



2006, 12(1), 75-87

LAS VÍCTIMAS DEL 11M: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DESDE EL DISPOSITIVO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SUMMA 112

M. Rey Bruguera y R. Hillers Rodríguez

CSM de Móstoles y San Blas. Servicio Madrileño de Salud

Resumen: En este artículo se presentan los resultados del seguimiento a medio plazo realizado por el Dispositivo Especial de Atención Psicológica del SUMMA 112, con una muestra de 185 víctimas de los atentados de Madrid, iniciado tres meses después del 11 de marzo de 2004. Se administró telefónicamente un protocolo creado especialmente por el Dispositivo y la escala TOP-8. Del total de víctimas (64% mujeres), el 54 % presentó durante el seguimiento síntomas de probable Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). El 34% de las víctimas recibió atención en los dispositivos de salud mental la semana siguiente a los atentados. El 83% de encuestados manifestó durante el seguimiento una reducción de los síntomas iniciales que originaron la demanda al SUMMA 112. Estos resultados reflejan las consecuencias sobre las víctimas de un suceso traumático y la importancia de la intervención psicológica en crisis próxima e inmediata para amortiguar sus efectos.

Palabras Clave: Intervención psicológica en crisis, Estrés postraumático, Víctima, Terrorismo.

Abstract: The Special Unit of Psychological Attention at SUMMA 112 carried out a medium-term follow-up survey with a 185 victims sample three months after the terrorist attacks on 11th March 2004 in Madrid. The results are presented in this paper. A protocol designed *ad hoc* by the Unit and TOP-8 scale were administered by telephone. During the follow-up 54 percent of the victims sample (64 percent women) showed probable Post-traumatic Stress Disorder. 34 percent of victims received mental assistance one week after the terrorist attacks. A high number of respondents (83 percent) indicated a reduction of their initial symptoms during the survey, those which urged them to call SUMMA 112 emergency numbers in the first moments after the attacks. These results show the consequences on victims of a traumatic event and the relevance of immediate and close assistance in psychological crisis intervention in order to diminish the negative effects.

Key words: Psychological crisis intervention, Post-traumatic Stress Disorder, Victim, Terrorist attacks.

Title: *Victims on 11th March: follow-up study by the SUMMA 112 Psychological Attention Unit*

Introducción

Tres meses después de los atentados de Madrid del 11 de marzo de 2004, las psicólogas clínicas del Dispositivo Especial de Atención Psicológica creado en el SUMMA 112 (Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid) realizaron un estudio de seguimiento a medio plazo de las personas atendidas en este recurso, que finalizó en septiembre de ese mismo

año (Rey Bruguera y Hillers Rodríguez, 2005).

El propósito fue analizar los síntomas transcurrido al menos un mes, periodo en que las reacciones de estrés pueden cronificarse y derivar en trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral y Amor, 2004). Según los estudios, la presencia de síntomas de estrés agudo es uno de los más claros predictores de la aparición posterior del trastorno de estrés postraumático (Bryant y Harvey, 2000). Además, se ha demostrado que aproximadamente un 25%

* Dirigir la correspondencia a: Mayelin Rey Bruguera. CSM Móstoles. C/ Nueva York 16. 28938 Madrid. E-mail: mayerey@cop.es
© Copyright 2006: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

de víctimas o testigos de una situación traumática puede desarrollar dicho trastorno (Echeburúa y Corral, 1997), e incluso la afectación puede extenderse a la población general (Galea, Ahern, Remick, Kirkpatrick, Bucuvalas, Gold, y Vlahov, 2002).

De acuerdo con diversas investigaciones (Echeburúa y Corral, 1995; Foa, Zinbarg y Rothbaum, 1992), el trastorno de estrés postraumático tiende a cronificarse en función de la intensidad y gravedad del suceso traumático, en particular cuando éste se debe a la intervención humana y voluntaria, puesto que la percepción de incontabilidad es mayor. Ambas condiciones se dieron en los atentados del 11 de marzo en Madrid, por lo que se hizo imprescindible la continuidad de la intervención psicológica a la población afectada.

La Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid puso en marcha el Plan de Atención de Salud Mental para los Damnificados por el Atentado del 11-M. El 4 de agosto de 2004 informó que los servicios de Salud Mental habían prestado asistencia a más de 2.700 personas, lo que generó cerca de 9.400 consultas en los dispositivos de Salud Mental y Atención Primaria (Comunidad de Madrid, 2004). Durante los 10 días siguientes a los atentados, el Dispositivo Especial de Atención Psicológica del SUMMA 112 recibió 957 llamadas y se realizaron 1488 intervenciones psicológicas de seguimiento (Hillers y Rey, en prensa).

