



## ***DIEZ REFERENCIAS DESTACADAS ACERCA DE:***

### **Psicopatología y terrorismo**

**Mónica García García  
Inmaculada Torres Pérez  
María Valdés Díaz<sup>1</sup>**

*Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamiento  
Psicológicos. Universidad de Sevilla (España).*

#### **INTRODUCCIÓN**

El conocimiento sobre las repercusiones psicológicas en víctimas de ataques terroristas ha suscitado el interés de los investigadores desde hace décadas, pero se ha reavivado después de dos fechas que, sin duda, ya son históricas: 11-S en EE.UU. y 11-M en España.

El volumen de trabajos que versan sobre víctimas del terrorismo es elevado, pero éste aumenta significativamente cuando se añade el descriptor 11 de septiembre. Cabe resaltar el esfuerzo que los investigadores americanos han realizado a la hora de llevar a cabo estudios de campo, aunque también, hemos de mencionar que todos están subvencionados en mayor o menor medida por algún tipo de organización, ya sea estatal o privada. En España, por el contrario, llama la atención, la escasez de estudios sólidos sobre el impacto psicológico del terrorismo ligado a ETA, si tenemos en cuenta, que es un país que está siendo azotado por este tipo de acontecimientos desde hace más de 30 años. Del mismo modo, la productividad científica en relación con los sucesos del 11-M no ha sido tan elevada, si la comparamos por ejemplo, con la que se ha podido generar en los Estados Unidos en cuanto al 11-S, si bien, es cierto

que el período de tiempo transcurrido desde los hechos de Madrid es aún breve. Por otro lado, destaca que gran parte del material al que se ha podido acceder con relación a las consecuencias psicológicas del terrorismo dentro de nuestras fronteras, tenga un carácter divulgativo y de autoayuda, más que científico. Sin embargo, resalta el esfuerzo significativo desarrollado por los equipos de investigación de J. J. Miguel-Tobal, M. Muñoz y C. Vázquez, todos ellos pertenecientes a la Universidad Complutense de Madrid, que nos están permitiendo aproximarnos a las secuelas que acontecimientos, tan desconcertantes como los del 11-M, han dejado en la salud mental de quienes se han visto afectados directa e incluso indirectamente.

Todos los aspectos reseñados hasta ahora, han contribuido a que haya resultado bastante compleja la labor de seleccionar los 10 trabajos más representativos. Para ello, hemos establecido una serie de "requisitos", aún a sabiendas de que pueden no ser los más acertados. Por un lado, se han incluido estudios provenientes de autores americanos y europeos (aunque la proporción entre unos y otros no es homogénea) e incluso, se ha considerado uno de procedencia israelita; intentando así, que quedaran recogidos casi todos los acontecimientos terroristas de mayor significación a escala mundial. Además, se ha procurado que los objetivos de los estudios fueran diversos y sobre distintos tipos de poblaciones, si bien hemos hallado, en algunos casos, la colaboración de los mismos autores en distintos trabajos, aunque dando respuestas a hipótesis diferentes en cada uno. Cabe destacar, que tal y como era previsible, la mayoría de las investigaciones escogidas han tomado el Trastorno por

---

<sup>1</sup>Dirección de contacto:  
Dra María Valdés Díaz  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento  
Psicológicos. c/ Camilo José Cela s/n 41018 Sevilla  
(España) E-mail: [mvaldes@us.es](mailto:mvaldes@us.es)

Estrés Posttraumático como manifestación psicopatológica central sobre la cual basarse; no obstante, pueden encontrarse referencias que también aluden a la sintomatología afectiva, las estrategias de afrontamiento, entre otras. Por último, ha de señalarse que todos tienen en común estar publicados en revistas fácilmente accesibles; en este sentido, hemos de enfatizar que existen otros trabajos igualmente atractivos y que se adecuan bastante al tema que nos ocupa, pero que resultan de acceso más difícil.

El orden con que se presentan los trabajos responde a varios motivos. En primer lugar, se exponen aquellos de tipo teórico, con objeto de situar al lector dentro de la temática en cuestión. Posteriormente, se recogen publicaciones que contemplan diferentes eventos terroristas ocurridos en el mundo, para, finalmente, centrarnos en una serie de artículos que versan sobre los atentados del 11-S. Este último grupo, a su vez, se expone en función del año de publicación y de los objetivos de estudio. Antes de comenzar con la exposición, se quiere resaltar, que los comentarios expresados pretenden poner de relieve el valor de la aportación de cada trabajo, así como, reparar en sus aspectos menos acertados.

**North, C. S. y Pfefferbaum, B. (2002). Research on the mental health effects of terrorism. *JAMA*, 288, 633-636.**

Podría decirse que este artículo es de obligatoria lectura para todos aquellos investigadores que pretendan adentrarse en el estudio de los efectos que situaciones traumáticas, como los ataques terroristas, pueden tener sobre la salud mental de las personas. Los comentarios vertidos en él, proporcionan directrices sobre los aspectos relevantes a tener en cuenta para el diseño de investigaciones encaminadas a obtener datos sólidos sobre esta temática; por lo tanto, resulta de incalculable valor, si consideramos la dificultad que entraña llevar a cabo un estudio dentro del contexto de caos y crisis que suele crearse con posterioridad a la ocurrencia de este tipo de sucesos.

Los diferentes aspectos abordados por North y Pfefferbaum, hacen referencia al período temporal que abarcan los estudios, a la selección de una muestra y de grupos de comparación adecuados, a la elección de los instrumentos de evaluación, a la interpretación cautelosa de los datos obtenidos, y por último, de manera muy breve, se señalan los desafíos a los que se enfrenta el ámbito de la investigación que se preocupa por los efectos que situaciones traumáticas puedan tener sobre la salud mental de las personas. Todos ellos, elementos que pueden ayudar en los diferentes procesos de toma de decisiones que implica el diseño de un trabajo de investigación.

En cuanto al alcance temporal de los estudios, se destaca la conveniencia de iniciarlos lo más pronto posible, una vez que el suceso traumático haya tenido lugar, para poder detectar las reacciones tempranas asociadas al mismo. Igualmente, se resalta la relevancia del seguimiento longitudinal de la población en estudio, de manera que se conozca la evolución que han seguido las manifestaciones de malestar psicológico y/o los síntomas psiquiátricos detectados inicialmente. Además,

hay que tener en cuenta que si nuestro interés gira en torno a categorías diagnósticas como el Trastorno por Estrés Post-traumático, es conveniente retrasar la recogida de información, al menos un mes, para poder establecer un diagnóstico preciso de dicho trastorno.

Por otro lado, en relación con la selección de la muestra y de los grupos de comparación, se resalta lo inapropiado de la generalización de los resultados obtenidos respecto a un tipo de evento o población, a otro diferente. En este sentido, Echeburúa, Corral y Amor (1998) han observado que incluso dentro del ámbito del terrorismo, se pueden detectar diferencias en cuanto perfiles psicopatológicos, predominando unos u otros síntomas en función del tipo específico de suceso experimentado (atentado, secuestro). Asimismo, parece esencial distinguir entre las personas pertenecientes a la población general y aquellas que se han visto afectadas directamente por el evento traumático, en aras a la evaluación de la salud mental.

Uno de los aspectos de mayor importancia tratado por los autores, se refiere a la selección de los instrumentos de evaluación y al modo en que serán aplicados. Se destacan las ventajas e inconvenientes de adoptar un enfoque de tipo categorial o dimensional, resaltando que, si bien el empleo de autoinformes breves reduce el número de recursos que se necesitan (sobre todo, cuando se trata de estudios que intentan abarcar una gran muestra de participantes), no permiten, sin embargo, establecer diagnósticos psiquiátricos. Por lo tanto, se impone la cautela de los investigadores a la hora de describir los hallazgos obtenidos por medio de instrumentos de autoinformes en términos de trastornos.

Por otro lado, North y Pfefferbaum destacan que reconocer determinados síntomas, como los problemas de concentración o perturbaciones del sueño, no implica, necesariamente, el padecimiento de psicopatologías; proponen denominarlos *reacciones*, que tendrían un carácter normativo dentro del contexto de eventos tan abrumadoramente desconcertantes. En este sentido, plantean la necesidad de evaluar estas manifestaciones de malestar psicológico significativo, que no alcanzan la categoría de trastorno, ya que, normalmente, requieren procesos de intervención específicos y diferentes al tratamiento psiquiátrico. De igual manera, las autoras recogen el vacío que existe en la actualidad con relación a qué se entiende por exposición indirecta al evento traumático y, más específicamente, cómo considerar el malestar psicológico detectado en personas expuestas a tales sucesos sólo a través de las imágenes de televisión. En torno a este aspecto, sugieren la adopción de una postura circunspecta, que implica considerar los síntomas y reacciones mostrados por este grupo de sujetos como secuelas psicológicas, pero no como trastorno; contribuyendo, en cierto modo, y en espera de nuevas aportaciones, a solventar ciertas cuestiones críticas que se pudieran plantear.

Este trabajo también pone énfasis en el cuidado que ha de tener el investigador a la hora de interpretar los resultados obtenidos, específicamente, las asociaciones entre variables, señalando que dichas asociaciones no deben interpretarse, necesariamente, en términos de

causa-efecto y que podrían estar implicando relaciones de tipo espúreo.

