

Seguimiento de los afectados por los atentados del 11-M en Madrid desde el Dispositivo de Atención Psicológica del SUMMA 112

Rosalía Hillers Rodríguez^{*1} y Mayelin Rey Bruguera²

¹Centro de Salud Mental (CSM) San Blas (Madrid), ²Centro de Salud Mental (CSM) Móstoles (Madrid)

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 350 afectados por los atentados de Madrid, iniciado tres meses después del 11 de marzo de 2004.

Método: Se administró telefónicamente un protocolo creado especialmente por el Dispositivo y las escalas TOP-8 y TQ.

Resultados: De los 350 entrevistados (66% mujeres), el 53% fueron víctimas de los atentados, el 27% testigos directos y el 19% testigos indirectos. El 33% de los encuestados presentó durante el seguimiento síntomas del Trastorno de estrés postraumático (TPEIT), siendo el 66% víctimas. El 32% de los encuestados recibió atención en los dispositivos de salud mental la semana siguiente a los atentados. El 82% de encuestados manifestó durante el seguimiento una reducción de los síntomas iniciales que originaron la demanda al SUMMA 112.

Conclusión: Estos resultados reflejan las consecuencias sobre las personas 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; atentados terroristas; seguimiento a medio plazo.

Title: Follow-up survey of the special unit of psychological attention at summa 112 after the terrorist attacks on 11th march in Madrid.

Abstract: The Special Unit of Psychological Attention at SUMMA 112 carried out a medium-term follow-up survey with a 350 subjects sample three months after the terrorist attacks on 11th March 2004 in Madrid, and the results are presented in this paper.

Method: A protocol designed *ad hoc* by the Unit, and the TOP-8 and TQ scales were administered by telephone.

Results: In our sample of 350 individuals (66 percent were women) 53 percent of respondents were victims, 27 percent direct witnesses, and 19 percent indirect witnesses of the attacks. During the follow-up 33 percent of the total sample showed Post-traumatic Stress Disorder (66 percent were victims). 32 percent of people who answered the questionnaire received mental assistance one week after the terrorist attacks. A high number of respondents (82 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.

Conclusion: These results show the consequences on people 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; terrorist attacks; medium-term follow-up survey.

Introducción

Transcurridos tres meses desde 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 Madrid) propusieron iniciar un estudio de seguimiento a medio plazo de las personas atendidas en este recurso; dicho estudio finalizó en septiembre de ese mismo año. De esta forma se culminaba la labor asistencial desde el Dispositivo, cuyas funciones han sido ampliamente descritas en otro lugar (Hillers y Rey, en prensa).

Tras detectar en los momentos posteriores a los atentados la incidencia de alteraciones, se consideró necesario analizar más pormenorizadamente los síntomas y situaciones una vez transcurrido el tiempo (al menos un mes), en que las reacciones de estrés se podían cronificar y derivar en trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral y Amor, 2004). De acuerdo con las investigaciones, 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, es conocido el dato de que alrededor de un 25% de víctimas o testigos de un hecho traumático, puede desarrollar un trastorno de estrés

postraumático (Echeburúa y Corral, 1997). Incluso dicha afectación puede extenderse a la población general (Galea, Ahern, Remick, Kirkpatrick, Bucuvalas, Gold y Vlahov, 2002).

Por último, según diversos estudios (e.g. 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, especialmente cuando éste se debe a la intervención humana y voluntaria (no se le atribuyen causas accidentales), ya que la percepción de incontrolabilidad es mayor. Ambas condiciones se dieron en los atentados del 11 de marzo en Madrid, por lo que se hacía imprescindible la continuidad en el acceso de la intervención psicológica a la población afectada.

En el estudio de seguimiento que presentamos a continuación, los participantes fueron algunas de las personas que demandaron atención psicológica en el SUMMA 112 a raíz de los atentados. Los objetivos del estudio, cuyos resultados preliminares ya fueron expuestos en otro lugar (Rey y Hillers, en prensa), se resumen a continuación:

- Identificar los casos de afectados con dificultades para restituir sus niveles de funcionamiento previos a los atentados y para recuperarse tras el trauma.
- Valorar el estado psicológico del demandante en el momento de realizar el seguimiento. En caso de haber sido derivado por el Dispositivo Especial de Atención Psicológica, comprobar que solicitó tratamiento en los distintos recursos de Salud Mental.

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Rosalía Hillers Rodríguez. CSM San Blas. Avda. Julia García Boután 8. 25022 Madrid. E-mail: rhillers@hotmail.com

- Comprobar la efectividad de la intervención psicológica en crisis, telefónica o domiciliaria, realizada en las fechas posteriores al 11 de marzo.
- Detectar la presencia del trastorno de estrés postraumático y, en caso afirmativo, valorar su intensidad de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV (1995).
- Detectar y prevenir la aparición de posibles secuelas psicológicas a largo plazo. En caso de confirmarse la presencia del trastorno de estrés postraumático en una persona que continuara sin asistencia ni tratamiento adecuados por parte de especialistas en salud mental, insistir en la conveniencia de recibir atención inmediata para evitar la cronificación de los síntomas presentes y derivar a la Red de Salud Mental.
- Derivar y orientar a aquellas personas que, al realizar la demanda inicial de atención psicológica en los teléfonos de urgencia, no fueron suficientemente informados sobre los recursos asistenciales en salud mental y que, como consecuencia, permanecían sin el tratamiento apropiado o sin tratamiento en el momento de realizar el seguimiento y continuaban presentando síntomas que interferían en su funcionamiento cotidiano.