El estudio del equipo de la Universidad Complutense de Madrid (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González y Galea, 2004a; Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González y Galea, 2004b; Miguel-Tobal y Martínez Sánchez, 2004) sobre población general, realizado entre las 5 y 10 semanas tras los atentados, detectó que un 10,9% presentó crisis de angustia o ataques de pánico, porcentaje que aumenta si se trata de víctimas y allegados (45,3%),

población de las zonas afectadas (17,1%) y personal de emergencia (13,9%). Respecto al trastorno por estrés postraumático, aparece en un 35,9% de las víctimas, en un 5,4% de personas que viven en las zonas afectadas (Atocha, El Pozo y Santa Eugenia), un 1,2% entre el personal de emergencia y en el 4% de la población general. El personal de emergencias, directamente implicado en la atención a las víctimas, experimenta reacciones psicológicas adversas, pero realiza un adecuado manejo emocional para evitar la cronificación de dichas reacciones (González-Ordi, Miguel-Tobal, Cano-Vindel, e Iruarrizaga, 2004). También se ha observado mayor presencia de psicopatología en víctimas, familiares y allegados (Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel y González, 2004), llegando casi al 36% de trastorno por estrés postraumático, además de un 45,3% de personas con ataque de pánico, 31,3% depresión mayor y otras consecuencias psicológicas (aumento en consumo de tabaco, alcohol y psicofármacos). En Madrid, a diferencia de otros estudios, no se encontraron diferencias en las consecuencias psicológicas para las personas según la proximidad de la residencia a las zonas afectadas en comparación con otros distritos (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González-Ordi e Iruarrizaga, 2004).

Una comparativa interesante son los datos sobre el impacto psicológico tras el ataque de las Torres Gemelas del 11 de septiembre de 2001. Se menciona con frecuencia el trabajo de Schlenger, Caddell, Ebert, Jordan, Wilson, Thalji, Dennis, Fairbank, y Kulka (2002), en el que los autores realizaron una encuesta telefónica a una muestra de 2773 habitantes de la ciudad de Nueva York, entre 1 y 2 meses después de los atentados del 11 de septiembre de 2002. Entre las medidas de estimación de la salud mental de los **encuestados**, exploraron la presencia de síntomas de estrés

postraumático y otras medidas clínicas más inespecíficas de malestar psicológico.

La prevalencia de TEPT probable fue de un 11.2% entre los residentes en Nueva York, frente al 2.7% de la población de Washington, y el 4.3% hallado en población de Estados Unidos en general, por lo que los autores relacionaron, entre otros factores, la proximidad geográfica al suceso traumático con la presencia de probable TEPT asociado al atentado del 11-S. Asimismo, Galea et al. (2002) informan de una prevalencia estimada del 7.5% de TPET entre habitantes de Manhattan (Nueva York) tras los atentados a las Torres Gemelas, cifra que a pesar de haberse obtenido por medios algo diferentes al estudio de Schlenger et al. (2002), se encuentra dentro del intervalo de confianza.

El trabajo que se describe a continuación forma parte de un estudio más amplio, en el que participaron 350 personas (incluyendo víctimas, testigos directos y testigos indirectos) que habían demandado atención psicológica en el SUMMA 112 tras los atentados. Los objetivos del estudio y los resultados preliminares han sido ya expuestos en otro lugar (Rey Bruguera y Hillers Rodríguez, 2005). Brevemente, los principales objetivos fueron, por una parte, valorar el estado psicológico y psicopatológico actual de una muestra de personas que había demandado atención psicológica y la presencia o no de posible trastorno de estrés postraumático (TEPT) y, por ende, comprobar la efectividad de la intervención psicológica en crisis realizada desde el SUMMA 112, puesto que esta situación constituía una novedad en los Servicios de Emergencia en la Comunidad de Madrid. Por otra parte, detectar posibles casos de persistencia de síntomas y personas con riesgo de cronicidad que no estuviesen en tratamiento en salud mental, y realizar la derivación a la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

Por último, señalar que un aspecto analizado en estudios relativos al 11 de septiembre en Nueva York (Baker, Howell, Jamal, Lin, Shryock, Stockton, y Tessler, 2004; Gallup, 2001; Pinzon, 2003) hace referencia al posible cambio de actitud respecto a etnias relacionadas con la autoría de los hechos terroristas. Este dato también ha sido incluido en el estudio.

Método

Sujetos

Del total de personas que solicitaron asistencia psicológica al SUMMA 112 durante el 11 de marzo de 2004 y los días posteriores (aproximadamente 1500 demandas), el Dispositivo Especial de Atención Psicológica inició en junio de 2004 el contacto telefónico con los afectados o con sus allegados. Es decir, la información se recabó directamente de las víctimas (autoinforme), lo que supone el 81% de los casos, o de una persona cercana (heteroinforme) en un 19%. A finales de septiembre de 2004, es decir, más de seis meses después de los atentados, la muestra alcanzó las 185 víctimas, siendo éstas las personas que viajaban en alguno de los trenes siniestrados o se encontraban en el andén donde explotaron los trenes. Hay que añadir que 14 víctimas (8% de los casos) fallecieron en los atentados, según refirieron los familiares contactados y de los que, por razones obvias, no se obtuvieron datos para el estudio.