En suma, este documento puede considerarse un material excelente como primera toma de contacto con el ámbito del diseño de investigaciones sobre los efectos psicológicos que pueden tener, en la población general, eventos tan perturbadores como los ataques terroristas. Las autoras proporcionan al investigador líneas generales de actuación en relación con aspectos metodológicos críticos, relevantes para el desarrollo de estudios de naturaleza empírica en este terreno, resultando especialmente útiles, los comentarios sobre trabajos recientemente publicados en los que se aborda este tema. Finalmente, cabe añadir, que la mayor parte de los elementos psicopatológicos tratados, se ciñen, al Trastorno por Estrés Post-Traumático o a los síntomas relativos a éste, dejando fuera del debate otros tipos posibles de consecuencias para la salud mental.

**Miller, A. M. y Heldring, M. (2004). Mental health and primary care in a time of terrorism: psychological impact of terrorism attacks. *Families Systems & Health*, 22, 7-30.**

Este trabajo se puede considerar ineludible para aquellos investigadores que se interesen por el estudio de las consecuencias que los actos terroristas pueden tener en la salud mental y, particularmente los atentados del 11-S. Se trata de un artículo de revisión muy reciente, exhaustivo y riguroso que permite al lector realizar una primera aproximación al tema de investigación que nos ocupa.

Los autores partieron del objetivo de revisar las investigaciones realizadas relativas al impacto psicológico que los acontecimientos del 11 de septiembre tuvieron, tanto en adultos como en niños, e identificar directrices para futuras investigaciones que permitan guiar el desarrollo de recursos para los cuidadores. Miller y Heldring organizaron los artículos por áreas temáticas en: (1) prevalencia de la sintomatología psicológica y somática inmediatamente después del 11-S; (2) tendencias en la prevalencia a lo largo del tiempo; y (3) correlatos o predictores de malestar psicológico y *resiliencia*. Presentaron los hallazgos de las investigaciones revisadas y las contrastaron con los de otros estudios sobre desastres naturales y otros ataques terroristas tanto en EE.UU. como en otras naciones.

El método empleado para la selección de los artículos fue mediante la búsqueda de los descriptores *terrorism*, *terrorist attacks* y *September 11* en las bases de datos MEDLINE, PsycINFO y CINAHL. Limitaron dicha búsqueda al período de septiembre de 2001 hasta agosto de 2003. Finalmente, incluyeron 31 estudios publicados en inglés y realizados en EEUU dentro del primer año después de los ataques. Se podría considerar que el criterio utilizado por los investigadores de revisar sólo los estudios realizados en los 12 meses después de los atentados, constituye una importante limitación, ya que quedan excluidos estudios longitudinales que hubieran permitido tener una visión más completa del impacto psicológico del 11-S.

Respecto a los resultados, los autores recogieron en sendas tablas las principales características de cada uno

de los estudios revisados. Entre ellas destacaron: la región donde se realizó, el intervalo temporal transcurrido desde el 11-S, los instrumentos empleados para la recogida de la información, el método de selección de la muestra, la población estudiada (adultos, adolescentes, niños, familias, colectivos especiales-inmigrantes, refugiados, pacientes con diagnósticos psiquiátricos o médicos, etc.) y el número de personas que componían la muestra estudiada. Al mismo tiempo, describieron brevemente el malestar psicológico que presentaban (sintomatología depresiva, del TEP, de estrés, de ansiedad, miedo, tristeza, abuso de alcohol y drogas), las variables de *resiliencia* detectadas (empatía, estrategias de afrontamiento, emociones positivas, encontrar un significado positivo) y, por último, la prevalencia de la sintomatología encontrada junto a los correlatos de la severidad de los síntomas. En definitiva, cualquier profano en la materia después de revisar estas tablas, en poco tiempo, puede tener una visión descriptiva y pormenorizada de cuál es el estado de la situación de las investigaciones realizadas sobre el impacto psicológico que tuvieron los atentados del 11-S. Podemos destacar, en este sentido, la labor encomiable de síntesis realizada por los autores, especialmente, porque con este trabajo se facilita a los investigadores el acceso a una revisión rápida y detallada de la literatura, aunque esté limitada a un año.

Miller y Heldring encontraron que los hallazgos globales en el 11-S, en cuanto a tasas de prevalencia para el TEP y para el malestar general, eran consistentes con estimaciones previas realizadas sobre el impacto de desastres naturales y otros actos terroristas producidos antes del 11-S. Las cifras de prevalencia de TEP oscilaron, dependiendo de la proximidad al World Trade Center, entre el 7.5% y el 40%; de sintomatología depresiva hasta el 60%; y de sintomatología no específica de estrés hasta el 90%.

Por otra parte, los autores no incluyeron en su revisión investigaciones sobre el impacto psicológico en los equipos de rescate y profesionales de la salud. Sin embargo, aportaron datos de otros estudios, indicando que no había diferencias en cuanto a los predictores para el desarrollo del TEP entre los profesionales de la salud y las víctimas. Si bien, otros estudios hallaron menores reacciones en los médicos que en las enfermeras, directores y auxiliares, los datos no son concluyentes. Asimismo, resaltaron los hallazgos relativos a que la población infantil fue la de mayor riesgo para manifestar reacciones de estrés.

En cuanto a la evolución de los síntomas, los estudios revisados informaron de una disminución de la prevalencia con el transcurso del tiempo, al contrario de lo que ocurría con la sintomatología de somatización. Asimismo, los hallazgos sobre los correlatos y predictores de severidad de la sintomatología, estaban en la línea de las consecuencias de otros atentados y desastres naturales. Es decir, los factores de riesgo demográficos para el desarrollo de problemas psicopatológicos incluyeron: ser mujer (entre 40 y 60 años), estar casada y tener padres, ser miembro de una minoría étnica y tener un bajo nivel socioeconómico. Otros correlatos fueron: tener una historia previa de trastornos mentales, la proximidad al suceso, la severidad de la exposición en términos de

heridas, tener pánico durante el suceso, la soledad, la pérdida de propiedades y el desplazamiento.

Por último, en vista de los resultados de los 31 trabajos revisados, los autores aportan recomendaciones de interés para investigaciones futuras, entre las que caben destacar: el estudio sistemático de sintomatología somática, ya que en el pasado se identificaron consistentemente como importantes correlatos o indicadores de depresión, ansiedad y otros problemas mentales; analizar en las familias el impacto de las relaciones sobre el ajuste; investigar cuáles son los factores que promocionan la *resiliencia* y las estrategias de afrontamiento. Del mismo modo, resaltaron las implicaciones que se derivan de todos estos estudios, por ejemplo, para el diseño de material educativo y de intervención y, por otra parte, para sensibilizar de la necesidad de implantar programas de prevención de carácter psicoeducativo en las familias y en los sectores más vulnerables de la comunidad.

**Baca, E., Cabanas, M. L., Pérez-Rodríguez, M. M. y Baca-García, E. (2004). Trastornos mentales en las víctimas de los atentados terroristas y sus familiares. *Medicina Clínica*, 122, 681-685.**

Entre las aportaciones más recientes dentro del tema que nos ocupa, podemos seleccionar el último trabajo de Baca *et al.* cuyas contribuciones se centran en la realidad vivida por la sociedad española. El interés por los efectos psicológicos de los atentados se ha reavivado tras lo ocurrido el 11-S en EE.UU. y, más recientemente, el 11-M en la capital de España. No hay precedentes de actos terroristas de tales dimensiones que hayan causado un impacto semejante en la población española como el referido 11-M. Sin embargo, en nuestro contexto llevamos sufriendo las consecuencias del terrorismo desde hace décadas, un tipo de actos terroristas menos colectivo y extraordinario, más personalizado con el empleo de armas de fuego -tiro a bocajarro-, pero a la vez indiscriminado con el empleo de explosivos -frecuentemente colocados en coches bomba-. De hecho, de forma constante y durante décadas, el terrorismo de ETA ha ocupado los primeros lugares entre los tópicos analizados en encuestas acerca de lo que preocupa al ciudadano español.

En este trabajo, se pone de manifiesto las consecuencias que los atentados terroristas pueden tener sobre la salud mental de los ciudadanos españoles, por lo que podríamos considerarlo de consulta obligada para los interesados en esta área de investigación cada vez más relevante. El punto de partida de los autores se centra en conocer las secuelas psicopatológicas que pueden causar el tipo de terrorismo más frecuente en España. Cabe señalar, según muestra la bibliografía disponible sobre este tema, que se trata no sólo de uno de los pocos trabajos realizados en nuestra población, sino que además abarca a toda la geografía española, y contempla una evaluación de la psicopatología general: los *trastornos del estado de ánimo*, los *trastornos de ansiedad*, los *trastornos somatomorfos*, así como los *trastornos relacionados con el alcohol*. Por lo tanto, no se limita al *trastorno por estrés posttraumático* (TEP), tan ampliamente estudiado, y con mayor profusión, tras los atentados del 11-S.