Método

Sujetos

El Dispositivo Especial de Atención Psicológica inició en el mes de junio el contacto con una muestra de afectados, 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 atendidas). El contacto con los afectados fue a través del teléfono, realizado por las autoras (en aquel momento las profesionales integrantes del Dispositivo), comenzando por las demandas más tempranas tras los atentados. Se contactó con las personas que realizaron directamente la llamada a los teléfonos de emergencia. A finales de septiembre de 2004, es decir, más de seis meses después de los atentados, la muestra alcanzó las 350 personas. No obstante, y debido a un error de clasificación en 4 casos, los cálculos se realizaron sobre 346 personas.

Material y procedimiento

El seguimiento se efectuó pasados aproximadamente tres meses desde que los pacientes habían solicitado la atención psicológica. Las autoras diseñaron un cuestionario específico, al que respondían los participantes de manera voluntaria tras recibir la información acerca del estudio de seguimiento, de sus objetivos y solicitar consentimiento para ser valorados nuevamente, bien por ser ellos mismos los afectados, como por tratarse de familiares o amigos de éstos, de forma que los cuestionarios fueron autoinformes en el primer caso y heteroinformes en el segundo. Con la información obtenida las autoras crearon además una base de datos para facilitar su manejo y la realización de cálculos estadísticos, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los informados.

El cuestionario de seguimiento incluía los siguientes aspectos:

- *Datos personales y datos del atentado*: Además de los datos sociodemográficos de los entrevistados y de conocer su posible relación

con alguna víctima, se recabó información acerca del lugar donde se encontraban en el momento de producirse alguno de los atentados, para ser así catalogado como víctima o testigo. Se indagó sobre las posibles heridas y secuelas físicas y/o psicológicas derivadas del suceso, entre otros datos.

- *Antecedentes personales y familiares*: En otro apartado se investigó sobre tales antecedentes, tanto referidos al ámbito médico como psicológico y/o psiquiátrico, así como los acontecimientos vitales estresantes sufridos por los entrevistados, especialmente los más recientes en el tiempo, con el fin de observar la posible influencia de éstos en las alteraciones psicológicas actuales.
- *Sintomatología inicial y actual* (en el momento del seguimiento): Se incluyeron los síntomas, agrupados según modalidad de respuesta (ver más adelante en los resultados), que presentaban los afectados, tanto los detectados en los días inmediatamente posteriores a los atentados y valorados en la demanda de atención psicológica inicial, como al realizarse el seguimiento.
- *Atención en salud mental*: Se averiguó si los afectados fueron derivados a los dispositivos de la red de Salud Mental adecuados, de acuerdo con el lugar de residencia, si efectivamente acudieron a solicitar asistencia por requerir una intervención más continuada y, en caso afirmativo, de qué tipo (psicológica, psiquiátrica, o ambas, médico de atención primaria, etc.). Se pidió, además, una valoración razonada de la atención, en caso de haberla recibido, y de esta forma se detectaron puntualmente algunas incidencias durante el tratamiento. 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, puesto que esta situación constituía una novedad en los Servicios de Emergencia en la Comunidad de Madrid.
- *Evolución de la sintomatología*: Se incluyó este apartado para que el propio entrevistado valorara subjetivamente su estado en el momento del seguimiento, comparándolo con su estado cuando demandó la atención psicológica.
- *Comentarios respecto a otras etnias*: Por último, se incluyó un apartado donde se recogían los 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, el protocolo de seguimiento incluyó dos escalas especiales para la detección del Trastorno por estrés postraumático (TEPT).

1. *La escala TQ*, desarrollada por Davidson y Smith (1990) y validada en castellano por Bobes, Calcedo-Barba, García, François, Rico-Villademoros, González, Bascarán, Bousoño y el Grupo Español de Trabajo para el Estudio del Trastorno por Estrés Postraumático y su equipo (2000), consta de 18 ítems con respuesta dicotómica (sí – no) y su marco temporal abarca cualquier momento tras producirse el acontecimiento traumático.
2. *La escala TOP-8*, derivada de la Davidson Trauma Scale (DTS) y validada en nuestro país por Bobes *et al.* (2000), es un cuestionario de 17 ítems que cuantifica la frecuencia y la gravedad de cada síntoma de TEPT (criterios DSM-IV). Los autores originales propusieron como puntos de corte los siguientes: 0-7 indica la ausencia del trastorno; las puntuaciones entre 8-11 requieren valorar la posible presencia; y por último, las puntuaciones iguales o superiores a 12 indican la existencia segura de TEPT.

Resultados

Afectados atendidos

El equipo de psicólogas del SUMMA 112 realizó seguimiento a 350 personas que habían demandado atención psicológica al Dispositivo Especial, de las cuales 231 eran mujeres (el 66%) y 119 hombres (34%), según se refleja en la Figura 1.

De los 350 entrevistados, el 76% informó del atentado ocurrido en la estación de Atocha o la calle Téllez, el 13% de la estación de Santa Eugenia, mientras que el 11% resultó afectado por el atentado de la estación de El Pozo. Por otra parte, las edades de los encuestados se reflejan, por rangos, en la Figura 2.