Material y procedimiento

Las autoras diseñaron un cuestionario propio al que respondían los participantes voluntariamente tras recibir la información acerca del estudio de seguimiento, de sus objetivos y solicitar consentimiento para ser valorados nuevamente. Con la información obtenida se creó una base de datos para facilitar los cálculos estadísticos, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato.

El cuestionario de seguimiento incluía los siguientes aspectos:

- Datos personales y datos del atentado: datos sociodemográficos e información acerca del lugar donde se encontraban en el momento de los atentados.
- Antecedentes personales y familiares: referidos tanto al ámbito médico como psicológico y/o psicopatológico.
- Sintomatología inicial y actual (en el momento del seguimiento): síntomas que presentaban los afectados, agrupados según modalidad de respuesta (ver más adelante en “resultados”), tanto en los días posteriores a los atentados y valorados en la demanda de atención psicológica inicial, como al realizarse el seguimiento.
 - Shock, confusión, embotamiento, desorientación.
 - Reacciones con predominio de alteraciones de la conducta: insomnio, pesadillas, agitación, hiperactividad o respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático, aumento de la activación o arousal, evitación de pensamientos, lugares o conversaciones sobre el suceso.
 - Reacciones con predominio de alteraciones emocionales: ira, rabia, llanto, tristeza.
 - Reacciones con predominio de alteraciones vegetativas: taquicardia, temblor, sudoración, vómitos, náuseas...
 - Reacciones cognitivas: Imágenes, pensamientos o recuerdos recurrentes e intrusivos, reexperimentación frecuente de la situación traumática en forma de recuerdos, sueños o flashbacks.
 - Otros.
- Atención en salud mental: Se averiguó si los afectados fueron derivados a los dispositivos de la red de Salud Mental adecuados, según el lugar de residencia, por requerir una intervención más continuada, si efectivamente acudieron y, en caso afirmativo, qué tipo de asistencia recibieron (psicológica, psiquiátrica, o ambas, etc.). Se pidió una valoración razonada de la atención, y de esta forma se detectaron puntualmente algunas incidencias. Asimismo, se solicitó a la persona que ordenase cronológicamente la atención en los diferentes recursos, con la finalidad de establecer el papel de la atención psicológica desde el SUMMA 112.
- Evolución de la sintomatología: El propio entrevistado valoraba su estado en el momento del seguimiento, comparándolo con su estado cuando demandó la atención psicológica.
- Comentarios sobre otras etnias: Se recogían comentarios espontáneos, no inducidos por la entrevistadora, sobre otras etnias o culturas, especificando si se había o no producido un cambio y en qué sentido (positivo o negativo).

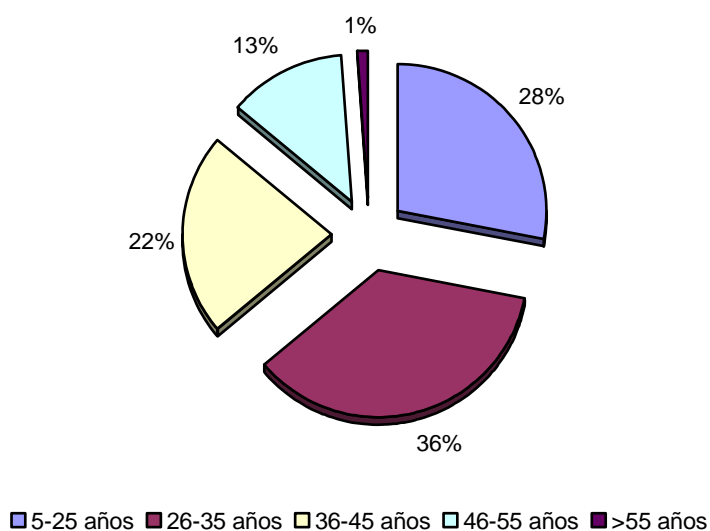
Complementariamente, se aplicó la escala TOP-8 para la detección del Trastorno por estrés postraumático (TEPT). Esta prueba, derivada de la Davidson Trauma Scale (DTS) y validada en nuestro país por Bobes y su equipo (Bobes, Calcedo-Barba, García, François, Rico-Villademoros, González et al., 2000), es un cuestionario de 17 ítems que cuantifica la frecuencia y la gravedad de cada síntoma de TEPT (criterios DSM-IV, 1995). La puntuación total oscila de 0 a 32 puntos. En nuestro país se empleó un método indirecto para su validación: a través del análisis psicométrico de un subconjunto de 8 ítems tras aplicar a los pacientes la DTS, los 8 ítems seleccionados evalúan los mismos aspectos sintomatológicos que los ítems del TOP-8 original. Los

autores del trabajo original, proponen como puntos de corte: 0-7, que indica la no existencia de trastorno por estrés post-traumático; las puntuaciones entre 8-11 requieren valorar la posible presencia de TPET; por último, las puntuaciones iguales o superiores a 12 indican la existencia segura de trastorno por estrés post-traumático.