En concreto, los autores analizaron si realmente las personas objetivo de ataques terroristas y sus familiares suponen un colectivo vulnerable a presentar alteraciones psicopatológicas con una mayor probabilidad que las personas que buscan ayuda médica en general; además, consideraron variables como la proximidad del parentesco y la percepción de apoyo familiar. Con este objetivo, Baca *et al.* entrevistaron, en el domicilio familiar y en un periodo de 5 años (de 1997 a 2001), a 544 familias (víctimas directas supervivientes y familiares) objetivo de 426 atentados terroristas. De ellas excluyeron a los menores y a las personas con otro tipo de relación con el atentado o con otros familiares afectados. Las clasificaron en función del grado de implicación o afectación en (1) víctimas directas (las que sufren el atentado en persona, n = 230 personas), (2) familiares de víctimas (familiares de primer grado de las víctimas directas, n = 140) y, (3) víctimas directas y familiares de víctimas (reúnen las dos condiciones anteriores, es decir, tanto ellas como sus familiares de primer grado habían sufrido personalmente el atentado, n = 706).

Para recabar la información utilizaron el PRIME-MD (Saiz *et al.*, 1999), un procedimiento para el diagnóstico de los trastornos mentales, basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). Este instrumento, ampliamente utilizado en población norteamericana, ha sido recientemente validado en nuestro país (Saiz *et al.*, op. cit.), aunque su uso es todavía limitado. No obstante, resulta muy útil en el ámbito médico y, más concretamente en Atención Primaria, como cribado con el fin de detectar alteraciones psicopatológicas en los pacientes y, en consecuencia, derivarlos a los especialistas de Salud Mental. Para cubrir los objetivos de este trabajo, los autores sólo han tenido en cuenta las cuatro áreas referidas anteriormente, de las cinco que contempla esta prueba (excluyéndose la relativa a los *trastornos de la conducta alimentaria*).

Aplicaron pruebas de asociación lineal para comprobar la relación entre el grado de afectación de la víctima y la presencia de un trastorno del estado del ánimo, de ansiedad, somatomorfos y por alcohol. En segundo lugar, realizaron análisis de regresión logística para ver en qué medida el grado de afectación, tipo de atentado, soporte social, psicopatología previa y antecedentes familiares suponían factores de riesgo para la existencia o no de alteraciones psicopatológicas.

Entre los resultados que obtuvieron podemos destacar, que la presencia de trastornos del estado del ánimo, así como de los trastornos de ansiedad y de trastornos somatomorfos, era superior en las víctimas y en sus familiares que en los pacientes de atención primaria utilizados como grupo de comparación y, además, creciente según el grado de afectación (mayor en las víctimas directas, seguidas de la víctima directa y familiar de víctima y, por último, del familiar de la víctima). Sin embargo, la presencia de abuso de alcohol era semejante a la población general, salvo en las víctimas directas que mostraron una mayor prevalencia. Ante estos datos, los autores confirmaron que el grado de afectación del atentado terrorista condicionaba la presencia de trastornos mentales (en el estudio, por ejemplo, el 62.4% de las víctimas presentó algún trastorno del estado del ánimo).

Asimismo, podemos destacar el hallazgo de que la prevalencia de trastornos de ansiedad se duplicaba en esta muestra con respecto a la población general. Además, en las personas estudiadas observaron un gradiente en el sentido de que a mayor afectación mayor prevalencia de, al menos uno, de los trastornos mencionados. Por otra parte, encontraron que los atentados con explosivos se relacionaron claramente con un mayor riesgo de presentar cuadros ansiosos-depresivos. Por último, observaron que el riesgo de presentar la psicopatología estudiada aumentaba si existían antecedentes psiquiátricos, ya fueran familiares o personales; si el atentado era indiscriminado (con explosivos) y si la víctima percibía un bajo apoyo social en el entorno inmediato en el que habitaba.

Las principales limitaciones de este estudio, como los propios autores refieren, se debían a las características del instrumento de medida utilizado, ya que presenta una sensibilidad y una especificidad alta, lo que puede hacer que haya una elevada tasa de falsos positivos. No obstante, los autores reconocieron que, aún considerando este posible sobre-diagnóstico, las cifras de prevalencia en las víctimas fueron muy superiores a las de atención primaria (que presentaron valores de salud mental inferiores a la población general).

En definitiva, en la literatura especializada encontramos numerosas investigaciones dedicadas al estudio de TEP, sin embargo, pocas se centran en otras posibles alteraciones psicopatológicas. Por tanto, podríamos resaltar de este trabajo el haber considerado el análisis de otras manifestaciones psicopatológicas de las víctimas y, además, ponerlas en relación con poblaciones que no habían experimentado acontecimientos vitales "desastrosos" y que no iban a presentar TEP. Es interesante destacar que Baca *et al.* consideraron la relación que se establece entre los trastornos psicopatológicos aquí estudiados y el TEP, ya sea como una sintomatología frecuentemente asociada al TEP o como consecuencia tardía de la patología postraumática y del deterioro que ésta produce en la vida de los individuos víctimas de atentados.

**North, C.S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallon, S., McMillen, J.C., Spitznagel, E.L. y Smith, E. (1999). Psychiatric Disorders among survivors of the Oklahoma city bombing. *JAMA*, 282, 755-762.**

Los desastres intencionados de extrema magnitud (con repercusiones nacionales e internacionales) han suscitado, en reiteradas ocasiones, el interés de los investigadores por estudiar las repercusiones psicológicas sobre la población afectada. El acontecimiento que desencadenó el motivo de este estudio es la bomba en la ciudad de Oklahoma en el año 1995.

A partir de este acontecimiento se pretende, al igual que en otros trabajos, medir el impacto sobre la salud mental en los supervivientes que estuvieron directamente expuestos a la explosión, examinar especialmente el trastorno de estrés postraumático (TEP), comorbilidad diagnóstica, daño funcional e identificar los predictores de psicopatología tras el ataque que sirvan de guía en los trabajos de intervención en salud mental en futuros desastres.

Los 255 sobrevivientes, mayores de 18 años, que participaron en este estudio fueron seleccionados a partir de un registro confidencial del Departamento de Salud Mental en la ciudad de Oklahoma. Uno de los requisitos más importantes para formar parte de la muestra era haber estado expuesto directamente a la explosión (entre 46 y 184 m. del punto de detonación). De 255 personas, permanecieron en el estudio 182 (71%) debido a diversos motivos: imposibilidad de establecer contacto, 32; rechazo a la participación con justificación, 35; no querer cumplimentar la entrevista sin motivo justificado, 6. Para dar respuesta a los objetivos planteados North *et al.* utilizan la *Diagnostic Interview Schedule (DIS)/ Disaster Supplement*, la cual está basada en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987) y que aplican sistemáticamente a lo largo de 6 meses (entre agosto y diciembre) después del desastre. El empleo de este instrumento resulta muy acertado puesto que aporta información sobre 8 trastornos psiquiátricos: trastorno de estrés postraumático, depresión mayor, trastorno de pánico, ansiedad generalizada, trastornos somatomorfos, trastornos relacionados con el alcohol, trastornos por sustancias y trastorno de personalidad antisocial. La entrevista también proporciona datos sociodemográficos, sobre el nivel de funcionamiento y el tratamiento recibido. El *Disaster Supplement* propicia el relato de experiencias vividas en el ataque, tales como el grado de exposición al acontecimiento, cómo ha afectado a la familia y amigos y daño físico sufrido. Aunque estas entrevistas no han sido aplicadas exactamente del mismo modo a todas las personas objeto de estudio, en la mayoría de los casos se han realizado íntegramente en una situación cara-a-cara- (63%), en otras y por motivos que no quedan explícitos en el trabajo, se realizan por teléfono (25%) o incluso se inician en persona y se completan telefónicamente (12%). Aparentemente, este procedimiento no repercute en los resultados, tal vez por ello, los propios autores no sobrevaloran este hecho y en ningún caso lo consideran un impedimento.

El análisis de los resultados arroja valores llamativos e incluso alarmantes, puesto que el 45% presenta trastorno psiquiátrico tras el desastre y el 34.5% TEP, máxime cuando los síntomas de dichos trastornos interfieren en la actividad diaria, las tareas laborales y sufren cambios negativos en sus relaciones interpersonales. Las variables que predicen con mayor peso estas repercusiones psicológicas en la población son la exposición directa a la explosión, el sexo (mujer), y los antecedentes de trastorno psiquiátrico. Los autores también han hallado que alrededor del 40% necesita medicación para afrontar la situación y son numerosas las personas que están bajo tratamiento en salud mental (69%), y más específicamente, en tratamiento psiquiátrico (16%). Además, es importante reseñar que del grupo que presenta TEP (criterios DSM-III-R) los síntomas que aparecen con mayor frecuencia pertenecen al grupo B (reexperimentación intrusiva) y al grupo D (aumento de la activación). North *et al.* aportan una representación gráfica donde se visualiza claramente el incremento en estos indicadores diagnósticos, así como se puede apreciar que los síntomas del grupo C (evitación y embotamiento de la reactividad general) son sensiblemente menores en

contraste con los referidos anteriormente. Sin embargo, dichos síntomas de evitación y embotamiento de la reactividad general están significativamente asociados a los antecedentes psicopatológicos y a la comorbilidad tras el desastre, así como estar recibiendo tratamiento de salud mental, relación que no se manifiesta en los criterios del grupo B y D. Para clarificar estos productos, los autores también presentan los resultados a través de diagramas de barras, y aportan los hallazgos obtenidos en otras investigaciones donde se contemplan desastres similares; esto les sirve para demostrar la trascendencia clínica que tienen estos trastornos y como respaldo de los datos obtenidos.