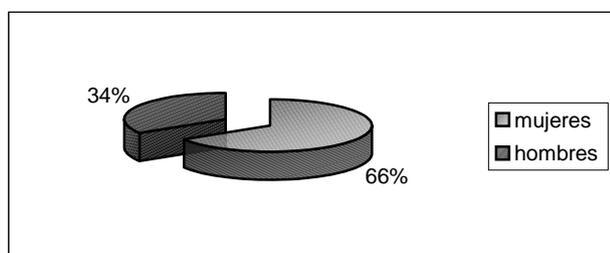


Figura 1: Distribución total por sexo.

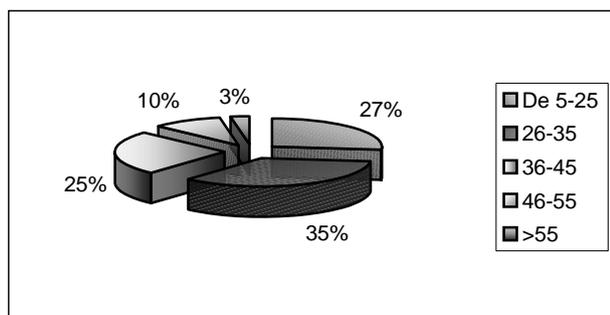


Figura 2: Distribución total por edades

Como hemos comentado más arriba, la información recogida puede ser autoinformada directamente por el paciente, lo que supone el 83% de los casos, o heteroinformada por una persona cercana al paciente, con un 17%. Con respecto a las personas atendidas se establecieron tres categorías: víctimas, testigos directos y testigos indirectos (ver Figura 3). Se observa que hay una proporción mayor de víctimas que de testigos de los atentados. Como señalamos anteriormente, un 1% de la muestra (4 personas) no se clasificó en ninguna de estas tres categorías y sus datos no pudieron ser incluidos en los resultados.

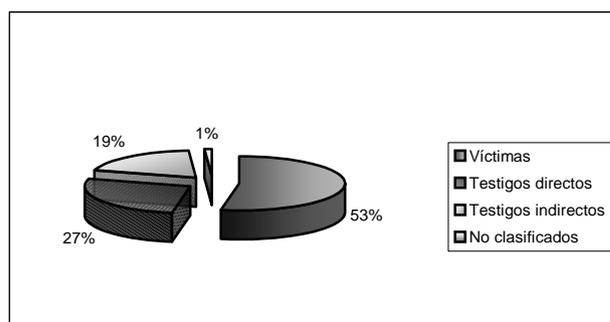


Figura 3: Distribución total de entrevistados.

De las 350 personas que respondieron al cuestionario de seguimiento, 185 fueron víctimas de alguno de los atentados, es decir, que viajaban en alguno de los trenes siniestrados o se encontraban en el andén donde explosionaron los trenes, lo que corresponde al 53% del total de encuestados. De este porcentaje, los familiares informaron que 14 de estas víctimas fallecieron (8%); por lo demás, una víctima resultó herida grave (1%), 79 resultaron heridos leves (43%), y 91 resultaron ilesos, es decir, sin lesiones físicas (48%) (ver Tabla 1). Respecto a la distribución por sexos, 118 eran mujeres (64%) y 67 hombres (36%). Las edades de las víctimas 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 Tabla 2).

Tabla 1: Distribución de la muestra por categorías.

Muestra	Porcentajes
Víctimas (n=185)	53%
Testigos directos (n=93)	27%
Testigos indirectos (n=68)	19%
No clasificados (n=4)	1%
	Fallecidas 8%
	Heridas graves 1%
	Heridos leves 43%
	Sin lesiones físicas 48%

En relación a los testigos directos, se consideraron como tales a las personas que presenciaron directamente la explosión de alguno de los trenes, bien desde otro andén, otro convoy, las pasarelas o las escaleras de las propias estaciones afectadas. También se han incluido en esta categoría a los voluntarios y personal sanitario en los hospitales que atendieron a los heridos. Del total de personas encuestadas, 93 se encuadran dentro de esta categoría, lo que supone un 27%, de las cuales 60 son mujeres (64%) y 33 hombres (36%). Sus edades se encuentran entre los 8 y los 60 años, con una media de edad de 32 años, tal como se refleja en la Tabla 2.

Los testigos indirectos son aquellas personas que presenciaron las consecuencias de los atentados por los medios de comunicación, principalmente a través de la televisión, dado el impacto de las imágenes mostradas. El número de estos testigos indirectos asciende a 68 o, lo que es lo mismo, un

19% del total de encuestados, de los que 50 son mujeres (74%) y 18 son hombres (26%). En cuanto a las edades de estos testigos, el rango varía entre los 5 y los 70 años (media = 38) (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución de la muestra por edad según categorías.

Edad	Víctimas (n=185)	Testigos directos (n=93)	Testigos Indirectos (n=68)
5-25 años	28%	30%	10%
26-35 años	36%	34%	24%
36-45 años	22%	25%	51%
46-55 años	13%	10%	5%
>55 años	1%	1%	10%

Origen de las personas atendidas

Por nacionalidades, la mayoría de los encuestados poseía la nacionalidad española (57%). Los datos sobre los países de origen se reflejan en la Figura 4.