Resultados

Víctimas atendidas

El equipo de psicólogas del SUMMA 112 realizó seguimiento a 185 víctimas que habían demandado atención psicológica al Dispositivo Especial, o a sus allegados, de los cuales 118 eran mujeres (64%) y 67 hombres (36%). Las edades variaron en un rango entre los 5 y 74 años, con una edad media de 33. El porcentaje más amplio corresponde al rango de edades comprendidas entre los 26 y los 35 años (ver Figura I).



Con respecto al lugar del atentado, el 74% de las víctimas se encontraba en la estación de Atocha o la calle Téllez, el 16% en la de Santa Eugenia, y el 10% en la de El Pozo.

En cuanto al estado físico de las víctimas, solamente una persona resultó herida grave (1%), 79 resultaron heridos leves (43%), y 91 resultaron ilesos, es decir, sin lesiones físicas (48%). Como mencionamos al describir la muestra, los familiares in-

formaron que 14 de las víctimas fallecieron (8%).

Origen de las personas atendidas

Por nacionalidades, la mayoría de los encuestados era de nacionalidad española (48%). Le siguen en número las víctimas ecuatorianas (23%), los procedentes de Colombia (10%), de Bolivia (4%) y Rumanía (3%). El resto se distribuye en pequeños porcentajes en más de 11 nacionalidades.

Síntomas motivo de consulta y síntomas en el seguimiento

Síntomas iniciales:

Los días posteriores a los atentados de Madrid, las demandas atendidas por el Dispositivo de Atención Psicológica de SUMMA 112 se debían a la presencia de sintomatología compatible con el Trastorno por Estrés Agudo según criterios diagnósticos DSM-IV, el cual incluye distintos gru-

vidad...); reacciones con predominio de alteraciones emocionales (ira, rabia, llanto, tristeza...); reacciones con predominio de alteraciones vegetativas (taquicardia, temblor, sudoración, vómitos, náuseas...); y reacciones cognitivas (imágenes, pensamientos o recuerdos recurrentes e intrusivos...). En caso de persistir los síntomas descritos transcurridas cuatro semanas, el diagnóstico pasa a ser Trastorno por Estrés Pos-

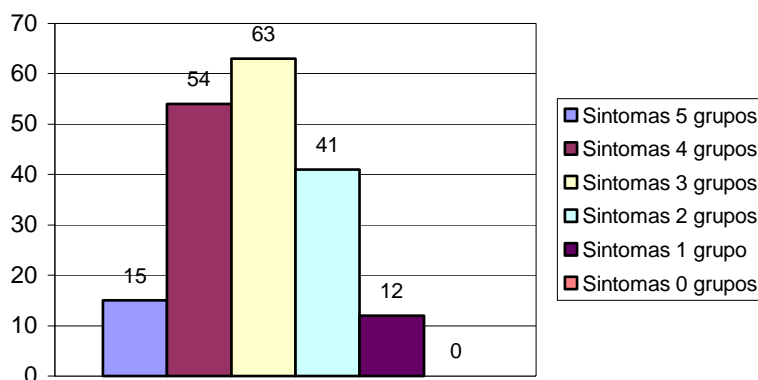


Figura 2. Síntomas iniciales

pos de síntomas: shock, confusión, embotamiento, desorientación; reacciones con predominio de alteraciones de la conducta (insomnio, pesadillas, agitación, hiperacti-

traumático o TEPT, de acuerdo con criterios DSM-IV.

La distribución de los síntomas iniciales se muestra en la Figura II.

Más de un tercio de las víctimas (35%), demandó atención psicológica por presentar síntomas iniciales de tres grupos diferentes, principalmente por reacciones con predominio de alteraciones de la conducta, alteraciones emocionales y cognitivas. A continuación se sitúa el grupo de víctimas con síntomas de cuatro grupos, con un 29%. El 22% presentó síntomas de dos grupos. El 6% de las víctimas presentó tan sólo síntomas de un tipo (por lo general, alteraciones emocionales), mientras que el 8% restante sufrió alteraciones de los cinco grupos de síntomas.

Con relación al momento de aparición de los síntomas, más de la mitad de las víctimas (57%) comenzó a experimentar reacciones de estrés agudo el mismo día de los atentados, tal y como se refleja en la Tabla I.

Tabla I. Momento de aparición de los síntomas

Síntomas iniciales	Porcentaje
Mismo día	57%
1-7 después	41%
A las 2 semanas	1%
A las 3 semanas	1%
Después de mes y medio	---

Síntomas presentes al realizar el seguimiento (síntomas actuales):

De acuerdo con el cuestionario TOP-8, el 66% del total de encuestados presentó posible TEPT durante el seguimiento. Asi-

mismo, se tuvo en cuenta los síntomas que aún persistían en las víctimas (dos últimas semanas). Los resultados aparecen en la Figura III.

