



2004, 10(2-3), 207-217

## EFFECTOS DE LA EXPOSICIÓN A EVENTOS TRAUMÁTICOS EN PERSONAL DE EMERGENCIAS: CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS TRAS EL ATENTADO TERRORISTA DEL 11-M EN MADRID

H. González Ordi, J. J. Miguel-Tobal, A. Cano Vindel e I. Iruarizaga

Universidad Complutense de Madrid

**Resumen:** En este trabajo se presentan los resultados obtenidos en una investigación con personal de emergencia que participó directamente en los operativos de rescate y ayuda a los afectados tras los atentados terroristas del 11 de Marzo de 2004 en Madrid. Este grupo estuvo formado por 165 personas, de las cuales el 30,1% eran varones y el 69,9% mujeres, con una edad media de 34,9 años. Conforman esta muestra distintos profesionales entre los que destacan psicólogos y policías, además de médicos, trabajadores sociales, pedagogos, educadores y otros. Se comentan en detalle los efectos psicológicos derivados de la exposición a las consecuencias de los atentados tras un mes de haberse producido, haciendo especial hincapié en aspectos como ataque de pánico, depresión, estrés postraumático y consumo de sustancias psicoactivas. En general, los datos encontrados sugieren que el personal de emergencia, en su mayoría personas entrenadas y con experiencia en estas tareas, si bien no pueden evitar las reacciones psicológicas peritraumáticas adversas, con prevalencias mayores que en la población general, debido al alto grado de exposición al estresor, sí son capaces de manejar sus emociones para evitar la cronificación de dichas reacciones, que de otra manera, podrían dar lugar a trastornos como la depresión o el estrés postraumático, cuya prevalencia es mucho menor que en la población general.

**Palabras Clave:** Estrés postraumático, Depresión, consumo de drogas y alcohol, personal de emergencias, terrorismo.

**Abstract:** This paper aims to explore psychological aftermath of traumatic exposure in emergency personnel involved in rescue efforts and first aid after the March 11, 2004, terrorist attacks in Madrid. A group of 165 individuals (30,1% males and 69,9% females), with a mean age of 34,9 years, including psychologists, policemen, physicians, social workers, etc, was interviewed in detail. Data regarding prevalence rates of panic attack, posttraumatic stress disorder (PTSD), depression, and drugs and alcohol consumption one-month and six-months after the terrorist attacks are presented and discussed. Generally, emergency personnel manifested intense peritraumatic reactions, with higher prevalences than in general population, due to a high degree of exposition to traumatic consequences of the train bombings; however, due to they were mostly well-trained professionals and with previous experience in disaster management, there was a good emotional management that did not allow chronification of such reactions, that could facilitated the onset and development of PTSD and depression, lower prevalence than in general population.

**Key words:** Posttraumatic stress disorder, depression, drug and alcohol consumption, emergency personnel, rescue workers, terrorism.

**Title:** *Traumatic events exposure aftermath in emergency personnel: Psychological consequences after the March 11, 2004, terrorist attack in Madrid*

### Introducción

Generalmente, las labores de rescate y auxilio a los supervivientes o la recuperación, identificación y transporte de los

cuerpos como consecuencia de un desastre, como en el caso de los atentados acaecidos en la mañana del 11 de marzo de 2004 en Madrid, son algunos de los estresores que contribuyen a la aparición de elevados niveles de estrés y alteraciones emocionales en el personal de emergencia y los dispositivos de rescate y ayuda (Ursano, Fullerton

\* Dirigir la correspondencia a: Dr. Héctor González Ordi, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, 28223 Madrid  
E-mail: hectorgo@psi.ucm.es

© Copyright 2004: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

y Norwood, 2003; Ursano, Fullerton, Vance y Kao, 1999; Ursano, McCaughey y Fullerton, 1994; Young, Ford, Ruzek, Friedman y Gusman, 1998).

En general, las labores en las que se ven implicados el personal de emergencia y los dispositivos de rescate y ayuda a los afectados por desastres naturales o artificiales son una paradójica combinación de experiencias negativas y positivas; de una lado, el impacto ante la visión muerte y lo grotesco implica sentimientos de tristeza, desesperación, indefensión, horror y repulsión; por otro lado, el afrontamiento activo de ayuda a los necesitados proporciona la sensación de sentirse útil, compartir objetivos y metas con otras personas, experiencias personales y profesionales para el individuo que le ayudarán a mejorar como persona y como profesional.