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 (TEA), el cual incluye distintos grupos de síntomas:

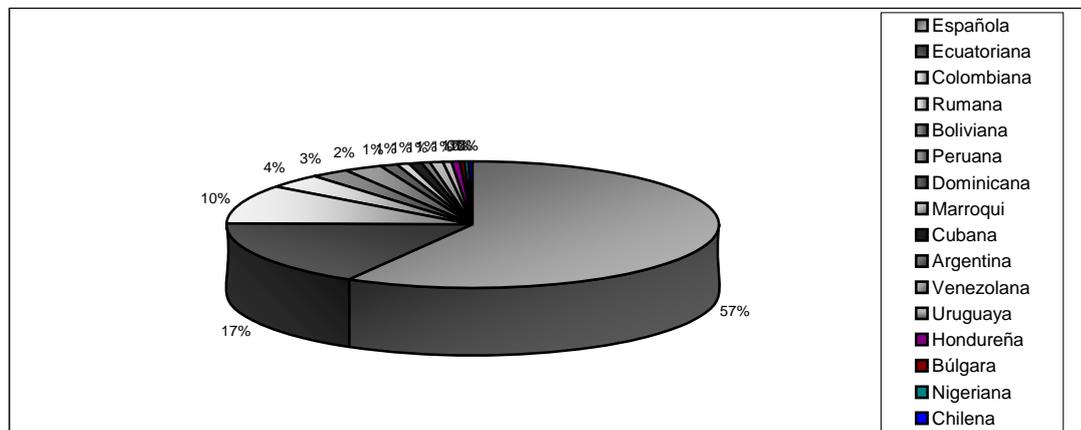


Figura 4: Distribución por país de origen.

- Shock , confusión, embotamiento, desorientación.
- Reacciones con predominio de alteraciones de la conducta: insomnio, pesadillas, agitación, hiperactividad, etc.
- Reacciones con predominio de alteraciones emocionales: ira, rabia, llanto, tristeza, etc.
- Reacciones con predominio de alteraciones vegetativas: taquicardia, temblor, sudoración, vómitos, náuseas, etc.
- Reacciones cognitivas: Imágenes, pensamientos o recuerdos recurrentes e intrusivos, etc.

La distribución de los síntomas iniciales entre los pacientes contactados se muestra en la Figura 5.

La mayoría de las víctimas (34%), demandó atención psicológica los días posteriores a los atentados 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 7% de las víctimas presentó tan sólo síntomas de un tipo (alteraciones emocionales, principalmente), mientras que el 8% restante sufrió inicialmente alteraciones de los cinco grupos de síntomas.

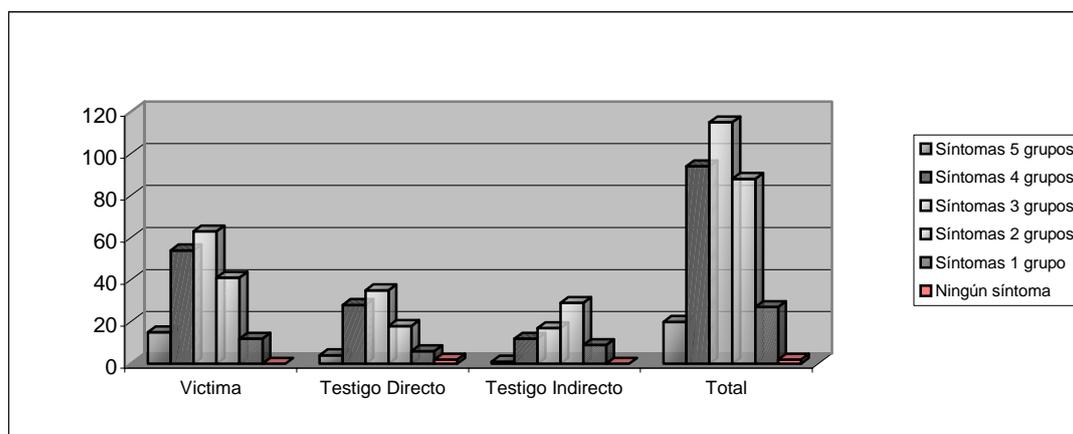


Figura 5: Síntomas iniciales.

Los síntomas iniciales, motivo de la demanda de atención de atención psicológica de las víctimas, de los testigos directos e indirectos y sus porcentajes se reflejan en la Tabla 3.

Tabla 3: Síntomas iniciales

Síntomas iniciales	Total	Víctimas	Testigos directos	Testigos indirectos
de 5 grupos	6%	8%	4%	1%
de 4 grupos	27%	29%	30%	18%
de 3 grupos	33%	34%	38%	25%
de 2 grupos	25%	22%	20%	43%
de 1 grupo	8%	7%	6%	13%
Ausencia de síntomas	1%	-	2%	-

Con relación al momento de aparición de los síntomas, el porcentaje mayor de encuestados manifestó que el mismo día de los atentados comenzó a experimentar reacciones anómalas relacionadas con una situación de estrés agudo, tal y como se refleja en la Tabla 4.

Tabla 4: Inicio de los síntomas tras los atentados

Síntomas iniciales	Total	Víctimas	Testigos directos	Testigos indirectos
Mismo día	56%	57%	54%	55%
1-7 después	41%	41%	44%	41%
A las 2 semanas	1%	1%	1%	2%
A las 3 semanas	1%	1%	1%	2%
Después de mes y medio	1%	-	-	-

Síntomas presentes al realizar el seguimiento (síntomas actuales): De acuerdo con el cuestionario TOP-8, el 33% del total de encuestados presentó TEPT durante el seguimiento (puntuaciones iguales o superiores a 12). De ellos, un 66% son víctimas, un 25% testigos directos y un 9% son testigos indirectos. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes, según fuera su situación en los atentados de víctimas, testigos directos o testigos indirectos

en la presencia o no de TEPT, medida por la puntuación en el TOP-8 (ANOVA $F = 11.7$; $p < .0001$). Este resultado indica que las víctimas de los atentados poseen una puntuación media superior en el TOP-8 y, por tanto, mayor presencia de síntomas de TEPT, que los testigos (directos e indirectos), siendo las diferencias de las puntuaciones de las primeras significativas respecto a las obtenidas por los segundos en la misma escala.