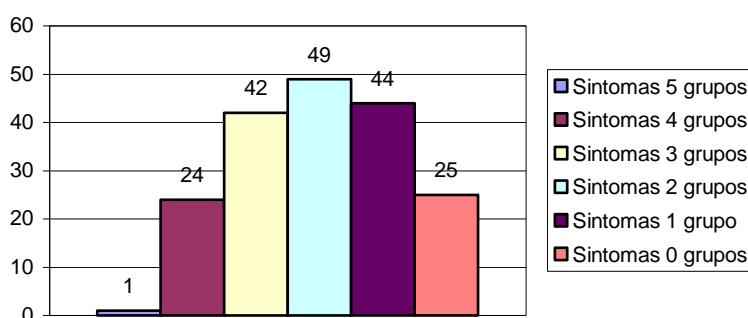


Figura 3. Síntomas iniciales

Se observó que las reacciones de shock y embotamiento ya no aparecían en este momento, y que aumentaron los porcentajes de víctimas que solamente presentaban alteraciones de uno (24%) o dos (25%) grupos de síntomas. En la tabla II se comparan los síntomas en el momento inicial y en el seguimiento.

Atención desde salud mental a las víctimas del 11-M

Del total de víctimas encuestadas, el 73% recibió atención en salud mental, lo que implica que el 27% no había recibido atención a pesar de la derivación del SUMMA 112. En la mayoría de los casos las víctimas no se dirigieron a los dispositivos de salud mental por considerar que su situación no era tan grave como la de otros afectados, o que con el tiempo sus síntomas desaparecerían.

Respecto al tipo de atención en salud mental, el mayor porcentaje corresponde a

los pacientes que habían recibido exclusivamente atención psicológica (29%); seguido por los atendidos por psicólogo y psiquiatra conjuntamente (21%), y los que recibían atención psiquiátrica únicamente (17%). Un 5% de las víctimas fue atendido sólo por su médico de atención primaria, prescribiendo tratamiento farmacológico (ver Figura IV).

Tabla II. Comparación síntomas iniciales y en el seguimiento

Síntomas	Iniciales	Seguimiento
De 5 grupos	8%	1%
De 4 grupos	29%	13%
De 3 grupos	35%	23%
De 2 grupos	22%	25%
De 1 grupos	6%	24%
Ausencia de síntomas	----	14%

En este sentido, debemos señalar que una limitación del estudio es la no inclusión del tipo de tratamiento farmacológico de los pacientes. Este dato tuvo que ser

descartado dada la escasa fiabilidad tanto del modo de contacto (vía telefónica), como del desconocimiento de la medicación por parte de los entrevistados.

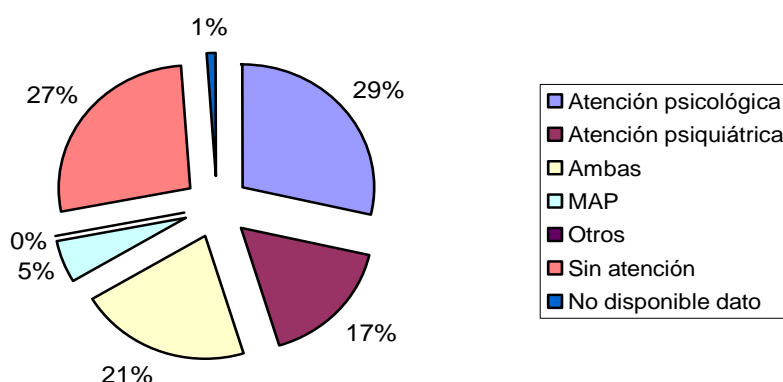


Figura 4. Atención en Salud Mental

De los pacientes que recibieron atención en salud mental, el 83% informó de la disminución de los síntomas iniciales, el 12% se encontraba igual, y tan sólo el 4% manifestó mayor presencia de síntomas propios del TEPT en el momento de realizar el seguimiento. Asimismo, el 76% de las víctimas relacionó su mejoría con la atención recibida en salud mental.

Respecto al comienzo de la atención en los dispositivos de salud mental, el porcentaje mayor de pacientes recibió la atención en la semana siguiente a los atentados (34%) o a las dos semanas (32%). La atención se concentró básicamente en los 15 días que siguieron al 11-M (Tabla III), lo que da idea de la celeridad y la capacidad de reacción de los dispositivos de salud mental durante los días críticos de aumento espectacular de la demanda, que se materializó en el Plan de Atención de Salud Mental para los Damnificados por el Aten-

tado del 11-M, reforzando los servicios sanitarios, contratando 35 psiquiatras y 17 psicólogos (Comunidad de Madrid, 2004).