No obstante, las labores que a menudo debe afrontar el personal de emergencia supone ciertos riesgos tanto a nivel ocupacional como personal que pueden favorecer la aparición de alteraciones emocionales clínicamente significativas (Young, Ford, Ruzek, Friedman y Gusman, 1998).

Entre los *riesgos de carácter ocupacional* cabe destacar: la exposición a peligros físicos impredecibles, la posibilidad de morir violentamente o resultar herido de gravedad por las consecuencias del desastre, el enfrentamiento al sufrimiento de los otros, identificación de víctimas, muertes de niños o los resultados de una masacre, la valoración negativa de la ayuda que uno puede prestar en un momento determinado (“*tenía que haber hecho algo más por ellos*”), el trabajo extenuante durante largas horas y en ocasiones errático, poco organizado o planificado, las dificultades para comunicarse y entenderse con afectados de otras nacionalidades, fallos en los equipos y baja percepción de control, falta de alojamiento adecuado, inclemencias atmosféricas, dificultades en la localización de

recursos y repartición de la ayuda económica, falta de tiempo, errores humanos o fracaso de la misión de rescate o ayuda.

Entre los *estresores situacionales y personales* podemos señalar: daños personales, pérdida de seres queridos, amigos o conocidos, pérdida de enseres y posesiones, altos niveles de estrés preexistente, falta de adecuada preparación personal y profesional, proximidad a la escena del desastre, haber tenido experiencias previas en desastres o no, percepción e interpretación negativa del evento, bajo nivel de apoyo social, existencia de reacciones traumáticas previas.

La exposición a eventos traumáticos, especialmente si se trata de acontecimientos provocados por los humanos con carácter intencional (Norris, 1992; Norris, Friedman y Watson, 2002; Norris, Friedman, Watson, Byrne, Diaz y Kaniasty, 2002), provocan una pléyade de reacciones a las que el personal de emergencias no es ajeno.

Estas reacciones pueden dividirse en: emocionales, cognitivas, fisiológicas y psicosociales (Friedman, Warfe y Mwit, 2003; Green, 2003; Young, Ford, Ruzek, Friedman y Gusman, 1998).

Entre las *reacciones emocionales* más destacables podemos señalar el estado de shock o aturdimiento, irritabilidad, ira, incredulidad, terror, culpabilidad, tristeza, indefensión, desesperanza, reacciones disociativas y pérdida de la capacidad de disfrutar de las cosas.

Entre las *reacciones de tipo cognitivo-subjetivo* destacamos las dificultades de concentración, confusión, distorsión de la realidad, pensamientos intrusivos relacionados con el trauma, baja autoestima y autoeficacia.

Entre las *reacciones fisiológicas o somáticas* son remarcables la fatiga, insomnio, hiperactivación, quejas somáticas diversas, afectación del sistema inmune, do-

lor de cabeza, problemas gastrointestinales, descenso del apetito y la libido y respuesta generalizada de sobresalto.

Finalmente, entre los *aspectos psicosociales*, podemos incluir la sensación de alineación, el aislamiento social, dificultades en las relaciones interpersonales, abuso de drogas y alcohol, deterioro vocacional y ocupacional y conflictos familiares.

Centrándonos en la aparición de trastornos psicopatológicos como consecuencia de eventos traumáticos en personal de emergencia, se han encontrado tasas de prevalencia para el estrés postraumático (TEPT) que oscilan aproximadamente entre un 5 y un 40%, siempre por debajo de las tasas de prevalencia encontradas en los supervivientes de los desastres (una excelente revisión de estos estudios puede encontrarse en Galea, Nandi y Vlahov, en prensa).

Diversos estudios han encontrado que la aparición de estrés postraumático en el personal de urgencias y emergencias está relacionado con la identificación personal con los fallecidos en términos de “pude haber sido yo”, “podría haberle pasado a un familiar o a un amigo”, etc (Fullerton, McCarroll, Ursano y Wright, 1992; Ursano y Fullerton, 1990; Ursano, Fullerton y Kao, 1995; Ursano, Fullerton, Vance y Kao, 1999); así, la implicación emocional excesiva con las víctimas juega un papel determinante en el impacto psicológico que la situación traumática puede tener sobre el profesional implicado en tareas de salvamento, rescate o ayuda, favoreciendo la cronificación de reacciones traumáticas posteriormente, al no poder distanciarse emocionalmente de los acontecimientos (Jonsson y Segesten, 2003).