Asimismo, se tuvo en cuenta la descripción por parte de los encuestados de los síntomas que aún persistían en las dos últimas semanas, contabilizándolos y agrupándolos. Concretamente, los pacientes encuestados respondieron de la manera que refleja la Tabla 5 sobre los síntomas, por grupos, que perduraban en el momento de realizar el seguimiento.

Tabla 5: Síntomas actuales

Síntomas actuales (en el seguimiento)	Total	Víctimas	Testigos directos	Testigos indirectos
Síntomas de 5 grupos	1%	1%	-	-
Síntomas de 4 grupos	9%	13%	6%	6%
Síntomas de 3 grupos	19%	23%	21%	7%
Síntomas de 2 grupos	24%	25%	24%	18%
Síntomas de 1 grupo	26%	24%	30%	29%

Se observó que las reacciones de shock y embotamiento ya no aparecían en este momento, y que aumentaron los porcentajes de pacientes que solamente presentaban alteraciones de uno o dos grupos de síntomas. Especialmente en el caso de los testigos indirectos, presentaban síntomas del grupo relacionado con reacciones emocionales. La distribución de los datos sobre los síntomas en el momento del seguimiento (síntomas actuales) se muestra en la Figura 6.

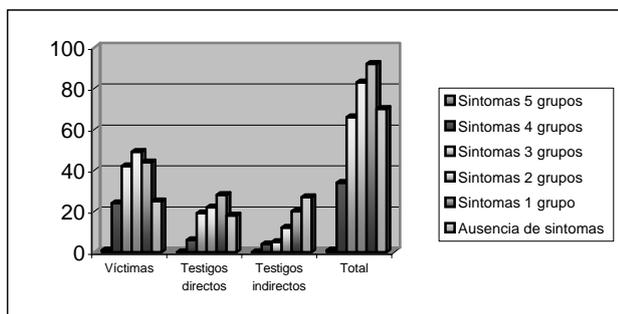


Figura 6: Sintomas actuales.

Atención desde salud mental a las víctimas del 11-M

Del total de encuestados, el 38% no recibió atención en salud mental a pesar de las derivaciones realizadas desde SUMMA 112. En la mayoría de los casos no se dirigieron a los dispositivos de salud mental por considerar que su situación no era tan grave como la de otros afectados, o por considerar que con el paso del tiempo sus síntomas desaparecerían. De los encuestados que permanecían sin atención en el momento de ser contactados, el 39% son víctimas, el 31% testigos directos y el 30% testigos indirectos.

Respecto al tipo de atención en salud mental recibida por los encuestados, el mayor porcentaje corresponde a los pacientes que habían recibido exclusivamente atención psicológica, con un 26%. Le siguen los atendidos por psicólogo y psiquiatra conjuntamente (19% de pacientes), y los que recibían atención psiquiátrica únicamente (el 12%). Tan sólo un 5% de los pacientes fue atendido únicamente por su médico de atención primaria, prescribiendo principalmente medicación ansiolítica e inductores del sueño; el resto (no alcanza el 1%) recibió otra atención (farmacéutico, DUE, etc.). La distribución aparece en la Figura 7.

En este sentido, valoramos que hubiese sido de gran interés realizar un análisis del tipo de tratamiento farmacológico pautado a los pacientes, siendo una limitación de nuestro estudio. Sin embargo, debido, por una parte, al modo de contacto (vía telefónica) y, por otra, al desconocimiento de la medicación por parte de los entrevistados (no conocían nombre, mecanismo de actuación, efectos, etc.), no fue posible recoger este dato de una manera fiable, por lo que fue descartado.

El análisis de los datos indica la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes respecto a la puntuación obtenida en la escala TOP-8, de acuerdo con la atención recibida (o no) en salud mental (ANOVA $F=4.4$; $p=.0008$). Las puntuaciones más bajas en el TOP-8 corresponden a los pacientes que no recibieron atención en salud mental, probablemente porque sus síntomas iniciales no eran numerosos ni intensos, seguido por los pacientes que recibieron exclusivamente tratamiento psicológico. Curiosamente, los pacientes con puntuaciones más elevadas se dieron entre los pacientes que recibían tratamiento psicológico

y psiquiátrico (media: 13, indicativa de la presencia de TEPT). Las comparaciones post-hoc entre las diferentes opciones de atención recibida, muestran que son significativas las diferencias de puntuación en el TOP-8 entre los pacientes que recibieron simultáneamente tratamiento psicológico y psiquiátrico (media = 8), y aquellos que no recibieron ninguna atención, probablemente por ausencia de alteraciones previas en estos últimos. Asimismo, se hallaron diferencias significativas en el TOP-8 entre los pacientes que recibieron atención exclusivamente psicológica y los que recibieron ambas (psicológica y psiquiátrica al mismo tiempo).