Tabla III. Comienzo de la atención en salud mental

Síntomas	Seguimiento
Mismo día de los atentados	8%
1-7 días tras los atentados	34%
A las dos semanas	32%
A las tres semanas	14%
Al mes	8%
Después de 1 mes	4%

Por otra parte, de las personas que recibieron atención en salud mental, el 52% continuaba en tratamiento en el momento

del seguimiento, el 22% había recibido ya el alta, mientras el 23%, abandonó el tratamiento voluntariamente, siendo las causas más comunes la incompatibilidad horaria con el desempeño laboral, o el temor a tener problemas con su empleador por este

motivo (el 3% restante no sabe o no contesta). La situación se refleja de forma más detallada en la Tabla IV, desglosando en este caso a los pacientes de acuerdo con la atención recibida.

Tabla IV. Continuidad de la atención en salud mental: comparación atención psicológica y atención psiquiátrica

	Tipo de atención recibida		
	Psicológica (n=53)	Psiquiátrica (n=31)	Ambas (n=39)
Alta	21%	16%	15%
Abandono	28%	26%	3%
Continúan en tratamiento	40%	42%	56%
NS/NC	11%	16%	26%

Continuidad de la atención en salud mental: comparación atención psicológica y atención psiquiátrica.

Atención psicológica desde SUMMA 112 a las víctimas del 11-M

De las 185 víctimas encuestadas durante el seguimiento, 140 (75%) acudieron al SUMMA 112 como primer dispositivo de salud mental para recibir atención psicológica en crisis, tras producirse los atentados. Este número se eleva a 180 (97%) tras incluir a las personas que demandaron en segundo lugar. Por último, un 20% recurrió exclusivamente al SUMMA 112 como Dispositivo de atención psicológica.

Asimismo, se detectó en la muestra que la mayoría de las intervenciones desde el Dispositivo de Atención Psicológica de SUMMA 112 fueron puntuales, es decir, se realizaron uno o dos contactos con el

paciente (80%). En otras ocasiones, la intervención psicológica se prolongó en el tiempo, dada la sintomatología del paciente, o debido a las circunstancias personales y/o sociales (horario laboral, personas con reticencias a ser atendidos por estos especialistas, inmigrantes sin documentación en regla y con temor a ser deportados, etc.), que hacían poco probable el dirigirse a los dispositivos de salud mental. En cuanto a la atención domiciliaria (183 desplazamientos en total entre el 11 y el 21 de marzo de 2004; Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2004), en la muestra tan sólo hubo un pequeño porcentaje de casos (4%) en los que se requirió el desplazamiento del psicólogo. Los datos se muestran en la Tabla V.

Tabla V. Dispositivo Especial de Atención Psicológica de SUMMA 112: tipo de intervenciones

Intervención puntual	80%
> 2 contactos	7%
De 4 a 5 contactos	9%
Seguimiento	> 5 contactos
	3%
	Con medicación
	3%
Atención domiciliaria	Sin medicación
	1%

Dispositivo Especial de Atención Psicológica de SUMMA 112: tipo de intervenciones.

De los 140 entrevistados que consultaron a SUMMA 112 en primer lugar, el 50% fue derivado a otro dispositivo de salud mental para recibir atención continuada y de éstos, la mayoría (el 79%) manifestó encontrarse mejor de sus síntomas iniciales en el momento de entrevistarlos. De hecho, el 29% de las víctimas derivadas obtuvo una puntuación en el TOP-8 inferior a 8, lo que indica ausencia de TEPT.

Del total de personas derivadas, el 56% recibió efectivamente tratamiento posterior en Centros de Salud Mental. Incluso hubo pacientes que, sin ser derivados, acudieron a otros dispositivos de salud mental tras consultar con SUMMA 112 (43). De éstos, un 17 obtuvo, además, una puntuación en el TOP-8 que descarta la presencia de TEPT.

Percepción de otras etnias

Según los datos obtenidos, el 43% del total de la muestra realizó espontáneamente comentarios sobre otras etnias. Las opiniones experimentaron mayoritariamente un cambio de actitud negativa hacia las personas extranjeras en general y algunos, en particular, hacia la raza árabe. 20 entrevistados (25%) vertieron comentarios negativos. Ninguna persona manifestó un cambio de

actitud positivo, a pesar de expresar su convicción de que estaba siendo injusto con los individuos inocentes y la generalización de prejuicios. 8 entrevistados (10%) no manifestaron cambio alguno.

Discusión

Dentro de las actuaciones realizadas por el Dispositivo Especial de Atención Psicológica del SUMMA 112, este artículo se ha centrado en el estudio de seguimiento a medio plazo de las víctimas de los atentados del 11 de marzo de 2004, con el fin de observar la evolución de las primeras reacciones de crisis, la posible aparición tardía de síntomas, la prevención de posibles secuelas psicológicas (Muñoz, Vázquez, Crespo, Pérez-Santos, Panadero, Guillén, de Vicente, Ausín, y Santos-Olmo, 2004; Muñoz, Crespo, Pérez-Santos, y Vázquez, 2004), además de evaluar la asistencia a estas personas desde salud mental, en particular del Dispositivo del SUMMA 112.