En definitiva, los resultados de este trabajo que hemos seleccionado, sugieren que los síntomas de evitación y embotamiento pueden servir como un procedimiento efectivo en el cribado de TEP y pueden identificar de forma precoz más casos clínicos en el periodo agudo tras el desastre. La comorbilidad psiquiátrica puede ayudar a identificar aquellos casos de daño funcional y necesidad de tratamiento. Sin embargo, la presencia de estos síntomas, pertenecientes al grupo C, no alcanza niveles patológicos, de tal manera, que su tratamiento no se llevará a cabo con intervenciones médicas, sino con programas de educación para la salud, apoyo social y estado de bienestar.

**Verger, P., Dab, W., Lamping, D. L., Loze, J. Y. Deschaseaux-Voinet et al. (2004). The psychological impact of terrorism: an epidemiological study of Posttraumatic Stress Disorder and associated factors in victims of the 1995-1996 bombings in France. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1384-1389.**

Los hechos terroristas origen de este trabajo se refieren a la oleada de bombas que tuvo lugar en Francia durante el período de tiempo comprendido desde julio de 1995 y diciembre de 1996, que dejó un saldo de 12 muertos. Concretamente, explosionaron siete artefactos, la mayoría de ellos en la ciudad de París, en estaciones de metro. La autoría de los atentados se atribuyó a una red fundamentalista islámica. Con la mirada puesta en estos acontecimientos, en el año 1998, Verger *et al.* llevaron a cabo una investigación, de carácter retrospectivo y utilizando un diseño transversal, para conocer la prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático y los factores que predecían su desarrollo en personas que resultaron víctimas directas de estos sucesos.

El reclutamiento de la muestra se llevó a cabo contando con la colaboración de la ONG *SOS Attentats*. Los miembros de dicha Organización contactaron con los 228 ciudadanos que habían solicitado indemnizaciones al Fondo de Garantía Francés para las Víctimas del Terrorismo, y que además, se habían sometido a un proceso de evaluación por parte de expertos independientes, confirmándose su condición de víctima directa de los atentados terroristas<sup>2</sup>. Cabe destacar, que este trabajo contrasta con otros desarrollados dentro de este ámbito (Galea *et al.*, 2002; Schlenger *et al.*, 2002), en los cuales las definiciones que permiten determinar si un sujeto ha sufrido exposición directa o no al evento traumático, se establece por el propio grupo de investigadores. Al mismo tiempo, hay que señalar que en este documento no se

recogen, quizás por falta de accesibilidad, cuáles han sido los criterios manejados por el grupo de expertos durante los reconocimientos que llevaron a cabo. Finalmente, la muestra quedó formada por 196 adultos (de los 228 de partida), civiles y franco parlantes, que mostraron su consentimiento para participar en la investigación.

La recogida de información se efectuó a través de entrevistas telefónicas en las que intervinieron 20 entrevistadores. La evaluación del TEP se desarrolló a partir de un instrumento estandarizado de 22 ítem y basado en los criterios DSM-IV (APA, 1994); según los autores, dichos criterios se descompusieron en varios ítem para hacerlos más comprensibles; se preguntó sobre síntomas relativos al suceso, la duración de los mismos, y su repercusión en la vida social y laboral de los sujetos. Además, cada uno de ellos se debía puntuar en una escala de intensidad de 5 puntos. Cabe añadir, que las adecuadas propiedades psicométricas (fiabilidad, especificidad, sensibilidad y validez concurrente) del instrumento habían sido puestas de manifiesto en momentos anteriores.

El formato de cuestionario también se utilizó para conocer aspectos relativos a las características sociodemográficas, los factores de riesgo y las consecuencias para la salud física. Se obtuvo un índice de gravedad de los daños físicos sufridos y se recopiló información sobre la percepción de amenaza (2 ítem), el padecimiento de problemas de audición (4 ítem), los antecedentes psiquiátricos (3 ítem) e incluso, sobre los cambios en la apariencia física. En este último caso, los 4 ítem utilizados procedían de *Burn-Specific Health Scale* (Munster, Horowitz y Tudahl, 1987). El procesamiento estadístico de los datos se basó fundamentalmente en análisis de regresión (logística univariada y logística múltiple).

En lo que respecta a los resultados obtenidos, hay que destacar que el intervalo medio de tiempo transcurrido entre el evento traumático y el momento en que se llevó a cabo la evaluación fue de 2.6 años (d.t. = 0.6). Por su parte, la prevalencia del TEP fue de 31.1 %, siendo ésta mayor entre quienes habían sufrido consecuencias graves para la salud física, en comparación con los demás participantes, cuyas secuelas físicas fueron leves o moderadas.

Por otro lado, los análisis de regresión mostraron que los factores que predicen la ocurrencia del TEP son: la edad (rango entre 35 y 54 años), el sexo (mujer), haber experimentado lesiones físicas graves o cambios en la apariencia física como consecuencia de los sucesos, y por último, haberse sentido amenazado durante los mismos. Asimismo, no se halló asociación entre la prevalencia del TEP y la historia psiquiátrica previa, el lugar en que se sufrieron los ataques o el número de años transcurridos desde los mismos.

Como se ha comentado, este estudio aborda la prevalencia del TEP y los factores predictores del mismo

<sup>2</sup> El Fondo de Garantía Francés para las Víctimas del Terrorismo, solicitó a todos aquellos ciudadanos que tramitaron una indemnización por estos atentados que se sometieran a este tipo de reconocimientos, en este caso, de los 450 solicitantes iniciales, sólo 288 decidieron continuar con los exámenes que se requirieron.

en personas víctimas directas de los atentados que tuvieron lugar en Francia. Los datos aportados constituyen una fuente de apoyo para poder identificar a quienes se encuentran en situación de alto riesgo para el desarrollo de psicopatología con posterioridad a un acontecimiento de este tipo. Igualmente, destaca que se haya contemplado la variable cambios en la apariencia física, demostrando su valor como predictora del TEP, lo que sugiere la necesidad de incluir dicha variable en trabajos futuros que se desarrollen dentro de este ámbito. Sin embargo, parece relevante tener en cuenta algunas consideraciones. En primer lugar, han quedado excluidos de la muestra todos aquellos sujetos que pudieron ser víctimas indirectas de estos sucesos en los cuales también es posible encontrar sintomatología asociada al TEP. En segundo lugar, tampoco se incluyen datos sobre las reacciones iniciales de los participantes ante los sucesos de interés, por lo que no se puede conocer la evolución de la prevalencia del TEP en este grupo de sujetos, ni tampoco los factores asociados a su persistencia en el tiempo. En tercer lugar, si partimos del hecho de que las mediciones se realizaron 2,6 años después de la ocurrencia del suceso, es posible que en ese período los participantes hayan podido experimentar otros eventos traumáticos diferentes, aspecto que no ha sido controlado y que podrían afectar (inflando) la prevalencia detectada. Aunque, en este sentido hay que señalar, que en la evaluación del TEP se incluyeron preguntas sobre síntomas relativos a los atentados.

**Bleich, A., Gelkopf, M. y Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviours among a nationally representative sample in Israel. *JAMA*, 290, 612-620.**

La investigación de Bleich *et al.* es de las primeras realizadas en el ámbito de ataques terroristas continuados (no puntuales), concretamente, los provocados por la *intifada* Al-Aqsa en Israel desde finales de Septiembre de 2000. Como consecuencia de 560 ataques terroristas (con armas blancas y de fuego, tiroteos, intrusiones en las casas y autoinmolación con bombas), un año y medio después, en abril del año 2002, habían muerto 472 personas y 3.856 resultaron heridas. Los autores examinaron las repercusiones emocionales y cognitivas que los actos terroristas continuados provocaron en la población de Israel durante ese tiempo. En concreto, sus objetivos fueron determinar el nivel de exposición a los ataques terroristas y la prevalencia de síntomas de estrés relativos al trauma, síntomas del trastorno por estrés posttraumático (TEP), la sensación de seguridad y, por último, identificar los correlatos de las secuelas psicológicas y las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la amenaza continuada y el terrorismo.

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante muestreo aleatorio estratificado, partiendo de una base de datos en la que se recogían los datos sociodemográficos de los propietarios de líneas telefónicas. El propio sistema informático elegía aleatoriamente los números de teléfonos de los posibles participantes dentro de cada estrato, identificados por las variables: edad, residencia en ciudades o en comunidades, ser inmigrantes nuevos de origen europeo, asiático o africano. De 742 personas telefonadas aceptaron participar en el

estudio 512 (mayores de 18 años), todas ellas, manifestaron verbalmente su consentimiento informado. Con este cuidadoso método de selección de la muestra, los autores refieren un error máximo de representatividad de la población de Israel del 4.5%, cifra no significativa. Es preciso señalar que tratar de conseguir una muestra representativa en un país tan heterogéneo como Israel es un objetivo meritorio y difícil de lograr. A pesar de todos los esfuerzos realizados por el equipo de Bleich, se ha de tener mucha cautela a la hora de generalizar los resultados obtenidos, especialmente en las subpoblaciones que no tenían teléfono, las que no estuvieron expuestas a las amenazas objetivas del terrorismo, y las personas menores de 18 años que, por otra parte, presentarían probablemente un mayor riesgo de desarrollar sintomatología en general o el TEP en particular.