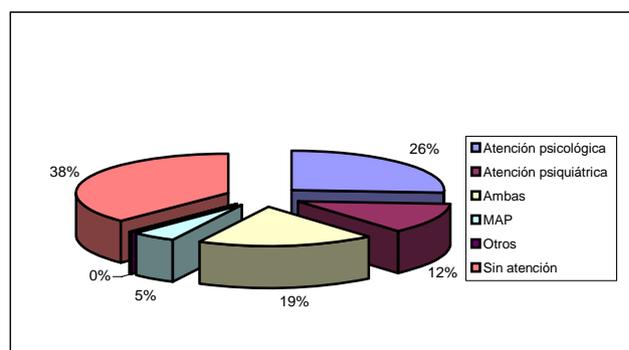


Figura 7: Atención en salud mental.

De los pacientes que recibieron atención en salud mental, el 82% informó de la disminución de los síntomas iniciales, el 12% se encontraba igual, y tan sólo el 5% manifestó mayor presencia de síntomas propios del TEPT en el momento de realizar el seguimiento. Asimismo, el 80% de los pacientes relacionaba su mejoría con la atención recibida en salud mental.

El porcentaje mayor de pacientes encuestados comenzó a recibir atención en alguno de los dispositivos de salud mental a las dos semanas siguientes de producirse los atentados (un 36%). Vemos en la Tabla 6 que la mayor parte de la atención psicológica se concentró en los 15 días que siguieron al 11-M, 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 Atentado del 11-M, reforzando los servicios sanitarios, contratando 35 psiquiatras y 17 psicólogos (Comunidad de Madrid, 2004).

Tabla 6: Inicio atención psicológica tras los atentados

Momento tras los atentados	Porcentajes
Mismo día de los atentados	5%
1-7 días tras los atentados	32%
A las 2 semanas	36%
A las 3 semanas	14%
Al mes	7%
Después de 1 mes	6%

De forma global, de todos los afectados que recibieron atención en salud mental, el 51% continuaba en tratamiento en el momento del seguimiento, el 23% había recibido ya el alta, mientras el 26%, en su mayoría víctimas de los atentados, 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. Este hecho era especialmente relevante en el caso de los afectados en situación irregular en nuestro país. La situación se refleja de forma más detallada en la Tabla 7, desglosando en este caso a los pacientes **de acuerdo con la atención recibida** (excepto los atendidos por el médico de atención primaria y los incluidos en la categoría "otros").

Tabla 7: Continuidad de la atención en salud mental.

	Atención psicológica sólo (n=90)	Atención psiquiátrica sólo (n=43)	Ambas (n=65)
Alta	25%	22%	18%
Abandono	34%	27%	13%
Continúan tratamiento	41%	51%	69%

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

De las 350 personas encuestadas durante el seguimiento, 271 (77%) acudieron al SUMMA 112 como primer dispositivo de salud mental para recibir atención psicológica de emergencia, tras producirse los atentados. Este número se eleva a 338 (97%) tras incluir a las personas que demandaron en segundo lugar atención psicológica proporcionada por este Dispositivo.

Por último, un 29% de los encuestados recurrió exclusivamente al SUMMA 112 como dispositivo de atención psicológica, siendo la distribución de éstos la que aparece en la Figura 8.

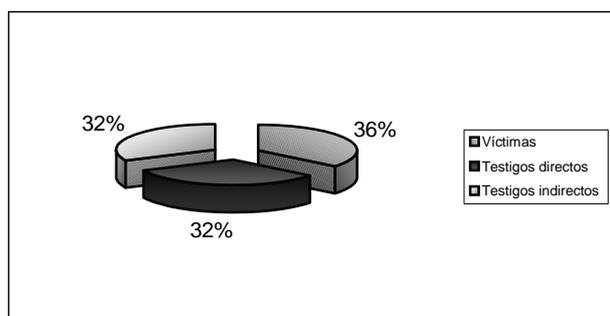


Figura 8: Atención exclusiva en SUMMA 112

Asimismo, se detectó en la muestra encuestada 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. En otras ocasiones, estos contactos se prolongaron en el tiempo (mayor número de contactos), dada la sintomatología del paciente, o debido a las circunstancias personales y/o sociales: personas que por su condiciones laborales no podían acceder en los horarios de los recursos de salud mental, personas con reticencias a ser atendidos por estos especialistas, inmigrantes sin documentación en regla y con temor a ser deportados, etc. Estas circunstancias 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 encuestada tan sólo hubo un pequeño porcentaje de casos en los que se requirió el desplazamiento del psicólogo, tal y como se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8: Intervenciones del Dispositivo Especial de Atención Psicológica SUMMA 112.

Intervenciones SUMMA 112	Porcentajes
Intervención puntual	83%
Seguimiento	> 2 contactos 6% De 4 a 5 contactos 7% > 5 contactos 3%
Atención domiciliaria	Con medicación <1% Sin medicación 2%

De los 271 entrevistados que consultaron a SUMMA 112 en primer lugar, el 49% fue derivado a otro dispositivo de salud mental para recibir atención continuada y de éstos, la mayoría (el 82%) manifestó encontrarse mejor de sus síntomas iniciales en el momento de entrevistarlos. De hecho, el 29% de las personas derivadas obtuvo una puntuación en el TOP-8 inferior a 8, lo que indica ausencia de TEPT.