Otros trabajos añaden que entre los predictores de TEPT en personal sanitario expuesto a las consecuencias del desastre se encuentran un bajo nivel educativo, el grado exposición a las consecuencias del evento traumático, la aparición de aconte-

cimientos vitales estresantes tras la exposición traumática y los estados de shock o aturdimiento durante la exposición al trauma (Epstein, Fullerton y Ursano, 1998); así como, factores previos de personalidad que favorecen la vulnerabilidad al trauma, como es el neuroticismo y el rasgo de ansiedad (Bramsen, Dirkzwager y van der Ploeg, 2000; Schnurr y Vielhauer, 1999).

En el presente artículo se exploran las consecuencias psicológicas del atentado terrorista acaecido en la mañana del 11 de Marzo en Madrid en el personal de urgencias y emergencias que estuvo implicado en las tareas de rescate, salvamento y apoyo profesional a los supervivientes, víctimas, familiares y allegados afectados por las explosiones en los trenes.

#### *Procedimiento de recogida de datos*

Como se detalla a fondo en el artículo de Miguel-Tobal, Cano Vindel, Iruarrizaga, González Ordi y Galea (2004) en este mismo volumen, los datos fueron recogidos mediante entrevista telefónica utilizando como instrumento el PE-11M, adaptación y modificación del WTCD empleado en Nueva York en el estudio de las consecuencias psicológicas tras los atentados al World Trade Center, el 11 de Septiembre de 2001, por Galea, Ahern, Resnick, Kilpatrick, Bucuvalas, Gold, y Vlahov, (2002). Esta entrevista consta de 16 módulos, con más de 300 variables, entre los que se incluyen datos demográficos, experiencias relacionadas con el atentado, consumo de sustancias, apoyo social, ataque de pánico, exposición a eventos traumáticos a lo largo de la vida, estresores recientes, depresión y trastorno por estrés postraumático. Las escalas clínicas siguen los criterios diagnósticos DSM-IV-TR de la American Psychiatric Association (2000).

#### *Características de la muestra*

La muestra está formada por 165 personas que intervinieron en distintos operativos de salvamento y ayuda, de las cuales el 30,1% eran varones y el 69,9% mujeres, con una edad media de 34,9 años ( $Sx=9,57$ ). Con-

forman esta muestra distintos profesionales entre los que destacan psicólogos y policías, además de médicos, trabajadores sociales, psicopedagogos, educadores y otros (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución muestral por profesionales, sexo y edad

Profesionales Implicados	n	Sexo (%)		Edad (años)	
		Mujer	Varón	Media	Sx
TOTAL	165	69,9	30,1	34,93	9,57
Psicólogos	100	77	23	34,75	10,43
Policías	35	14,3	85,7	35,09	7,26
Trabajadores Sociales	16	81,3	18,7	34,56	7,83
Médicos	8	87,5	12,5	37,88	10,02
Psicopedagogos	3	100	-	37,00	9,42
Educadores	2	50	50	35,00	10,00
Otros	1	-	100	24,00	-

Además, en muchas ocasiones realizaremos comparaciones entre los porcentajes de prevalencia obtenidos en distintos aspectos por la muestra de personal de emergencia y la población general; ya que, aunque se trata de estudios distintos, se ha utilizado el mismo instrumento de evaluación (el PE-11M). Los datos referidos a la población general pueden encontrarse además en el trabajo de Miguel-Tobal, Cano Vindel, Iruarrizaga, González Ordi y Galea (2004) en este mismo volumen. Esto nos permitirá valorar los resultados obtenidos con la muestra del personal de emergencias en una dimensión más comparativa, y apreciar así las diferencias entre los efectos producidos por el atentado terrorista del 11-M en la población de la ciudad de Madrid y esta muestra incidental que constituye el personal de emergencias.