Podemos destacar de esta investigación la rigurosidad con la que los autores han tratado de llevarla a cabo desde su planificación. Así, partieron de definiciones operativas de *ataque terrorista* y de *amenaza objetiva*. Dividieron a la muestra en función del lugar donde habitaban (ciudades con una mayor incidencia de ataques suicidas y colonias conflictivas, respecto al resto de ciudades). Asimismo, controlaron el grado de exposición al ataque dividiendo a los participantes en seis grupos (1) no-exposición, (2) exposición de un familiar/amigo, no herido; (3) exposición de un familiar/amigo, herido o muerto; (4) sólo exposición personal, (5) exposición personal, de un familiar/amigo, sin heridos; (5) exposición personal, de un familiar/amigo, con heridos y/o muerte de un pariente o amigo.

La recogida de información la efectuaron a través de entrevistas telefónicas utilizando una batería de instrumentos estandarizados, modificados por los autores según los resultados de un estudio piloto previo realizado con 50 personas. Pretendieron que los ítem fueran más comprensibles por teléfono, así como, garantizar el mantenimiento de las propiedades psicométricas adecuadas. Sin embargo es criticable el método de recogida de información empleado y las adaptaciones que los autores realizaron de los instrumentos (sin validar en una población más amplia). En concreto, los instrumentos aplicados fueron el *Stanford Acute Stress Reaction Question* (SASRQ) de Cardena, Koopman, Classen, Waelde y Spiegel (2000), le añadieron una pregunta simple para considerar la posible depresión y tristeza; una versión modificada del COPE (Carver, Sëller y Weintraub, 1989), a la que añadieron preguntas relativas a las estrategias que utilizaban en el momento en que ocurrían los ataques, sobre la comprobación de la seguridad de sus parientes y amigos; si buscaban información en las noticias de la radio o TV, o si las evitaban; y si buscaban ayuda en los parientes y amigos. También aplicaron la *Children's Future Orientation Scale* (Saigh, 1997) modificada por ellos, con la que evaluaron la orientación de futuro. Además, elaboraron preguntas específicas para recoger información sobre la sensación de seguridad de ellos mismos y sus parientes, autoeficacia y conductas de búsqueda de ayuda.

Con respecto a los resultados obtenidos, se desprende que los ataques terroristas continuados tienen un impacto importante en la salud mental de los

ciudadanos, en mayor medida en las mujeres que en los hombres. En la muestra estudiada el 76.7% manifestaron síntomas relativos al trauma, el 37.4% tuvieron sintomatología de TEP durante al menos un mes (el promedio fue de 4 síntomas por persona) y un 9.4% cumplieron los criterios diagnósticos para el TEP; el 58.6% se sintieron deprimidos o tristes. No obstante, estos hallazgos parecen mostrar un impacto moderado en comparación con la virulencia y frecuencia de los ataques terroristas experimentados, los propios autores consideraron que fue menor al que esperaban encontrar en ese ámbito.

Por otra parte, la mayoría de la población israelí estudiada afrontaba constructivamente y con flexibilidad los ataques terroristas, en concreto utilizaban estrategias de afrontamiento asociadas con la salud emocional, entre ellas, búsqueda activa de información, recibir y dar apoyo emocional e instrumental. La mayoría de los participantes demandaron poca o ninguna ayuda profesional, expresaron optimismo sobre su futuro personal y el de Israel y presentaron autoeficacia ante los ataques terroristas. Probablemente la explicación más acertada para estos hallazgos sea la ofrecida por los propios autores motivada por el *efecto de acomodación*, es decir, el estrés y malestar causado en un principio por acontecimientos traumáticos tiende a disminuir cuando éstos vuelven a ocurrir. Resultados similares se han encontrado en otras situaciones de ataques continuados como la Segunda Guerra Mundial, la Guerra del Golfo, etc.

Por último, no hallaron asociación entre el nivel de exposición (aún resultando la persona herida) y la intensidad de los síntomas del TEP u otros indicadores de malestar. Este hallazgo, puesto de manifiesto en otras investigaciones, reflejaría el hecho, según diferentes autores, de que el impacto psicológico de un trauma nacional no se limita sólo a aquellos que lo experimentan directamente.

En definitiva, hemos seleccionado esta investigación, en contraposición a las numerosas realizadas sobre el puntual 11-S, por sus aportaciones novedosas en cuanto al impacto psicopatológico que los atentados continuados y/o amenazas terroristas tienen sobre los ciudadanos que los sufren. De hecho resulta interesante comprobar, aún teniendo en cuenta todas las limitaciones y críticas del estudio, que la respuesta psicológica (cognitiva y emocional) del ser humano en situaciones tan amenazantes y adversas es adaptativa y emplea estrategias de afrontamiento saludables. Por tanto, tras la lectura de este trabajo se deja el campo abonado para investigar la *resiliencia*, área de estudio de incipiente interés a escala nacional e internacional.

**Cohen, R., Alison, E., McIntosh, D., Poulin, M. y Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide Longitudinal Study of Psychological Responses to September 11. JAMA, 288, 1235-1244.**

En este trabajo se pretende dar a conocer el alcance de las respuestas psicológicas tras un acontecimiento traumático de índole nacional. Concretamente los objetivos se centran en identificar las variables predictoras en el padecimiento de síntomas de estrés postraumático, la ansiedad sobre riesgos futuros y el

estrés global como consecuencia del ataque del 11 de septiembre. Los autores, además de circunscribirse a las repercusiones psicológicas, tienen en cuenta el análisis de las estrategias de afrontamiento que han utilizado las personas después del ataque terrorista y su posible relación en la aparición y/o mantenimiento de los síntomas estresantes. Asimismo, se controlan las variables sociodemográficas y el tiempo de exposición al trauma tanto de forma directa como indirecta. También, se han tenido en cuenta otras variables previas al ataque tales como los antecedentes del estado de salud física y mental y si han sido expuestos a acontecimientos vitales negativos, en cuyo caso se sondea sobre la edad en que ocurrió y el tiempo de duración. A la vista de estas consideraciones, resulta bastante loable el que los autores hayan considerado tanto variables retrospectivas (pese a las dificultades que esto entraña) como prospectivas.

La metodología empleada para la recogida de la muestra es de tipo mecanizado a partir del censo de personas que poseen línea de teléfono y acceso a Internet; si bien se trata de un sistema bastante habitual en EE.UU., que facilita la aleatorización de la muestra en cuanto al control de las variables sociodemográficas (junto con el hecho de que prácticamente la totalidad de la población tiene ambos medios de comunicación en su domicilio), dentro de nuestras fronteras, resulta un sistema un tanto novedoso, y sobre todo, escasamente utilizado. No obstante, entre las ventajas de este procedimiento podemos destacar el volumen de la muestra alcanzado y la economía de esfuerzo y tiempo que supone.

Para lograr los objetivos, Cohen *et al.*, emplean un diseño longitudinal (1, 2 y 6 meses), aunque como era de esperar y pese a la recompensa económica ofrecida, el número de participantes descendió paulatinamente. La primera muestra se obtuvo entre el 20-septiembre y 4-octubre (n = 2.729) representando el 78% de los 3.496 sujetos que conformaban el panel inicial del censo. Los datos de la segunda muestra se recogieron entre 10-noviembre y 3-diciembre (n = 933) y el tercer grupo muestral lo conformaron aquellas personas con las que se contactó entre el 16-marzo y el 11-abril de 2002 (n = 787). Todos los participantes son mayores de 18 años.

Los instrumentos para obtener la información fueron: la versión abreviada del *Stanford Acute Stress Reaction Question* (SASRQ) de Cardena *et al.* (2000) que es una medida específica del trastorno de estrés agudo, de manera que sólo se aplicó a la muestra recogida durante el primer mes. A las otras dos muestras, en cambio, se les administró la *Impact of Events Scale-revised* que reúne, con una validez y fiabilidad demostradas (Weiss y Marmar, 1997), algunos de los síntomas de estrés postraumático, según criterios del DSM-IV (APA, 1994). La correlación entre ambas medidas (estrés agudo y síntomas de estrés postraumático) fue significativa (r = 0,55, p 0,001). Para la evaluación del estrés global se utilizó la *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL) de Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth y Covi (1974) y la *Brief Symptom Inventory* (BSI-18) de Derogatis (2001). En ambos instrumentos se obtienen datos sobre el grado con el que cada persona responde con síntomas de estrés, depresión, ansiedad y somatización.