Del total de personas derivadas, el 21% recibió efectivamente tratamiento posterior en Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Incluso hubo pacientes que, sin ser derivados, acudieron a otros dispositivos de salud mental tras consultar con SUMMA 112 (35%). De éstos, un 14% obtuvo, además, una puntuación en el TOP-8 que descarta la presencia de TEPT.

De los casos en que respondieron los propios afectados (autoinforme), el 28% recibió únicamente la atención psicológica proporcionada por SUMMA 112, ya fuera telefónica o vía asistencia domiciliaria. La media de edad de estos pacientes es de 36 años, moda 40 años, siendo el rango comprendido entre los 17 y los 73 años. El 32% fue catalogado como víctima en alguno de los atentados, el 32% fue testigo directo y el 35% testigo indirecto. Las demandantes más numerosas fueron las pacientes de sexo femenino (72%). Por otra parte, las puntuaciones obtenidas por estos encuestados en el cuestionario TOP-8 tuvieron una media cercana a 8, oscilando el rango entre 0 y 20.

Ocurrencia de sucesos vitales estresantes

Se investigó la relación, no necesariamente causal, entre el hecho de haber experimentado recientemente acontecimientos vitales estresantes y la presencia de TEPT, medida mediante el cuestionario TOP-8. Los resultados reflejaron un índice de correlación bajo cercano al cero, lo que indica ausencia de relación lineal entre ambas variables, o lo que es lo mismo, que haber sufrido mayor número de acontecimientos vitales estresantes no conlleva presentar mayor número de síntomas TEPT ($r = .28$; $p < .0001$). Estos datos se encuentran en la línea de algunos investigadores que intentaron determinar en situaciones traumáticas los factores predictores de la aparición de TEPT (Gavrilovic, Lecic-Tosevski, Knezevic y Priebe, 2002). Los resultados no fueron concluyentes, ya que los autores encontraron una probable influencia de los estresores vitales previos al suceso traumático en la aparición posterior de TEPT, si bien la interacción entre ambos factores es compleja y es necesario tener en cuenta el tipo de estresor previo más que su intensidad.

Validez de los resultados del seguimiento

En el análisis de los resultados del seguimiento a medio plazo realizado por el Dispositivo Especial de Atención Psicológica se consideró pertinente la comparación de nuestros datos con los obtenidos en otros estudios sobre el Trastorno por estrés posttraumático en atentados terroristas, como los ocurridos en Madrid en marzo de 2004 y los de Nueva York en Septiembre de 2001.

De acuerdo con las cifras recogidas por la Comunidad de Madrid del Plan de Atención de Salud Mental para los Damnificados por el Atentado del 11-M, elaborado por la Consejería de Sanidad y Consumo, el 4 de agosto de 2004 se informó que los servicios de Salud Mental habían prestado asistencia a más de 2700 personas, lo que generó cerca de 9400 consultas en los diversos dispositivos de Salud Mental y Atención Primaria de la Comunidad (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 seguimientos relacionados con éstos (Hillers y Rey, en prensa).

El Departamento de Psicología Básica II de la Universidad Complutense de Madrid realizó un estudio sobre la población general, transcurridas las 4-6 primeras semanas tras los atentados (Miguel-Tobal y Martínez-Sánchez, 2004; Miguel-Tobal Cano, Iruarrizaga, González y Galea, 2004). Se entrevistó a 1871 personas sobre las consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M, informando que un 40% de víctimas toman tranquilizantes desde esa fecha, lo que no significa, sin embargo, que no los consumieran anteriormente. Entre la población general, se detectó que un 11% presentó angustia o sufrió ataques de pánico atribuibles a los atentados, porcentaje que aumenta considerablemente si se trata de víctimas (45%), población de las zonas afectadas

(16%) y personal de emergencia (14%). Estas cifras se muestran como “realmente altas” por los responsables del estudio. Igualmente destaca la prevalencia de depresión en la muestra estudiada. Respecto al trastorno por estrés posttraumático, en este estudio aparece en un 36% de las víctimas encuestadas, en un 5% de personas que viven en las zonas afectadas (Atocha, El Pozo y Santa Eugenia), un 1% entre el personal de emergencia y en el 4% de la población general. Los autores indican que los más vulnerables a que esta situación se cronifique son las mujeres, los niños y las personas que sufren de ansiedad. Recordemos que nuestros propios datos elevan la presencia de trastorno por estrés posttraumático al 66% de las víctimas. Esta discrepancia podría deberse a la utilización de un instrumento de evaluación del trastorno de estrés posttraumático diferente al empleado por el equipo de la Universidad Complutense.

Un aspecto analizado en estudios relativos al 11 de septiembre en la ciudad de Nueva York, hace referencia al posible cambio de actitud respecto a etnias relacionadas con la autoría de los hechos terroristas. En el caso madrileño, y tras los primeros momentos de confusión informativa, finalmente se vincularon los atentados al terrorismo islamista y, por ende, se pudo hacer extensivo a los individuos de raza árabe en general.

Según los datos obtenidos en nuestro estudio, el 13% del total de la muestra realizó espontáneamente comentarios respecto a 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. Cuarenta y tres entrevistados (32%) vertieron comentarios de cariz negativo sobre los árabes, siendo en su mayoría mujeres y víctimas de los atentados (ver Tabla 9). Ninguna persona manifestó un cambio de actitud positivo hacia esta raza y, en concreto hacia ciudadanos marroquíes, a pesar de expresar su convicción de que estaba siendo injusto con los individuos inocentes y la generalización de prejuicios hacia aquéllos. Doce entrevistados (9%) no manifestaron cambio alguno en su percepción de los marroquíes a raíz de los atentados.