Respecto al estado civil, el 28,5% de la muestra total está casado, el 13,4% divorciado o separado, el 1,2% es viudo y un 20%, uno de cada cinco individuos, refiere durante la entrevista estructurada vivir so-

lo. Como veremos posteriormente, esto no parece estar relacionado con la percepción de falta de apoyo social por parte de los implicados; es decir, “haberse quedado solo o estar solo”; sino más bien con estilos de vida personal, “decidir vivir solo”.

Al comparar estos datos con los de la población general (51,3%, 4%, 6,2% y 12,3%, respectivamente) apreciamos que en el personal de emergencias aglutina los mayores porcentajes de individuos en las categorías de “estar divorciado o separado” y “vivir solo” (que conjuntamente responden a más de un tercio de los individuos, 33,4%, frente a un porcentaje del 16,3% en la población general), mientras que los porcentajes de “estar casado” son mucho menores para el personal de emergencia, 28,5%, que la tendencia mostrada por la población general de la ciudad de Madrid, un 51,3%, casi la mitad de los madrileños. Esta diferencia en el porcentaje de casados puede explicarse debido a la diferencia de edad (nuestra muestra es más joven), si bien sería plausible pensar que las caracte-

rísticas profesionales intrínsecas de la actividad cotidiana desempeñada por los subgrupos que componen esta muestra de personal de emergencias puede influir en este status quo.

Como sería esperable, debido a la relativa juventud de la muestra, el porcentaje referido al estado civil de viudedad es mucho menor en personal de emergencias, 1,2%, que en la población general, 6,2%; aunque debemos señalar que, por subgrupos, este porcentaje es más del doble para los policías, 2,9%.

El nivel educativo de la muestra total puede calificarse de alto, ya que el 34,5% posee estudios de licenciatura y el 32,7% de postgrado (doctorado o master), frente a un 26,9% de la población general que poseen estudios de licenciatura y/o postgrado.

Respecto a los dos subgrupos más representativos, los psicólogos muestran un perfil de formación superior (de ellos 46% con estudios de postgrado), mientras que los policías presentan mayores porcentajes centrados en los estudios de nivel medio (Bachillerato 62,9%, Graduado Universitario 34,3% y Licenciatura 2,9%).

El personal de emergencias manifiesta tener una buena percepción de *apoyo social*, muy por encima de la población general, en la medida en que refieren tener amigos y personas de confianza disponibles para ayudarles y aconsejarles, demostrarles cariño o hacerles sentir necesarios, y apoyarles económicamente en caso de necesidad. En concreto, el 59,1% de la muestra refiere tener alto apoyo social, el 32,3% refiere un nivel medio y tan sólo un 8,5% manifiesta tener bajo apoyo social, frente a los datos de la población general que presentan porcentajes de 33,9%, 46,7% y 19,4%, respectivamente.

Finalmente, es una población que presenta una ocurrencia *sucesos vitales estresantes* de diversa índole (fallecimiento de la pareja o familiares, divorcio o separa-

ción sentimental, haber resultado gravemente herido o enfermo de gravedad, matrimonio, problemas familiares, problemas en el trabajo, problemas mentales o emocionales, etc) superior a la población general. Tan sólo durante los últimos doce meses anteriores a los atentados del 11-M, prácticamente la mitad de la muestra, el 47,9%, había experimentado tres o más de estos sucesos vitales estresantes. Es reseñable que, por subgrupos, la totalidad de los policías se encuentren en esta categoría, frente al 32% de los psicólogos, debido probablemente a las características asociadas a su desempeño profesional.

### **Experiencias relacionadas con los atentados**

Como es bien sabido, las explosiones por bomba que en la mañana del 11 de Marzo de 2004 en Madrid provocaron un coste humano de 191 fallecidos y alrededor de 1800 heridos, afectaron gravemente a cuatro trenes en las zonas de Atocha, Santa Eugenia y el Pozo, que a través del llamado corredor del Henares, se dirigían hacia la estación de Atocha.

Respecto a la muestra total del personal de emergencias, no todos los subgrupos actuaron en el mismo frente y al mismo tiempo. Algunos estuvieron directamente implicados bien en los dispositivos de rescate y auxilio a los supervivientes, bien en la recuperación y transporte de los fallecidos en los propios trenes; otros, en la atención y cuidado de supervivientes en las zonas afectadas por las explosiones; otros, en hospitales y centros de salud a través los dispositivos de atención primaria; otros en el Pabellón 6 del IFEMA (como hicimos los que subscribimos este artículo) y diversos tanatorios, como apoyo a los familiares en la identificación de sus allegados fallecidos. Finalmente, muchos profesionales realizaron diversas actividades y estuvieron

en “varios frentes” a lo largo de las horas y días que siguieron a los atentados.