Para el estudio de las estrategias de afrontamiento se aplicó la *Brief COPE* de Carver (1997) que mide la frecuencia con que se emplean dichas estrategias, las cuales aparecen listadas en el instrumento. Dicha escala se aplicó sólo a la primera muestra, es decir, en el momento más cercano tras el ataque; cabe destacar en este sentido, que los autores no han considerado adecuadamente la estabilidad temporal en las respuestas de afrontamiento.

Del análisis de los resultados se desprende que el 70% de la población estudiada presentaba síntomas de estrés postraumático al cabo de los dos meses, porcentaje que, aunque declina significativamente a los seis meses (5.8%), todavía no ha desaparecido por completo. A partir de este porcentaje se dividió a la muestra de dos formas (*modelo 1*, que incluye los datos significativos de antecedentes de salud previo al 11-S y severidad de la exposición al ataque y *modelo 2*, donde se incluye además de los datos significativos del modelo 1, las estrategias de afrontamiento asociadas significativamente con los síntomas de estrés postraumático) para determinar qué variables predicen con mayor peso la presencia de dichos síntomas. Los hallazgos indican que los niveles más elevados de síntomas de estrés postraumático están asociados a: género femenino, personas separadas, antecedentes psicopatológicos previos al 11-S (ansiedad o depresión), el padecimiento de trastorno físico antes del ataque, el grado de exposición directa que se ha tenido en el atentado y la rapidez y esfuerzo en el empleo de estrategias de afrontamiento tras el ataque. Asimismo, el estrés global está relacionado con la severidad de la pérdida debida al ataque y a las estrategias de afrontamiento empleadas. En este sentido, cabe señalar que la evaluación de las estrategias de afrontamiento inmediatamente después del ataque se convierte en un excelente predictor de los síntomas de estrés postraumático así como del estrés global. Además, los resultados coinciden con otros estudios acerca del papel importante como amortiguador de la ansiedad y el estrés que desempeña el empleo de determinadas estrategias de afrontamiento tradicionalmente clasificadas como positivas o de afrontamiento activo (planear, búsqueda de apoyo, aceptación), mientras que las conductas de evitación (darse por vencido, negación, sentimiento de culpa, etc.) suelen identificarse como negativas y desembocan en un incremento del estrés global (Carver, Pozo y Harris, 1993; Perczek, Burke, Carver, Krongrad y Terris, 2002).

A pesar de la relevancia de estos hallazgos, los autores señalan que los efectos de un evento de esta naturaleza no están limitados a aquellas personas directamente afectadas por él y el tipo de respuesta no se puede predecir, simplemente, a través de medidas objetivas de exposición o pérdida como consecuencia del trauma; esto determina que la aparición o no de sintomatología a lo largo del tiempo dependa del uso de estrategias de afrontamiento específicas inmediatamente después del evento. En particular, desentenderse y no esforzarse por enfrentarse a la situación constituye, con mucha probabilidad, un fuerte riesgo de tener dificultades psicológicas al cabo de seis meses después del acontecimiento traumático.

**Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser E. et al. (2003). Trends on probable Post-Traumatic Stress Disorder in New York city after the September 11 terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158, 514-524.**

Este trabajo, al igual que muchos otros desarrollados dentro del ámbito de los efectos que los atentados del 11 de septiembre han tenido sobre la salud mental de las personas, se centra en la estimación de la prevalencia del Trastorno por Estrés postraumático (TEP), y del TEP subumbral, en adultos residentes en el área metropolitana de Nueva York. Sin embargo, a diferencia de la mayoría de los otros estudios, se preocupa por determinar los cambios que, a lo largo del tiempo, pueden tener lugar en dichas estimaciones. Al mismo tiempo, los autores se proponen analizar la relación que puede existir entre las características sociodemográficas y el grado de exposición a los eventos y la persistencia del TEP. Para alcanzar estos objetivos, Galea *et al.* llevaron a cabo tres estudios diferentes, transcurridos 1, 4 y 6 meses desde los ataques. En los tres casos, se utilizaron técnicas de marcado aleatorio de números para acceder a las personas y solicitar su participación. Las muestras seleccionadas fueron bastante extensas, con 998, 2.001 y 1.570 participantes, respectivamente. Además, las áreas de la ciudad de las cuales se seleccionaron a los participantes fueron ampliándose; es decir, en el primer caso, la muestra estaba constituida sólo por personas que residían al sur de la calle 110, en Manhattan; en el segundo, por habitantes de la ciudad de Nueva York, aunque estaban sobre-representados los sujetos pertenecientes a la condición anterior (residir al sur de la calle 110); y en el tercero, se incluyeron además, adultos residentes del área metropolitana de Nueva York, estando sobre-representados quienes pertenecían a las dos condiciones anteriores.

La recogida de información se llevó a cabo a través de un cuestionario estructurado que se administró telefónicamente estando disponible en tres idiomas, lo que indica que se tuvo en cuenta la heterogeneidad de la población neoyorquina. Cabe añadir, que las medidas fueron las mismas en los tres estudios para poder establecer comparaciones. Los autores obtuvieron datos relativos a las características sociodemográficas de los participantes y controlaron la ocurrencia de eventos traumáticos en los 12 meses previos a los ataques y en el período de tiempo transcurrido con posterioridad a éstos, así como la proximidad al lugar de los hechos. Además, establecieron categorías para clasificar a los sujetos afectados directamente por la catástrofe, aunque no se tuvieron en cuenta medidas de exposición indirecta al evento traumático.

Si nos centramos en las manifestaciones psicopatológicas consideradas, hay que destacar que este es uno de los escasos trabajos, dentro de esta temática, que ha utilizado entrevistas estructuradas ligadas a criterios DSM-IV (APA, 1994), concretamente, emplearon el módulo para medir el TEP del Estudio Nacional de Mujeres. En las tres evaluaciones se midió la presencia actual de TEP y TEP subumbral, y sólo en las dos últimas, se tuvo en cuenta también, la persistencia de dicho trastorno desde el 11 de septiembre. Al mismo

tiempo, para medir la ocurrencia de ataques de pánico en las primeras horas posteriores a los atentados se empleó una versión modificada de la entrevista diagnóstica del Centro para la Prevención y el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, 1989).

A pesar de la relevancia de los aspectos reseñados, no parece que los autores recogieran información relativa a los antecedentes psicopatológicos, previos al 11 de septiembre, en ninguna de las tres evaluaciones. No obstante, destaca que en la evaluación del TEP se tuviera en cuenta que el contenido de los síntomas aludiera a los hechos terroristas de interés, y que en el caso de los ataques de pánico, se contabilizara la sintomatología ocurrida durante las primeras horas consecutivas a dichos eventos.

En cuanto a los resultados obtenidos, parece relevante destacar la cautela de los investigadores al comparar las características sociodemográficas de los tres grupos de entrevistados con las estimaciones de dichas características extraídas de un censo poblacional del año 2000. Estos análisis no arrojaron diferencias significativas, por lo tanto, se concluye que las muestras de participantes son demográficamente comparables con la población general. En segundo lugar, los datos documentan un rápido descenso en la prevalencia, tanto del TEP, como del TEP subumbral, en la población general a los 6 meses del atentado; específicamente, en quienes residían más cercanamente al lugar de los hechos (sur de la calle 110, en Manhattan), la prevalencia de TEP era de 7.5% un mes después del evento, mientras que a los 6 meses, se situaba ya en 0.6%. Al mismo tiempo, se pudo observar cómo dichas estimaciones de prevalencia del TEP y del TEP subumbral se mostraron consistentemente mayores, a lo largo de las tres evaluaciones, en las personas afectadas directamente por el suceso, que en las que no lo fueron. No obstante, resulta interesante resaltar, en relación con este último grupo de participantes, que transcurridos 6 meses de los ataques terroristas, constituían un tercio de los que cumplían los criterios para el TEP. Por lo tanto, parece que eventos de estas características pueden tener efectos psicológicos a gran escala, que incluyen principalmente, a quienes los sufren de modo directo, pero también a la población general.

Por otro lado, las variables que predijeron la ocurrencia del TEP con posterioridad a los ataques fueron: el estado civil (pertenecer a una pareja de hecho), el apoyo social (bajo), el número de eventos traumáticos sufridos a lo largo de la vida (4 o más), el número de estresores en los últimos doce meses (2 o más) y haber experimentado eventos estresantes con posterioridad al 11 de septiembre. Por su parte, las categorías relativas a la exposición al evento traumático significativamente asociadas con el desarrollo de TEP después de los ataques aluden a: vivir al sur de la calle 14 en Manhattan, haber presenciado los ataques en persona, haber estado en el World Trade Center en el momento en que tuvieron lugar los hechos, haber sido herido durante los mismos, haber temido resultar herido o muerto, haber sufrido la muerte de un pariente o amigo, haber participado en las labores de rescate, y por último, haber perdido el trabajo como consecuencia de los atentados. Cabe añadir, que de los participantes que cumplían los criterios para el TEP desde

el 11 de septiembre, un 19.7% continuaba cumpliéndolos 6 meses después de los atentados. En este sentido, el único predictor significativo fue haber perdido el trabajo como consecuencia de estos sucesos.