Tabla 9: Actitudes contrarias a la raza árabe

Total (n= 43)	Hombres	Mujeres	Victimas	Testigos directos	Testigos indirectos
32%	35%	65%	47%	40%	13%

Aunque estos datos pueden no ser extrapolables a la población general, puesto que proceden de una muestra formada por afectados que solicitaron asistencia psicológica, se encuentran en la misma línea que los obtenidos en algunos estudios que siguieron al 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos. De acuerdo con los resultados de una encuesta realizada entre la población general por la cadena CNN, por

el diario USA Today y la agencia Gallup pocos días después de los ataques (fuente: Gallup 2001, septiembre 14-15), los norteamericanos apoyaban las medidas especiales dirigidas a las personas de origen árabe. El 58% veía favorablemente la realización de controles de seguridad a los musulmanes (incluso de nacionalidad norteamericana) en aeropuertos.

Otro estudio realizado en Nueva York denominado "Discriminación de musulmanes, árabes y surasiáticos en la ciudad de Nueva York desde el 11 de septiembre de 2001" (fuente: New York News Network 2003, octubre 17) concluye que 7 de cada 10 musulmanes entrevistados afirmaron haber sido discriminados desde esa fecha. Hasta un 79% afirmó que sus vidas habían sido afectadas negativamente por los acontecimientos del 11-S, en áreas como el trabajo, los servicios o la vivienda. Sin embargo, un 31% de los encuestados manifestó no haber sufrido discriminación tras el 11S.

Por último, un estudio de la Universidad de Michigan (Baker, Howell, Jamal, Lin, Shryock, Stockton, y Tessler, 2004) con 1016 americanos de origen árabe arrojó los siguientes resultados: el 15% de estos ciudadanos del área de Detroit afirmó haber experimentado acoso o intimidación desde los ataques del 11-S, y un número significativo desea que el resto de norteamericanos les entiendan mejor. Los autores señalan que la forma más común de abuso es la insinuación de pertenecer a grupos terroristas. Un 42% de los musulmanes entrevistados en Detroit –un área con una de las mayores concentraciones de norteamericanos de origen árabe del país-, siente que su religión no es respetada por el grueso de la sociedad. Cerca del 60% afirmó que su preocupación por el futuro de sus familias es ahora mayor que antes de los ataques terroristas. Afortunadamente, parece que las actitudes hacia esta población no se tradujeron masivamente en experiencias negativas: tan sólo un 3% informó de incidentes sufridos por ellos mismos o sus familiares, provocados por su origen étnico o por sus creencias religiosas.

Consideramos que estos resultados ponen de manifiesto que se ha de tener mucho cuidado a la hora de difundir la información en los medios de comunicación por las posibles consecuencias en personas de otras etnias.

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 los demandantes afectados tras 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), además de evaluar la asistencia realizada desde salud mental, en particular del Dispositivo del SUMMA 112, a estas personas.

Durante el seguimiento, con una muestra de 350 entrevistados, se detectó que un 33% de ellos presentaba aún sintomatología propia del trastorno por estrés posttraumático, siendo el 66% víctimas de los atentados, entendiéndose como tales las personas que el 11 de marzo viajaban en alguno de los trenes siniestrados, o bien se encontraban en el andén donde éstos explotaron. Los días que siguieron a los atentados, el 77% de encuestados recurrió al SUMMA 112 como primer dispositivo de salud mental, siendo derivado a otros recursos asistenciales el 49% de ellos, principalmente a los Centros de Salud Mental de cada área sanitaria.

Por último, a pesar de que más de la mitad de los encuestados (51%) continuaba en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico al realizar el seguimiento, el 82% 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 a través de los cuestionarios empleados para la detección de sintomatología del trastorno por estrés posttraumático durante el 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, 2004; Bryant y Harvey, 2000).

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, circunstancias que deseamos no vuelvan a repetirse.

Referencias

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 <http://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. (2000) *Acute Stress Disorder*. Washington D.C.: APA.
- 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. y 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 <http://brain.gallup.com/documents/question.aspx?question=108594&Advanced=1&SearchConType=1&Search>
- Gavrilovic, J., Lecic-Tosevski, D., Knezevic, G. y Priebe, S. (2002). Predictors of posttraumatic stress in civilians 1 year after air attacks: a study of Yugoslavian students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (4), 257-262.
- Hillers, R. y Bruguera, M. (en prensa). La intervención psicológica en el SUMMA 112 tras los atentados del 11-M en Madrid. *Estudios de Psicología*.
- Miguel-Tobal, J.J. y Martínez-Sánchez, F. (2004). La reacción humana ante el trauma: consecuencias del 11 de marzo de 2004. *Ansiedad y Estrés*, 10 (3), 141-145.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano, A., Iruarrizaga, I., González, H. y Galea, S. (2004). 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. (2004). Estudio de los efectos psicológicos a corto plazo de los atentados del 11M en población general de la zona afectada. *Papeles del Psicólogo*, 87.
- 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, M. y Hillers, 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.
- Slakie, A. (1984). *Crisis intervention*. MA: Allyn and Bacon. Edición en español (1988). *Intervención en crisis: Manual para la práctica y la investigación*. México: Manual Moderno.

(Artículo recibido: 1-11-05; aceptado: 19-4-06)