El 20,6% del personal de emergencias estuvo dentro de los trenes que sufrieron los atentados, aunque este porcentaje pertenece en su totalidad a los policías, que se centraron en tareas de rescate y salvamento a víctimas y heridos, y en la recuperación de cadáveres de los fallecidos de los trenes afectados por las explosiones en los primeros momentos de confusión tras los atentados: el 41,2% lo hizo en Atocha, el 35,3 en la zona de Santa Eugenia, el 20,6 en El Pozo y el 2,9 no estaba seguro.

Junto con los policías, el resto de los profesionales que conforma nuestra muestra de personal de emergencias estuvo implicado de alguna manera en los dispositivos de salvamento (en un 55,8%) y/o bien prestó ayuda de alguna otra manera (en un 87,3%).

En la tabla 2 puede verse la distribución de lugares y actividades en los que estuvo implicado el personal de emergencia que compone nuestra muestra tras los atentados, que incluyen labores de ayuda y salvamento en el lugar de las explosiones formando parte de instituciones y servicios municipales o bien a título personal, actividad profesional en hospitales, asistencia a víctimas, familiares y allegados en el reconocimiento de los restos en el IFEMA y otros lugares, aconsejando a familiares y otras personas afectadas, donando sangre, asistiendo a los funerales para prestar apoyo profesional, etc.

Hay dos aspectos que resulta interesante resaltar y que podrían jugar un papel relevante en la aparición de reacciones peritraumáticas como consecuencia de los atentados, como veremos posteriormente.

De un lado, el personal de emergencias, debido a las características intrínsecas de las labores que debían realizar, se sobreexpuso reiteradamente a las consecuencias de las explosiones en los trenes y, como consecuencia, hubo un mayor número de individuos que experimentaron miedo a resultar muertos o heridos (un 40,6%) con respecto a la población general (un 34,7% -IC 95%, 31,6-38); esto es especialmente destacable para el subgrupo de policías, que fueron los que estuvieron en “primera línea de fuego”, con un 97,1% de individuos que reconocieron haber experimentado sensaciones de miedo a que su integridad física resultara afectada.

Por otro lado, un aspecto general que indudablemente contribuyó a mantener un estado de preocupación e hiperalerta era saber si sus conocidos, familiares y allegados se encontraban seguros, sanos y salvos tras la indudable situación caótica, a múltiples niveles, que el atentado produjo en la ciudad de Madrid en las primeras horas, y el tiempo en que tardaron en cerciorarse de ello. De hecho, el 77,6% del personal de emergencias se mostró preocupado porque alguien conocido pudiera haber resultado herido o muerto, tan sólo el 20,6% no lo hizo y el 1,8% restante rehusó contestar esa pregunta. De la misma manera, el 53,7% de la muestra se manifestó estar preocupado porque algún pariente pudiera haber resultado herido o muerto, el 37,3 no lo hizo y el 9% rehusó contestar. Pues bien, la cuestión que en estas preocupaciones no pudieron resolverse en la mayoría de los casos antes de que pasaran dos horas transcurridos los atentados. En concreto, el 30,3% del personal de emergencia tardó 1 hora en saber el cómo se encontraban sus familiares, el 51,5% dos horas o más y un 18,2% rehusó contestar esa pregunta.



Tabla 2. Lugares y actividades en los que estuvo implicado el Personal de Emergencia tras los atentados del 11-M en Madrid (en porcentajes)

Lugares y actividades	PSIC.	POL.	T. SOC.	MED.	PSICOP.	EDUC.	Otros
En el lugar de las explosiones (SAMUR, SUMA, C. ROJA, BOMBEROS, POLICÍA, etc)	4,1	100	-	-	-	-	-
En el lugar de las explosiones como profesional sanitario a título personal.	5,1	-	-	12,5	33,3	50	-
En hospitales	2	-	-	25	-	-	-
Asistiendo a víctimas y familiares (IFEMA y otros lugares)	92,9	25,7	86,7	100	100	100	100
Donando sangre	-	74,3	-	12,5	-	-	-
Aconsejando a familiares y personas afectadas	16,3	51,4	13,3	12,5	66,7	100	-
Asistiendo a los funerales	1	71,4	-	-	-	-	-
Otros	10,2	-	13,3	-	33,3	-	-
Rehúsa contestar	1	-	6,7	-	-	-	-

Siendo: PSIC. = Psicólogos; POL = Policías; T. SOC.=Trabajores sociales; MED= Médicos; PSICOP.=Psicopedagogos; EDUC.= Educación.