En general, podemos decir que este trabajo constituye uno de los pocos que se ha aventurado a estudiar la prevalencia del TEP y del TEP subumbral en los momentos posteriores a la ocurrencia de los atentados del 11 de septiembre y sus variaciones a lo largo de un período temporal de seis meses, lo que nos permite tener una imagen más completa de los efectos que, situaciones de este calibre, pueden tener en las personas en los primeros momentos y de la evolución futura de estas reacciones iniciales. Sin embargo, no se puede perder de vista, que se recogen estudios de diseño transversal y que, para el conocimiento definitivo del curso de una sintomatología, es más conveniente un diseño de tipo longitudinal o prospectivo. Por otro lado, posee el valor añadido de ofrecernos un detallado análisis sobre los predictores de ocurrencia del TEP después de sucesos terroristas, así como de predictores de la persistencia del TEP a lo largo de seis meses. Todos estos datos, resultan especialmente relevantes al objeto de orientar y priorizar las intervenciones según las necesidades, en el escenario de dificultad y desconcierto que normalmente acompaña a este tipo de sucesos.

**Vlahov, D., Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Boscarino, J.A., Bucuvalas, M., Gold, J. y Kilpatrick, D. (2002). Increase use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the september 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 155, 988-996.**

Resultan muy escasos los trabajos que se dedican a estudiar el incremento de sustancias como la marihuana, el alcohol o el tabaco, tras atentados terroristas de gran alcance y, precisamente éste ha sido uno de los motivos para incluirlo en esta sección y acompañarlo de un breve comentario. Es evidente, tras hacer un recorrido por la literatura científica sobre el tema que nos ocupa, que las variables que centran el interés de los investigadores se refieren básicamente a trastornos psicopatológicos y muy especialmente al padecimiento de estrés postraumático. Hemos puesto de manifiesto la trascendencia de estos problemas para la salud mental, pero también es cierto que es necesario considerar el importante papel que puede desempeñar el control de los impulsos para no abocar en una adicción.

Los autores parten de tres hipótesis: 1) se produce un incremento en el consumo de tabaco, alcohol y marihuana después del ataque, 2) el incremento de sustancias está asociado al incremento de Trastorno de Estrés postraumático y depresión después del desastre y 3) existe relación entre el tipo de exposición y el incremento de sustancias.

Para dar respuesta a estas hipótesis, la recogida de los datos se ha llevado a cabo entre la 5ª y la 8ª semana después de la fatídica fecha del 11 de septiembre. La muestra la conforman 988 personas, mayores de 17 años, que vivían al sur de la calle 110 de Manhattan dado que se trata de un área cercana al World Trade Center (WTC). Para contactar con los participantes utilizaron la técnica

de marcado aleatorio de números de teléfono, a través del cual se llevaba a cabo también la recogida de la información.

Entre los instrumentos utilizados se encuentra un cuestionario estructurado en dos versiones (español e inglés) que se administró telefónicamente, donde se preguntaba primero si alguna vez había consumido tabaco, alcohol y/o marihuana y si la respuesta era afirmativa se indagaba sobre la frecuencia de dicho consumo tanto antes como después del atentado. Cabe señalar que también se recogieron las variables sociodemográficas de los participantes. Igualmente, se utilizó un listado de acontecimientos vitales estresantes para determinar si habían experimentado alguno de ellos durante el año previo al ataque.

El trastorno de estrés postraumático se evaluó con una versión modificada de la *Diagnosis Interview Schedule* y para determinar la presencia de depresión se empleó la versión modificada y validada de *Structured Clinical Interview*, ambas basadas en los criterios del DSM-IV (APA, 1994).

Para el análisis de los resultados la muestra se agrupó en función de cuatro categorías según la zona geográfica en la que habitaban en relación con la proximidad o distancia con el WTC. De dicho análisis se desprende que el 28.8% de los supervivientes afectados habían incrementado significativamente el consumo de alguna de las tres sustancias en el periodo posterior al ataque; el refugio en el alcohol es el más frecuente (24.6%) seguido del tabaco (9.7%) y más escasamente la Marihuana (3.2%). Así pues, este hallazgo confirma la primera hipótesis y sugiere que el incremento en el consumo de "drogas" después de un desastre puede convertirse en un problema relevante. Por otra parte, las personas que habían incrementado significativamente el consumo de tabaco y marihuana estaban diagnosticadas de ambos trastornos: TEP y depresión. Mientras que el aumento del consumo de alcohol se produce solamente entre aquellas personas diagnosticadas de depresión. Estos resultados, además de dar respuesta a la segunda hipótesis, ponen de manifiesto que el uso e incremento de diferentes sustancias está asociado con la presencia de distintas condiciones de comorbilidad psiquiátrica. El trastorno del estado de ánimo constituye aquí uno de los factores de riesgo y que más afecta al consumo de alcohol. De todas formas entre cinco y ocho semanas tal vez sea muy pronto para que se pueda hablar de dependencia o abuso de sustancias; quizá si este estudio se hubiera prolongado unos meses en el tiempo, los resultados podrían haber sido más concluyentes en este sentido.

En relación con la tercera hipótesis los hallazgos apuntan hacia un incremento significativo del tabaco en aquellas personas que han tenido una exposición más cercana del ataque. A pesar de la relevancia que puedan tener estos resultados, los autores recomiendan prudencia puesto que el periodo de tiempo durante el que se entrevistó a los participantes, la ciudad de Nueva York estaba en un estado de alerta elevado por miedo a futuros ataques; a esto habría que añadir como factor estresante los problemas económicos en los que se vio involucrada la ciudad (recordemos incluso su efecto en el mercado de valores). Es arriesgado, por tanto, la generalización de los

datos puesto que han podido estar influyendo otras variables concomitantes.

Hemos comentado aquí los resultados más relevantes, pero cabe señalar que en este trabajo, Vlahov *et al.* tienen en cuenta metodológicamente un gran cúmulo de variables que si bien no arrojan resultados significativos, han suscitado que el diseño se complique, hecho que resulta cuanto menos meritorio y digno de mención.

**Henry, D. B., Tolan, P. y Gorman-Smith, D. (2004). Have there been effects associated with the September 11, 2001, terrorist attacks among inner-city parents and children?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 3, 542-547.**

Este trabajo es muy novedoso, a pesar de analizar, como muchos otros, los efectos que los atentados del 11-S han tenido sobre la salud mental de los ciudadanos. La mayoría de los estudios realizados hasta el momento carecen de una línea base de datos previos a los ataques que podría determinar el papel de los estresores preexistentes en las reacciones postraumáticas a los ataques. En este sentido, hemos seleccionado este trabajo por ser de los pocos que analizaron medidas pre-11-S y medidas post-11-S de diferentes variables psicológicas, y por el apoyo que ello pudiera suponer en los resultados. Por tanto, nos ofrece la posibilidad de conocer hasta qué punto los síntomas de estrés realmente se debieron al impacto psicológico sufrido como consecuencia de los atentados, o si por el contrario, esas posibles alteraciones ya estaban presentes antes de los mismos.

El estudio lo realizaron en el contexto de una amplia investigación longitudinal de prevención (*School and families educating children: SAFEChildren*) que Henry y su equipo ya estaban desarrollando. Su objetivo principal era el análisis de predictores de riesgo para la delincuencia y la drogadicción en niños afro-americanos y latinos de Chicago. Por tanto, los autores planificaron la investigación con independencia de los atentados del 11-S, en ese momento ya habían realizado seis evaluaciones previas a las analizadas en este trabajo. Por la naturaleza de la investigación los instrumentos que administraron no fueron seleccionados para la valoración de los efectos directos de los ataques. No obstante, tuvieron la oportunidad de valorar las posibles consecuencias con medidas del bienestar psicológico, sentimientos de seguridad y prácticas educativas, tanto en los padres como en los hijos.

En este trabajo, los autores estudiaron comparativamente los resultados de dos evaluaciones, realizadas 100 días antes y 100 días después de los atentados, con respecto a los resultados de las seis valoraciones que ya habían llevado a cabo. Cabe señalar que carece de una descripción pormenorizada de la selección de la muestra, no obstante, queda recogida en trabajos previos realizados por los autores a los cuales nos remiten. Respecto a su composición, se advierte la reducción que tuvo en las últimas evaluaciones (de 281 participantes en las seis primeras evaluaciones pasaron a 53 en la última o post 11-S), a pesar de la recompensa económica que se les ofrecía.

La recogida de información se efectuó a través de entrevistas individuales con los padres (o los cuidadores) y los hijos por profesionales cualificados y entrenados asignados aleatoriamente a cada familia. Se

emplearon instrumentos estandarizados y con propiedades psicométricas adecuadas en concreto: la *Parent Observations of Classroom Adaptation-Revised Scale* (POCA-R, Kellam, Brown, Rubin y Ensminger, 1983), la *Sense of Safety Scale* (Henry, 2000) el BDI (Beck, Emery, Rush y Shaw, 1979), la *Fear of Harm Scale* (Richters y Martinez, 1993), la subescala *Family Beliefs* de la *Family Relationships Scales* (FRS; Tolan, Gorman-Smith, Huesmann y Zelli, 1997), y la subescala *Supervision and Rules* del cuestionario *Parenting Practices* (Gorman-Smith, Tolan, Zelli y Huesmann, 1996).