Durante el seguimiento se detectó que un 54% de las víctimas contactadas presentaba síntomas de un posible trastorno por estrés postraumático, cifra algo superior a la obtenida en víctimas (35,9%) por el equipo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid (Miguel-Tobal et al., 2004b; Iruarrizaga et al., 2004), que consideraron todos los síntomas que defi-

nen el trastorno de estrés postraumático. Esta discrepancia podría deberse al instrumento de evaluación de trastorno de estrés postraumático y/o a las características de la muestra (personas que habían solicitado atención psicológica al SUMMA 112). Pero téngase en cuenta que el equipo de la Complutense obtuvo prevalencias por síntoma, para los seis síntomas más frecuentes, que oscilaron entre el 60,7% (cambio en la forma de contemplar el futuro) y el 55,6% (reducción acusada del interés).

Los días que siguieron a los atentados, el 75% de las víctimas encuestadas recurrió al SUMMA 112 como primer dispositivo de salud mental, siendo derivado a otros recursos asistenciales el 50%, principalmente a los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

A pesar de que más de la mitad de las víctimas (52%) continuaba en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico al realizar el seguimiento, el 79% de las personas derivadas a los distintos dispositivos de Salud Mental manifestó una disminución de los síntomas iniciales de estrés agudo. Esta mejoría no se limita a la impresión subjetiva de los interesados, sino que se ha visto igualmente reflejada mediante el cuestionario empleado durante la fase de seguimiento. Consideramos que estas cifras expresan, en parte, la adecuada intervención del Dispositivo Especial de Atención Psicológica del SUMMA 112, situación novedosa en el Servicio de Emergencia en la Comunidad de Madrid, incluyendo por primera vez la atención psicológica en crisis, urgencias, emergencias y catástrofes a los usuarios de este tipo de dispositivos, al menos durante 6 meses para los afectados por los atentados del 11-M. La intervención psicológica, basada en la ley de Hansel o los principios de la intervención en crisis (Slakieu, 1984), según la cual su eficacia está en función de la proximidad en el tiempo (inmediatez), el lugar del suceso crítico y de su carácter

puntual (intervención en una sola sesión), puede contribuir a la disminución de los síntomas de estrés agudo, produciendo efectos positivos en la evolución de los mismos, evitando su cronificación (Echeburua et al., 2004; Bryant y Harvey, 2000).

Las limitaciones de este estudio son similares a las informadas por los autores que valoraron, en los momentos posteriores al atentado del 11-S en Nueva York, su impacto en la población. Por una parte, la ausencia de medidas previas a los atentados, lo que limita nuestra capacidad de inferencia sobre la repercusión psicológica real de la catástrofe, así como desconocer sus efectos a largo plazo. Por otra parte, inmediatamente tras los atentados obtuvimos respuestas autoinformadas de las propias víctimas mediante entrevista telefónica y un cuestionario global que cribara la presencia de síntomas, un protocolo de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, donde se reflejaban los datos de filiación del usuario y los relativos al estado psicológico y el probable pronóstico. En este protocolo se recogió información del demandante sobre posibles síntomas de estrés postraumático. Estos síntomas se clasificaron dentro de las categorías que hemos descrito en el apartado "método", a saber: shock, confusión, embotamiento o desorientación; reacciones con predominio de alteraciones de la conducta; reacciones con predominio de alteraciones emocionales; reacciones con predominio de alteraciones vegetativas; y reacciones cognitivas. Por tanto, hubiera resultado más adecuado emplear desde el inicio medidas de evaluación más específicas con significación clínica para la identificación de malestar psicológico.

No obstante, consideramos que el método de detección inicial de los síntomas de estrés agudo fue adecuado, dadas las especiales circunstancias de la actuación desde el SUMMA 112, como inmediatez, deman-

da asistencial, contacto telefónico, etc. (Hillers Rodríguez y Rey Bruguera, 2005). Estudios recientes muestran que dichos síntomas de estrés agudo son excelentes predictores de TEPT y que alrededor del 80% de las personas que cumplen criterios de trastorno por estrés agudo los cumplen igualmente para TEPT con el tiempo (Bryant y Harvey, 1998; Classen, Koopman, Hales y Spiegel, 1998; Harvey y Bryant, 1998).

Entendemos que la intervención psicológica desarrollada por este Dispositivo tras los atentados del 11-M puede haber contribuido, en parte, a la pronta normalización de la población afectada, así como a ampliar los conocimientos y técnicas aplicables a las situaciones críticas.