### Consecuencias psicopatológicas de los atentados

#### Ataque de Pánico

El 10,9% de la población general experimentó síntomas que en su conjunto cumplen los criterios diagnósticos de ataque de pánico. La afectación fue 2,2 veces superior en mujeres que en varones, lo que daría lugar a un 14,6% de mujeres afectadas frente a un 6,8% de varones (Miguel-Tobal, Cano Vindel, Iruarizaga, González Ordí y Galea, 2004).

El 13,94% del personal de emergencias experimentó síntomas que cumplen los criterios diagnósticos de ataque de pánico. La afectación fue, siguiendo la misma tendencia que en la población general fue superior en mujeres que en varones (1,3 mujeres por cada varón). Considerando los subgrupos más representativos, los psicólogos manifestaron una incidencia de ataque de pánico

del 7%, mientras que en los policías aumentó hasta un 34,3%.

Entre la sintomatología relevante asociada al ataque de pánico que presentó mayor incidencia entre el personal de emergencias, cabe destacar:

- Sensación de horror/terror (70,3%)
- Sensación de miedo (57,6%)
- Distorsión del tiempo (53,3%)
- Desrealización (48,5%)
- Sensación de indefensión (35,2%)

Como puede observarse, el personal de emergencias mostró una mayor prevalencia de ataque de pánico que la población general y ello puede deberse en gran medida al alto grado de exposición y re-exposición a las consecuencias desastrosas del atentado debido a la propia naturaleza de su trabajo, no pudiendo evitar el impacto de estos estresores que favorecieron la aparición de reacciones peritraumáticas adversas carac-

terizadas por sentimientos de horror, terror e indefensión y sintomatología de tipo disociativo principalmente.

#### *Estrés Postraumático*

El 4% (IC 95%, 2,9-5,5) de la población de Madrid se vio afectada por el trastorno por estrés postraumático transcurrido un mes de los atentados, encontrándose que el 2,8% de los varones cumplía los criterios diagnósticos frente al 5,1% de las mujeres. Ahora bien, el porcentaje de estrés postraumático directamente atribuible a los atentados terroristas se estima en un 2,3% (IC 95%, 1,6-3,4) de la población general (Miguel-Tobal, Cano Vindel, Iruarrizaga, González Ordí y Galea, 2004).

El porcentaje de prevalencia de estrés postraumático en el personal de emergencias transcurrido un mes desde los atentados del 11-M en Madrid es de un 1,2%, considerablemente inferior al encontrado en la población general de la ciudad de Madrid, un 4%. Este dato puede incluir los efectos directamente atribuibles a los atentados y efectos posteriores debido a otros eventos traumatogénicos. La afectación de este 1,2% se produjo solamente en mujeres.

Entre la sintomatología relevante que mayor incidencia tuvo entre el personal de emergencias, cabe destacar:

- a. Síntomas de ACTIVACIÓN:
  - Dificultades para conciliar el sueño (45,5%)
  - Dificultades de concentración (42,4%)
  - Hipervigilancia (37%)
- b. Síntomas de REEXPERIMENTACIÓN:
  - Recuerdo de sucesos desagradables (32,7%)
- c. Síntomas de EVITACIÓN:
  - Pérdida de interés en diversas actividades (32,1%)

Resulta interesante señalar que los síntomas que porcentualmente más han afectado al personal de emergencia son los relacionados con altos niveles de activación fisiológica o arousal que, recordemos también están estrechamente relacionados con el ataque de pánico, mientras que los síntomas con un mayor componente cognitivo (reexperimentación) y conductual (evitación) presentan una menor incidencia tanto en el número de síntomas relevantes como en el porcentaje de individuos afectados por los mismos.

