea, S., Nandin, A. y Vlahov, D. (en prensa). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M. y Kilpatrick, D. (2003). Trends of probable posttraumatic stress disorder in New York City after the September 11<sup>th</sup> terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158, 514-524.
- Grieger, T.A., Fullerton, C.S. y Ursano, R.J. (2003). Posttraumatic stress disorder, alcohol use, and perceived safety after the terrorist attack on the Pentagon. *Psychiatric Services*, 54, 1380-1382.
- Jehel, L., Paterniti, S., Brunet, A., Duchet, C. y Guelfi, J.D. (2003). Prediction of the occurrence and intensity of post-traumatic stress disorder in victims 32 months after bomb attack. *European Psychiatry*, 18(4), 172-176.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. y Breslau, N. (1999). Epidemiological risk factors for trauma and PTSD. En R. Yehuda (Ed.), *Risk factors for posttraumatic stress disorder* (pp. 23-59). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- McEwan, B.S. (2001). From molecules to mind: Stress individual differences and the social environment. *Annals of the New York Academy of Science*, 935, 42-49.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano Vindel, A., Iruarrizaga I., González Ordi, H. y Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3).
- North, C.S., Nixon, S.J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J.C., Spitzmagel, E.L. y Smith, E.M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma city bombing. *Journal of the American Medical Association*, 282(8), 755-762.
- North, C.S., Smith, E.M. y Spitznagel, E.L., (1994). Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry*, 151(1), 82-88.
- Trappler, B. y Friedman, S. (1996). Posttraumatic stress disorder in survivors of the Brooklyn Bridge shooting. *American Journal of Psychiatry*, 153(5), 705-707.
- Vlahov, D., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Boscarino, J.A., Gold, J., Bucuvalas, M. y Kilpatrick, D. (2004). Consumption of cigarettes, alcohol and marijuana among New York residents six months after the September 11 terrorist attacks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 1-23.
- Vlahov, D., Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Boscarino, J.A., Bucuvalas, M., Gold, J. y Kilpatrick, D. (2002). Increased Use of Cigarettes, Alcohol, and Marijuana among Manhattan, New York, Residents after the September 11th Terrorist Attacks. *American Journal of Epidemiology*, 155(1), 988-996.
- Yehuda, R. (1999). Parental PTSD as a Risk Factor for PTSD. En R. Yehuda (Ed.). *Risk factors for posttraumatic stress disorder*.

Washington, DC: American Psychiatric Association.