Las variables estudiadas fueron: miedo al daño producido por la violencia en los padres, conductas de timidez, sensación de seguridad en los niños, ansiedad, depresión, creencias de los padres sobre la familia y, supervisión y reglas tanto en los padres como en los niños. Asimismo, consideraron el posible efecto que pudiera tener la estación (verano/otoño) en la que obtuvieron la información en las características estudiadas.

En cuanto a los resultados, tras la aplicación de la prueba estadística t-test y el procedimiento de Welch para compensar la desigualdad de varianzas, los autores no encontraron incrementos de sintomatología depresiva o ansiosa ni en los padres ni en los niños tras los ataques. Sin embargo, al contrario de lo esperado, hallaron un efecto significativo en las medidas del miedo al daño producido por la violencia siendo más bajas las obtenidas en el post que las del pre-11-S. Los autores explicaron este resultado motivado por el descenso (desde el año 2000) de crímenes violentos en la ciudad de Chicago. Las medidas de las creencias familiares sí aumentaron en el post, posiblemente asociado a los acontecimientos históricos del 11-S. Pero los efectos más destacados fueron los producidos en las medidas de supervisión y reglas tanto en los padres como en los niños, con puntuaciones más altas en ambos casos, es decir, se mostraron más estrictos tras los atentados (cuando aumentó la preocupación por futuros atentados) tanto en el horario de salidas como en el cumplimiento de las reglas. En general, Henry *et al.* atribuyeron las diferencias entre sus hallazgos y los de otros estudios principalmente a la referencia explícita de las consecuencias de los atentados tanto en las entrevistas realizadas, como en los medios de comunicación y en el contexto social inmediato.

En definitiva, según los autores, los acontecimientos históricos acaecidos el 11-S, conforme a los resultados obtenidos y en contraposición a las predicciones realizadas por numerosos psicólogos, no parecen tener efectos duraderos sobre los padres y los hijos (no afectados directamente), en cuanto a sintomatología depresiva, ansiosa o a la sensación de seguridad se refieren. Sin embargo, a pesar de la relevancia de todos los aspectos reseñados, se podrían hacer varias consideraciones: en primer lugar, la investigación se realizó en una población con unos índices elevados de criminalidad y dentro de un programa de prevención de delincuencia. En segundo lugar, las familias estudiadas pertenecieron a las zonas económicamente más desfavorecidas de la ciudad. En tercer lugar, las personas estudiadas no fueron víctimas directas ni indirectas de los atentados y, en cuarto lugar, no se

controló el efecto del tiempo transcurrido (concretamente de los 100 días) desde los ataques hasta la recogida de la información. Por último, habría que resaltar, como los propios autores señalan, que las personas que están habituadas al crimen y la violencia diaria en el barrio en el que viven, es posible que presenten cierta tendencia a la inoculación al estrés en relación con los efectos psicológicos que pueden producir los actos terroristas.

Para finalizar, se quiere hacer mención de otras publicaciones, que aunque no se encuentran entre las diez anteriores, constituyen aportaciones significativas dentro de la temática abordada. En este sentido, destaca la revista *Psychiatric Annals*, orientada a la formación psiquiátrica continuada, en la cual se dedicaron dos números seguidos del año 2004 (volumen 34, nº 8 de agosto, y vol. 34, nº 9 de septiembre) al estudio de los efectos psiquiátricos relacionados con los desastres y la actividad terrorista. En la primera parte (numero 8), se describen las reacciones normales ante los desastres, la evaluación de las necesidades de salud mental con posterioridad a los desastres, los efectos de los mismos y el terrorismo en la cultura (trauma colectivo), la *resiliencia* psicológica, y los efectos psicológicos de la manipulación de restos humanos (la importancia de la salud mental de las fuerzas de seguridad y sanitarios que intervienen tras un atentado). Ilustran este número con los detalles de las consecuencias psiquiátricas que siguieron al bombardeo, en 1998, de la embajada norteamericana en Kenia. En la segunda parte, se describen los efectos de las “armas de destrucción masiva”, se identifican los métodos para manejar las respuestas conductuales al posible terrorismo, se discuten los efectos de este tipo de eventos y de los desastres en los niños y sus familias, y se ofrecen los antecedentes y propuestas para responder a las repercusiones psicológicas del *agroterrorismo* o de la ruptura de la cadena alimenticia. También se ha de resaltar que la revista *Families, Systems & Health* en su número 1 del volumen 22 correspondiente al año 2004, incluye una sección especial en la que se exponen trabajos que orientan sobre cómo llevar a cabo investigaciones después de los ataques del 11-S, teniendo en cuenta los cambios y resultados, y otros, relativos a cómo viven los adolescentes y jóvenes adultos en este tiempo de ataques terroristas frecuentes. Asimismo, en esta revista se subraya que el congreso americano debe reconocer la necesidad de investigar la *resiliencia* psicológica y dedican un artículo a la promoción de la salud y *resiliencia*. Por otro lado, y más centrado en la intervención con personas que han sido expuestas a eventos traumáticos, resalta el libro de reciente publicación *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*, en el cual, su autor (E. Echeburúa), trata, entre otros temas, los procesos de evaluación y la terapia con personas que han sufrido daño psicológico a consecuencia de un trauma. Al mismo tiempo, Echeburúa ha analizado, esta vez, en las páginas de opinión del diario EL PAÍS (30 de noviembre de 2000) y en relación con el terrorismo ligado a ETA, los componentes psicopatológicos de los sujetos fanáticos a una ideología política, los factores de riesgo y mantenedores que contribuyen a una persona llegue a ser terrorista y conserve esa línea de acción, así como, los frentes a través

de los cuales se debe actuar para prevenir este tipo de fenómeno social. En el ámbito español, también destacan, las aportaciones de Urra, Navarrete, entre otros, los cuales han examinado diversos aspectos psicológicos de las víctimas del terrorismo en alguna de sus publicaciones.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1987.) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994.) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beck, A. T., Emery, G., Rush, A. J. y Shaw, B. F. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Cardena, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde, L. C. y Spiegel, D. (2000). Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ). *Journal of Traumatic Stress, 13*, 719-734.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioural Medicine, 4*, 92-100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretical based approach. *Journal of Personality Social Psychology, 56*, 267-283.
- Carver, C.S., Pozo, C. y Harris, S.D (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress. *Journal of Personality Social Psychology, 65*, 375-390.
- Centers for Disease Control and Prevention (1989). Diagnostic Interview Schedule (DIS). En *Health status of vietnam veterans. Supplement C: medical and psychological procedure manuals and forms*. (pp 405-499). Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Derogatis, L.R. (2001). *BSI-18 Administration, Scoring, and Procedures Manual*. Minneapolis, Minn: NCS Assessment.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno por estrés posttraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta, 24*, 527-555.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser E. *et al.* (2003). Trends on probable Post-Traumatic Stress Disorder in New York city after the September 11 terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology, 158*, 514-524.
- Henry, D. B. (2000). *Initial report of the Pilot Study for the Evaluation of the SAFE-TO-LEARN Demonstration Project* (Technical Report, Child Health Data Lab, Children's Memorial Hospital). Chicago, IL: Author.
- Kellam, S. G., Brown, C. H., Rubin, B. R. y Ensminger, M. E. (1983). Paths leading to teenage psychiatric symptoms and substance use: Developmental epidemiological studies in Woodlawn. En S.B. Guze, F.J. Earls y J.E. Barrett (Eds.), *Childhood psychopathology and development* (pp. 17-47). Chicago: University of Chicago Press.
- Munster, A. M., Horowitz, G. L. y Tudahl, L. A. (1987). The abbreviated Burn Specific Health Scale. *Journal of Trauma, 27*, 425-428.
- Perczek, R.E., Burke, M.A., Carver, C.S., Krongrad, A. y Terris, M.K. (2000). Facing a prostate cancer diagnosis. *Cancer, 94*, 2923-2929.
- Richters, J. E. y Martinez, P. (1993). The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry, 56*, 7-21.
- Saigh, P. A. (1997). *A comparative analysis of the future orientation ratings of traumatized youth*. Paper presented at: Annual Meeting of the International Society of Traumatic Stress Studies; November 7-10, Montreal, Quebec.
- Saiz, J., Agüera, L., Caballero, L., Fernández-Liria, A., Ramos, J. *et al.* (1999). Validación de la versión española del PRIME-MD: un procedimiento para el diagnóstico de los trastornos mentales en la Atención Primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría, 27*, 375-383.
- Schlenger, W. E., Caddell, J. M., Ebert, L., Jordan, B. K., Rourke, K. M. *et al.* (2002). Psychological reactions to terrorist attacks. Findings from the national study of American's reactions to september 11. *JAMA, 288*, 581-588.
- Tolan, P. H., Gorman-Smith, D., Huesmann, L. R. y Zelli, A. (1997). Assessing family processes to explain risk for antisocial behavior and depression among urban youth. *Psychological Assessment, 9*, 212-223.
- Weiss, D.S. y Marmar, C.R. (1997). *The impact of event scale-revised*. En J.P. Wilson, T.M. Keane (Eds.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York, NY: Guilford. 399-411.