#### *Depresión*

En cuanto a la prevalencia de depresión, el 8% (IC 95%, 6,3-10,1) de la población madrileña ha presentado, posteriormente al 11-M, síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos de depresión mayor. En este caso las mujeres se han visto doblemente afectadas que los varones, presentando depresión mayor el 5,1% de los varones y el 10,6% de las mujeres. (Miguel-Tobal, Cano Vindel, Iruarrizaga, González Ordí y Galea, 2004).

El porcentaje de prevalencia de depresión mayor en el personal de emergencias transcurrido un mes desde los atentados del 11-M en Madrid es de un 2%, un porcentaje cuatro veces menor al encontrado en la población general de la ciudad de Madrid.

Entre la sintomatología depresiva relevante que mayor incidencia tuvo entre el personal de emergencias, cabe destacar:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día o casi cada día (58,2%)
- Insomnio o hipersomnia (55,2%)
- Fatiga o pérdida de energía (53,9%)
- Desinterés por las cosas (53,3%)
- Pérdida de peso (sin dieta) o aumento de peso (50,9%)

#### *Consumo de sustancias*



Uno de los datos a los que se prestó especial atención a través del la entrevista PE-11M fue el posible incremento del consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol tras el atentado del 11-M en Madrid. Los datos sobre población general indican que existió un incremento tanto del consumo de tabaco (un 10,9%) como de alcohol (un 1,9%) transcurrido un mes de los atentados. Esta tendencia en el aumento del consumo es mucho más pronunciada en el caso del personal de emergencia, ya que los incrementos en consumo tanto de tabaco (29,7%) como de alcohol (13,9%) casi triplican y multiplican por siete respectivamente a los de la población general.

#### *Consumo de fármacos*

Sin embargo, el consumo de fármacos durante las semanas posteriores al 11-M ha sido mucho menor por parte del personal de emergencias en comparación con la población general; así, un 2,4% manifiesta haber consumido tranquilizantes, un 1,8% antidepresivos y un 9,1% analgésicos, frente a la población general que refiere unos porcentajes del 9,2%, 4,4% y 12,2% respectivamente.

Entre aquellos individuos que tomaban fármacos, han incrementado el consumo de tranquilizantes el 1,2% y el de analgésicos el 1,8%, no refiriéndose incrementos reseñables respecto a los antidepresivos. En la población general, estos incrementos tras los atentados entre los que tomaban fármacos han sido de un 18,8% para los tranquilizantes, un 8,7% para los antidepresivos y un 10,1% para los analgésicos.

#### *Consecuencias generales sobre la salud*

Sin duda, la sobreexposición a los eventos traumáticos puede acarrear consecuencias adversas sobre la salud. De hecho, el 15,2% del personal de emergencias refiere haber estado enfermo tras el 11-M, frente al 12% de la población general, y más de la

mitad de la muestra, el 56,4%, haber sentido malestar o decaimiento físico, frente a un 42,6 % de la población general.

## **Conclusiones**

La entrevista PE-11M utilizada en este estudio nos permite obtener una radiografía de las características del personal de emergencias, su implicación y experiencias relacionadas con los atentados, las consecuencias psicopatológicas a las que se han visto expuestos tras las labores realizadas de rescate, salvamento, ayuda, apoyo y consejo profesional.

Respecto a las consecuencias psicopatológicas tras el atentado del 11-M, el porcentaje de afectados por ataque de pánico en este grupo es superior al valor encontrado en la población general. Sin embargo, el porcentaje de afectados por estrés postraumático y depresión es muy inferior al encontrado en la población general. Estos datos sugieren que el personal de emergencia, en su mayoría personas entrenadas y con experiencia en estas tareas, si bien no pueden evitar las reacciones psicológicas peritraumáticas adversas, debido al alto grado de exposición al estresor, sí son capaces de manejar sus emociones para evitar la cronicación de dichas reacciones, que de otra manera daría lugar a trastornos como el estrés postraumático o la depresión. De hecho, hay que señalar que los porcentajes de prevalencia de estrés postraumático encontrados en nuestro estudio son considerablemente menores a los referidos generalmente en la literatura científica (Galea, Nandi y Vlahov, en prensa).