Para finalizar, y teniendo en cuenta los resultados sobre un cambio de percepción

hacia otras etnias, aunque nuestro estudio presenta limitaciones, valoramos que la difusión de la información ha de ser extremadamente cuidada, siendo fundamental la figura del psicólogo en la comunicación a la población en situaciones de emergencias y catástrofes.

Agradecimientos

Servicio de Emergencias Médicas de Madrid (SUMMA 112).

Antonio Cano Vindel. Departamento de Psicología Básica II, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

<p>Artículo recibido: 02-02-2006 aceptado: 27-03-2006</p>
--

Referencias bibliográficas

- APA, American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales*. Barcelona: Masson (traducción española).
- Baker, W., Howell, S., Jamal, A., Lin, A.C., Shryock, A., Stockton, R. y Tessler, M. (2004). Preliminary findings from the Detroit Arab American study. Extraído el 8 de febrero de 2005 de www.umich.edu/news/Releases/2004/Jul04/daas.pdf.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M.P., Bascarán, M.T., Bousoño, M. y Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207-218.
- Bryant, R.A. y Harvey, A.G. (1998). Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychology* 55, 625-629.
- Bryant, R.A. y Harvey, A.G. (2000) *Acute Stress Disorder*. Washington D.C.: APA.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J.J., González-Ordi, H., y Iruarrizaga, I. (2004). Los atentados terroristas del 11-M en Madrid: la proximidad de la residencia a las áreas afectadas. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 181-194.
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R. y Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychology* 55, 620-624.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2004). Dispositivo de coordinación creado por el Colegio para desarrollar la asistencia psicológica tras los atentados terroristas ocurridos en Madrid el 11 de marzo. *Intervención Psicosocial*, 13 (1), 131-134.
- Comunidad de Madrid (2004). Plan de Atención de Salud Mental para los Damnificados por el Atentado del 11-M. Extraído el 8 de febrero de 2005 de www.comadrid.es/comun/0.2616_3029_3437_97355621_12191513_.00.html.
- Davidson, J.R.T., Smith, R. (1990). Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Journal of Trauma and Stress*, 3, 459-75.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.

- Echeburúa, E. y Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 3 (2-3), 249-264.
- Echeburúa, E., Del Corral, P. y Amor, P.J. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 15, 273-292.
- Foa, E.B., Zinbarg, R. y Rothbaum, B.O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Galea, S., Ahern, J., Remick, H., Kirkpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. y Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11th terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- Gallup (2001). *Terrorism Reaction Poll # 2*. Extraído el 12 de febrero de 2005 de brain.gallup.com/documents/question.aspx?question=108594&Advanced=1&SearchConType=1&Search.
- González-Ordi, H., Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., y Iruarrizaga, I. (2004). Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 207-217.
- Harvey, A.G. y Bryant, R.A. Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 66, 507-512.
- Hillers Rodríguez, R. y Rey Bruguera, M. (2005). Dispositivo de actuación psicológica del SUMMA 112 tras los atentados del 11-M en Madrid. En www.cuadernosdecrisis.com. Cuaderno nº 4, vol. 1, 25-33.
- Hillers, R. y Rey, M. (en prensa). La intervención psicológica en el SUMMA 112 tras los atentados del 11-M en Madrid. *Estudios de Psicología*.
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., González, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 195-206.
- Miguel-Tobal, J.J. y Martínez-Sánchez, F. (2004). La reacción humana ante el trauma: consecuencias del 11 de marzo de 2004. Presentación de la Monografía. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 141-145.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H. y Galea, S. (2004a). Consecuencias psicológicas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 163-179.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano, A., Iruarrizaga, I., González, H. y Galea, S. (2004b). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud*, 15 (3), 293-304.
- 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. (2004a). Estudio de los efectos psicológicos a corto plazo de los atentados del 11M en población general de la zona afectada. *Papeles del Psicólogo*, 25 (87), 67-71.
- Muñoz, M., Crespo, M., Pérez-Santos, E., y Vázquez, J. J. (2004b). 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. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 147-161.
- Pinzon, M. (2003, octubre 17). City survey records increased discrimination of Muslims, Arabs and south Asians. *New York News*. Extraído el 12 de febrero de 2005 de www.nynewsnetwork.com/Article.php?article=City+Survey+Records.htm.
- Rey Bruguera, M. y Hillers Rodríguez, R. (2005). Estudio de seguimiento de los afectados por los atentados del 11-M en Madrid en el SUMMA 112: resultados preliminares. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58(2), 223-238.
- Schlenger, W.E., Caddell, J.M., Ebert, L., Jordan, B.K., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J.M., Fairbank, J.A. y Kulka, R.A. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks. Findings from the national study of americans' reactions to September 11. *JAMA*, 288(5), 81-588.
- Slakie, A. (1984). *Crisis intervention*. MA: Allyn and Bacon. Edición en español (1988). *Intervención en crisis: Manual para la práctica y la investigación*. Méjico: Manual Moderno.