En este sentido, aspectos como el nivel educativo y el grado de apoyo social percibido, que calificaríamos para el personal de emergencias en ambos casos de medio-alto, el hecho de que las consecuencias de las explosiones en los trenes aunque graves en sí mismas no afectaron severa y determi-

nantemente la vida cotidiana del personal de emergencias una vez finalizada su labor, favoreciendo un distanciamiento emocional adecuado, la experiencia previa en el manejo de acontecimientos vitales estresantes y de naturaleza traumática, etc, pueden estar jugando un papel relevante a la hora de proporcionar factores de protección contra la cronificación de las reacciones peritraumáticas, en forma de estrés postraumático y depresión.

Sin embargo, hemos de señalar que fueron los componentes de este grupo los que más incrementaron el consumo de tabaco y alcohol, siendo ésta una vía de afrontamiento al estrés no demasiado saludable; por el contrario, el consumo e incremento de psicofármacos fue considerablemente menor en este grupo que en la población general.

Finalmente, se aprecia que la carga física y emocional de las labores realizadas en

las horas y días transcurridos tras el atentado terrorista afectaron más a este grupo que a la población general respecto a la aparición de estados de decaimiento y malestar físico y contraer enfermedades de diversa índole.

---

#### 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) y Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. También agradecemos la disponibilidad y el apoyo que en todo momento nos ha prestado el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid para la realización de este estudio.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bramsen, I., Dirkzwager, A.J.E. y van der Ploeg, H.M. (2000). Pre-deployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1115-1119.
- Epstein, R.S., Fullerton, C.S. y Ursano, R.J. (1998). Posttraumatic stress disorder following an air disaster: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 934-938.
- Friedman, M.J., Warfe, P.G. y Mwititi, G.K. (2003). UN Peacekeepers and civilian field personnel. En B.L. Green, M.J. Friedman, J.T.V.M. de Jong, S.D. Solomon, T.M. Keane, J.A. Fairbank, B. Donelan y E. Frey-Wouters (Eds.), *Trauma interventions in war and peace. Prevention, practice and policy* (pp. 323-348). New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- Fullerton, C.S., McCarroll, J.E., Ursano, R.J. y Wright, K.M. (1992). Psychological responses of rescue workers: firefighters and trauma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 371-378.
- Galea, S., Ahem, 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., Nandi, A. Y Vlahov, D. (En prensa). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*.
- Green, B.L. (2003). Traumatic stress and its consequences. En B.L. Green, M.J. Friedman, J.T.V.M. de Jong, S.D. Solomon, T.M. Keane, J.A. Fairbank, B. Donelan y E. Frey-Wouters (Eds.), *Trauma interventions in war and peace. Prevention, practice and policy* (pp. 17-32). New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- Jonsson, A. y Segesten, K. (2003). The meaning of traumatic events as described by nurses in ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 141-152.

- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409-418.
- Norris, F.H., Friedman, M.J. y Watson, P.J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry, 65*, 240-260.
- Norris, F.H., Friedman, M.J., Watson, P.J., Byrne, C.M., Diaz, E. y Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature. 1981-2001. *Psychiatry, 65*, 207-239.
- 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).
- Schnurr, P.P. y Vielhauer, M.J. (1999). Personality as a risk factor for PTSD. En R. Yehuda (Ed.), *Risk factors for posttraumatic stress disorder* (pp. 191-222). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ursano, R.J. y Fullerton, C.S. (1990). Cognitive and behavioral responses to trauma. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 1766-1775.
- Ursano, R.J., Fullerton, C.S. y Norwood, A.E. (Eds.) (2003). *Terrorism and disaster. Individual and community mental health interventions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ursano, R.J., Fullerton, C.S., y Kao, T.C. (1995). Longitudinal assessment of post-traumatic stress disorder and depression following exposure to traumatic death. *Journal of Nervous and Mental Disease, 183*, 36-43.
- Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Vance, K. y Kao, T.C. (1999). Posttraumatic stress disorder and identification in disaster workers. *American Journal of Psychiatry, 156*, 353-359.
- Ursano, R.J., McCaughey, B.G. y Fullerton, C.S. (Eds.) (1994). *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Young, B.H., Ford, J.D., Ruzek, J.I., Friedman, M.J., Gusman, F.D. (1998). *Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators*. Palo Alto, CA: Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD.