

TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD TRAS ATENTADOS TERRORISTAS: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA EMPÍRICA

María Paz García-Vera
Jesús Sanz
Universidad Complutense de Madrid

Resumen

El objetivo de este artículo es revisar los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad distintos al trastorno de estrés postraumático (TEPT) tras atentados terroristas. Para ello, se realizaron búsquedas en PsycInfo y Medline, y se consultaron las bibliografías de capítulos de libros y artículos de revisión relevantes. Los resultados sugieren que tras un atentado terrorista un porcentaje importante de las víctimas directas (7-34%) desarrollará depresión mayor, trastorno por pánico, agorafobia, o trastorno de ansiedad generalizada, mientras que el número de víctimas indirectas que desarrollarán esos trastornos será menor (2-11% de la población general afectada; 1-9% del personal de emergencias, rescate y asistencia), pero aun así por encima de la prevalencia habitual de dichos trastornos en la población general antes de los atentados. Al año, las repercusiones psicopatológicas de los atentados habrán disminuido considerablemente en la población general afectada y en el personal de emergencias-rescate, pero no en los heridos por los atentados ni en los familiares y allegados de los heridos o fallecidos. En conclusión, la mayoría de las personas afectadas por el terrorismo no desarrollarán trastornos depresivos ni trastornos de ansiedad distintos del TEPT y conseguirán recuperarse normalmente, pero un porcentaje importante tanto de víctimas directas como indirectas necesitarán atención psicológica a corto, medio y largo plazo, por la presencia de depresión mayor, trastorno por pánico, agorafobia o trastorno de ansiedad generalizada.

Correspondencia: María Paz García-Vera. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Madrid

E-mail: mpgvera@psi.ucm.es

Agradecimientos: La preparación de este artículo fue posible en parte gracias al apoyo de la Universidad Complutense de Madrid a través de las ayudas de su Programa UCM-BSCH de Creación y Consolidación de Grupos de Investigación (GR58/08; Grupo nº: 950679).

Fecha de recepción del artículo: 27-10-2010.

Fecha de aceptación del artículo: 15-12-2010.

PALABRAS CLAVE: *terrorismo, víctimas, depresión, pánico, agorafobia, ansiedad generalizada.*

Abstract

This article is aimed at reviewing depressive disorders and anxiety disorders distinct from post-traumatic stress disorder (PTSD) after terrorist attacks. Medline and PsycInfo were searched, and bibliographies of relevant book chapters and review articles were also a source of information. Results suggest that, after terrorist attacks, an important percentage of direct victims (7-34%) will develop major depression, panic disorder, agoraphobia, or generalized anxiety disorder, whereas the percentage of indirect victims who will develop these disorders will be lower (2-11% of the affected general population; 1-9% of the emergency, rescue and assistance personnel), but nonetheless above their habitual prevalence in the general population before the attacks. At one year of terrorist attacks, a significant reduction of the psychopathological repercussions can be expected in people from the affected community and in the emergency and rescue personnel, but not in the case of the injured victims and in the case of the relatives and friends of the injured and mortal victims. In conclusion, most of the people affected by terrorism will not develop anxious disorders distinct from PTSD or depressive disorders and will manage to recover normally, but an important percentage of both the direct and indirect victims will need psychological attention at short, medium, and long term for major depression, panic disorder, agoraphobia, or generalized anxiety disorder.

KEY WORDS: *terrorism, victims, depression, panic, agoraphobia, generalized anxiety.*

Introducción

En los últimos años, el terrorismo se ha convertido en uno de los problemas más graves y preocupantes a nivel mundial. Según los datos del *National Counterterrorism Center* (NCTC) de los Estados Unidos de América, en el período entre 2005 y 2008, se produjeron en el mundo una media anual de 12.933 atentados terroristas, los cuales provocaron aproximadamente 18.406 muertos, 35.338 heridos y 15.141 secuestrados cada año como media (véase la Tabla 1). Aunque durante ese período la mayoría de los atentados terroristas se concentraron en Oriente Próximo (alrededor del 46%) y en el Sur de Asia (aproximadamente el 30%), y, en concreto, en países como Iraq, Afganistán, Paquistán o India, la plaga del terrorismo afecta en mayor o menor medida a todas las regiones del mundo (véase la Tabla 1; NCTC, 2006, 2007, 2008, 2009).

Tabla 1. Atentados terroristas y víctimas a nivel mundial en 2005-2008 (adaptado de NCTC, 2006, 2007, 2008, 2009).

Atentados terroristas y víctimas	Año			
	2005	2006	2007	2008
Número de atentados terroristas:				
- África	253	422	835	718
- Este de Asia y Pacífico	1.007	1.036	1.429	978
- Europa y Eurasia	780	659	606	774
- Oriente Próximo	4.230	7.755	7.540	4.594
- Sur de Asia	3.974	3.654	3.607	4.354
- Hemisferio Oeste	867	826	482	352
- Mundo	11.111	14.352	14.499	11.770
Número de fallecidos:				
- África	875	1.643	2.187	2.987
- Este de Asia y Pacífico	760	854	1.119	762
- Europa y Eurasia	371	220	227	292
- Oriente Próximo	8.728	13.691	14.010	5.528
- Sur de Asia	3.017	3.609	4.737	5.826
- Hemisferio Oeste	851	556	405	370
- Mundo	14.602	20.573	22.685	15.765
Número de heridos:				
- África	662	1.162	2.633	3.918
- Este de Asia y Pacífico	1.745	1.238	1.714	1.573
- Europa y Eurasia	1.897	809	742	1.089
- Oriente Próximo	13.525	25.811	30.880	15.820
- Sur de Asia	5.926	8.506	7.774	11.227
- Hemisferio Oeste	950	688	567	497
- Mundo	24.705	38.214	44.310	34.124
Número de secuestrados:				
- África	181	1.118	1.009	1.002
- Este de Asia y Pacífico	62	229	503	277
- Europa y Eurasia	35	14	89	43
- Oriente Próximo	479	1.905	1.926	849
- Sur de Asia	33.491	12.235	1.364	2.477
- Hemisferio Oeste	532	353	180	210
- Mundo	34.780	15.854	5.071	4.858
Atentados terroristas con 10 o más fallecidos	226	289	355	235

Aunque hace ya algún tiempo que sus repercusiones en la salud mental habían sido señaladas en la literatura psiquiátrica y psicológica (Curran, 1988), no ha sido hasta hace apenas unos 10-15 años que se han establecido y

desarrollado programas de investigación sistemáticos sobre esta cuestión. Es más, la información más sólida que se tiene sobre los problemas de salud mental derivados de los atentados terroristas y sobre su tratamiento se limita prácticamente a la obtenida tras investigar un número muy reducido de atentados. En concreto, han sido objeto preferente de estudio los atentados cometidos en países desarrollados y, especialmente, aquellos que han ocurrido en los últimos 15 años en Estados Unidos de América, Israel y Europa Occidental (España, Francia, Irlanda y Reino Unido) y que han provocado un número elevado de víctimas mortales y heridos tales como, por ejemplo, el atentado del 19 de abril de 1995 en Oklahoma, los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington DC, los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid o los atentados del 7 de julio de 2005 en Londres. De hecho, los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington DC supusieron un punto de inflexión en la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas, con un aumento espectacular en las publicaciones científicas sobre el tema.

No obstante, los atentados terroristas anteriormente mencionados representan únicamente una pequeña parte del dramático problema del terrorismo, incluso si sólo se tienen en cuenta los atentados con un número elevado de víctimas mortales. De hecho, considerando como tales aquellos atentados que provocan 10 muertos o más, en el período de 2005 a 2008 se produjeron en el mundo 1.105 atentados terroristas con un número elevado de víctimas mortales, de los cuales tan sólo 9 ocurrieron en Europa (uno en el Reino Unido, cuatro en Rusia y otros cuatro en Turquía) y ninguno en Norteamérica (véase la Tabla 1; NCC, 2006, 2007, 2008, 2009). Por tanto, la investigación sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo y su tratamiento es aún pequeña, está sesgada hacia los atentados terroristas masivos que se han producido en países desarrollados y presenta a priori problemas para generalizar sus hallazgos a los actos terroristas que ocurren en los países menos desarrollados y que representan, a nivel mundial, el porcentaje más importante de este gravísimo problema.

Con esta limitación en mente, es justo reconocer, sin embargo, que en los últimos años dicha investigación ha crecido rápida y fructíferamente de tal manera que si a principios de siglo buena parte de los conocimientos que se tenían sobre los trastornos mentales causados por el terrorismo provenía de la literatura científica más amplia sobre los acontecimientos traumáticos (p. ej., violaciones, maltrato físico, abuso sexual, accidentes de automóvil, robo con violencia), incluyendo la dedicada a todo tipo de catástrofes (p. ej., guerras, accidentes graves de tren, avión o barco, riadas, incendios, terremotos), actualmente el corpus de conocimiento empírico sobre los problemas de salud mental derivados específicamente del terrorismo ha permitido la realización de algunos meta-análisis como, por ejemplo, el de DiMaggio, Galea y Li (2009)

sobre trastornos de dependencia y consumo de sustancias, o el de DiMaggio y Galea (2006) sobre el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

El TEPT es, sin duda, el trastorno mental más frecuente entre las víctimas directas o indirectas de los atentados terroristas y, por tanto, el que más atención ha acaparado por parte la comunidad científica (véase el citado meta-análisis de DiMaggio y Galea, 2006, y la más reciente revisión narrativa de García-Vera y Sanz, 2010). No obstante, es importante subrayar que tras un atentado terrorista, al igual que tras otras situaciones traumáticas, pueden aparecer una gran variedad de síntomas psicopatológicos y trastornos mentales diagnosticables distintos del TEPT (Bills et al., 2008; DiMaggio et al., 2009; Norris, Friedman, Watson, Byrne, Diaz y Kaniasty, 2002). Entre estos últimos, quizás los más frecuentes son el trastorno depresivo mayor, la agorafobia, el trastorno por pánico (o trastorno de angustia) y el trastorno de ansiedad generalizada. Curiosamente, la literatura científica sobre estas otras consecuencias psicopatológicas del terrorismo es mucho más escasa y, hasta la fecha, no se ha publicado ninguna revisión meta-analítica o narrativa sobre la misma.

El objetivo de este artículo es revisar los estudios empíricos sobre los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad distintos al TEPT derivados de atentados terroristas en adultos, con el convencimiento de que cualquier estrategia o plan para atender la salud mental de las víctimas de atentados terroristas o para atender sus demandas en el ámbito legal y forense necesita estimar el número de personas afectadas. La presente revisión narrativa se centrará fundamentalmente en la presencia de trastornos psicológicos diagnosticables, más que en la mera presencia de síntomas psicológicos, ya que éstos, sin una adecuada valoración de su gravedad, frecuencia, covariación y grado de interferencia, pueden representar únicamente las respuestas emocionales intensas que forman parte del proceso de recuperación normal de las personas ante un acontecimiento traumático (McNally, Bryant y Ehlers, 2003; Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006).

Finalmente, es importante resaltar que las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas se extienden más allá de las personas que directamente han experimentado el atentado y han sobrevivido al mismo ilesos o con heridas de mayor o menor consideración. A estas víctimas directas hay que unir las víctimas indirectas: los familiares y allegados de las personas muertas y heridas, los profesionales de emergencias (personal médico, de enfermería y de ambulancias, psicólogos, bomberos, policías, etc.) y voluntarios que han intervenido en la ayuda a las víctimas, las personas residentes en áreas cercanas a los lugares de los atentados, y la población general de la comunidad afectada, la cual es el objetivo final de los actos terroristas. La presente revisión examinará los trastornos depresivos y de ansiedad en todos estos tipos de víctimas.

Trastornos depresivos y de ansiedad derivados de atentados terroristas

Muchas de las víctimas directas e indirectas de los atentados terroristas experimentarán durante los días posteriores a la catástrofe síntomas de depresión o ansiedad (p. ej., tristeza, reducción del interés o disminución de la capacidad de disfrutar de actividades que previamente eran placenteras, desesperanza, problemas de sueño, irritabilidad, sentimientos de tensión, preocupación, dificultades de concentración, fatiga). En la mayoría de estas personas, tales síntomas serán de intensidad leve o moderada, y los mecanismos psicológicos naturales de recuperación del individuo les permitirán superarlos con mayor o menor dificultad. Sin embargo, en un porcentaje significativo de las víctimas directas e indirectas de los atentados, los síntomas depresivos y ansiosos serán de tal intensidad y persistencia que provocarán malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, de forma que en tales pacientes se deberá considerar el diagnóstico de un trastorno depresivo o de un trastorno de ansiedad distinto al TEPT.

Las Tablas 2, 3, 4 y 5 resumen los resultados de los estudios publicados entre 1980 y junio de 2009 que han estimado la prevalencia de los trastornos depresivos, el trastorno por pánico, la agorafobia o el trastorno de ansiedad generalizada derivados de atentados terroristas, usando para ello bien criterios diagnósticos basados en el DSM o instrumentos de cribado (*screening*) validados. Para seleccionar estudios para esta revisión, se buscaron en Medline y PsycInfo todos los estudios que hubieran examinado la prevalencia en adultos de los trastornos mentales anteriormente mencionados tras sufrir un atentado terrorista. Para realizar esas búsquedas se utilizaron las palabras clave “*terrorism*” y “*terrorist attack*” en combinación con cada una de estas otras: “*major depression*”, “*depressive disorder*”, “*dysthymia*”, “*dysthymic disorder*”, “*depression*”, “*panic*”, “*agoraphobia*”, “*phobia*”, “*generalized anxiety*”, y “*anxiety disorder*”. También se consultaron las bibliografías de capítulos de libro y artículos de revisión relevantes.

Centrándonos en los trastornos depresivos, y tras calcular en función del tipo de víctimas el porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra) de los estudios recogidos en la Tabla 2, la primera conclusión que se puede extraer de dicha tabla es que, tras un atentado terrorista, hay un porcentaje significativo de personas que sufren depresión mayor tanto entre las víctimas directas como entre las indirectas, porcentaje que oscila entre la media de 47,7% estimada en muestras de familiares y amigos de víctimas mortales y heridos, y la media de 8,6% estimada en muestras de profesionales o voluntarios de emergencias, rescate, asistencia o recuperación.

Tabla 2. Prevalencia del trastorno depresivo mayor o de los trastornos depresivos tras atentados terroristas

Tipo de víctimas	Referencia	Atentado / Muestra	Momento de evaluación tras los atentados	Prevalencia tras los atentados
Población general	Gabriel et al. (2007)	Madrid, 11-M / 485 adultos de la población general de Alcalá de Henares	5 - 12 semanas	8,5 %
	Galea et al. (2004)	Nueva York, 11-S / 988 adultos de la zona afectada de Nueva York	5 - 8 semanas	9,7%
	Galea et al. (2004)	Nueva York, 11-S / 506 adultos de la zona afectada de Nueva York	4 meses	10,1%
	Miguel-Tobal et al. (2005)	Madrid, 11-M / 1.589 adultos de la población general de Madrid	1 - 3 meses	8,0%
	Nandi et al. (2005)	Nueva York, 11-S / 2.001 adultos de NY	4 meses	9,0%
	Person et al. (2006)	Nueva York, 11-S / 2.700 adultos de NY	6 - 9 meses	9,4%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra) =				9,1%
Supervivientes	Baca Baldomero et al. (2004)	Diversos atentados de ETA, España / 170 víctimas directas	Meses - 24 años (mayoría 6-12 años)	57,6%
	Baca Baldomero et al. (2004)	Diversos atentados de ETA, España / 76 víctimas directas que además eran familiares de víctimas directas	Meses - 24 años (mayoría 6-12 años)	59,2%
	Conejo-Galindo et al. (2008)	Madrid, 11-M / 56 víctimas heridas	4 semanas	28,6%
	Gabriel et al. (2007)	Madrid, 11-M / 127 víctimas heridas	5 - 12 semanas	31,5%
	North et al. (1999)	Oklahoma, 19-abril-1995 / 182 víctimas directas	4 - 8 meses	22,5%
	North et al. (2005)	Nairobi, 7-agosto-1998 / 227 víctimas directas	8 - 10 meses	19,4%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra) =				33,9%
Profesionales o voluntarios de emergencias, rescate, asistencia o recuperación	Gabriel et al. (2007)	Madrid, 11-M / 153 policías	5 - 12 semanas	1,3%
	Miguel-Tobal et al. (2004)	Madrid, 11-M / 165 profesionales-voluntarios de emergencias	1 - 3 meses	2,0%
	North et al. (2002)	Oklahoma, 19-abril-1995 / 176 bomberos	15 - 41 meses (media 34 meses)	8,0%
	Stellman et al. (2008)	Nueva York, 11-S / 10.132 trabajadores o voluntarios de rescate, recuperación y limpieza (5% eran además familiares de víctimas mortales; 36% eran además amigos de víctimas mortales)	10 - 61 meses	8,8%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra) =				8,6%
Familiares y amigos de víctimas mortales o heridas	Baca Baldomero et al. (2004)	Diversos atentados de ETA, España / 775 familiares de primer grado de víctimas directas	Meses - 24 años (mayoría 6-12 años)	50,2%
	Miguel-Tobal et al. (2004)	Madrid, 11-M / 110 familiares-amigos de víctimas heridas/fallecidas + 7 supervivientes heridos	1 - 3 meses	31,3%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra) =				47,%

Las tasas de prevalencia de otros trastornos de ansiedad distintos al TEPT entre las víctimas de atentados terroristas son más bajas que las de la depresión mayor, pero también son significativas. Para el trastorno por pánico, la prevalencia oscila entre el porcentaje medio de 6,1% estimado en muestras de personas directamente expuestas al atentado que habían sobrevivido al mismo, y el porcentaje de 2,1% encontrado en una muestra de la población general de Madrid tras los atentados del 11-M (véase la Tabla 3). La tasas de prevalencia de la agorafobia varían entre la media de 19,8% estimada en muestras de supervivientes, y el porcentaje de 0,7% informado en una muestra de policías tras los atentados del 11-M en Madrid (véase la Tabla 4). Respecto al trastorno

de ansiedad generalizada, su prevalencia fluctúa entre el porcentaje de 8,6% encontrado en una muestra de la población general de Alcalá de Henares (una ciudad especialmente afectada por los atentados del 11-M en Madrid ya que todos los trenes en los que se pusieron las bombas partían o pasaban por Alcalá de Henares), y la media de 0,9% calculada en muestras de policías y bomberos (véase la Tabla 5).

Tabla 3. Prevalencia del trastorno por pánico tras atentados terroristas

Tipo de víctimas	Referencia	Atentado / Muestra	Momento de evaluación tras los atentados	Prevalencia tras los atentados
Población general	Gabriel et al. (2007)	Madrid, 11-M / 485 adultos de la población general de Alcalá de Henares	5 - 12 meses	2,1%
Supervivientes	Conejo-Galindo et al. (2008)	Madrid, 11-M / 56 víctimas heridas	4 semanas	5,4%
	Gabriel et al. (2007)	Madrid, 11-M / 127 víctimas heridas	5 - 12 semanas	9,4%
	North et al. (1999)	Oklahoma, 19-abril-1995 / 182 víctimas directas	4 - 8 meses	6,6%
	North et al. (2005)	Nairobi, 7-agosto-1998 / 227 víctimas directas	8 - 10 meses	4,0%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra) =				6,1%
Profesionales o voluntarios de emergencias, rescate, asistencia o recuperación	Gabriel et al. (2007)	Madrid, 11-M / 153 policías	5 - 12 semanas	0,7%
	North et al. (2002)	Oklahoma, 19-abril-1995 / 176 bomberos	15 - 41 meses (media 34 meses)	1,0%
	Stellman et al. (2008)	Nueva York, 11-S / 10.132 trabajadores o voluntarios de rescate, recuperación y limpieza (5% eran además familiares de víctimas mortales; 36% eran además amigos de víctimas mortales)	10 - 61 meses	5,0%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra) =				4,9%

Tabla 4. Prevalencia de la agorafobia tras atentados terroristas

Tipo de víctimas	Referencia	Atentado / Muestra	Momento de evaluación tras los atentados	Prevalencia tras los atentados
Población general	Gabriel et al. (2007)	Madrid, 11-M / 485 adultos de la población general de Alcalá de Henares	5 - 12 semanas	10,5%
Supervivientes	Conejo-Galindo et al. (2008)	Madrid, 11-M / 56 víctimas heridas	4 semanas	10,7%
	Gabriel et al. (2007)	Madrid, 11-M / 127 víctimas heridas	5 - 12 semanas	23,8%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra) =				19,8%
Profesionales o voluntarios de emergencias, rescate, asistencia o recuperación	Gabriel et al. (2007)	Madrid, 11-M / 153 policías	5 - 12 semanas	0,7%

Tabla 5. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada tras atentados terroristas

Tipo de víctimas	Referencia	Atentado / Muestra	Momento de evaluación tras los atentados	Prevalencia tras los atentados
Población general	Gabriel et al. (2007)	Madrid, 11-M / 485 adultos de la población general de Alcalá de Henares	5 - 12 semanas	8,6%
Supervivientes	Conejo-Galindo et al. (2008)	Madrid, 11-M / 56 víctimas heridas	4 semanas	12,5%
	Gabriel et al. (2007)	Madrid, 11-M / 127 víctimas heridas	5 - 12 semanas	13,4%
	North et al. (1999)	Oklahoma, 19-abril-1995 / 182 víctimas directas	4 - 8 meses	4,4%
	North et al. (2005)	Nairobi, 7-agosto-1998 / 227 víctimas directas	8 - 10 meses	4,0%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra) =				6,9%
Profesionales o voluntarios de emergencias, rescate, asistencia o recuperación	Gabriel et al. (2007)	Madrid, 11-M / 153 policías	5 - 12 semanas	0,7%
	North et al. (2002)	Oklahoma, 19-abril-1995 / 176 bomberos	15 - 41 meses (media 34 meses)	1,0%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra) =				0,9%

En resumen, los datos de las Tablas 2 a 5 permiten inferir que la frecuencia de los trastornos depresivos y de ansiedad en las víctimas directas o indirectas es significativa y supera con mucho las tasas habituales de prevalencia de tales trastornos en la población general no afectada por el terrorismo. Por ejemplo, se ha estimado que, en el período entre 1 y 3 meses después de los atentados del 11-M, un 8% de la población madrileña padecía un trastorno depresivo mayor, aproximadamente entre un 2% y un 11% ataques de pánico, un 11% agorafobia y un 9% trastorno de ansiedad generalizada (Miguel-Tobal et al., 2004; Gabriel et al., 2007; véanse las Tablas 2, 3, 4 y 5). Estas cifras contrastan con las prevalencias a un año de esos trastornos en España que se estiman, a partir de un estudio realizado aproximadamente dos años antes de los atentados del 11-M, en 3,9% para el episodio depresivo mayor, 0,6% para el trastorno por pánico, 0,3% para la agorafobia y 0,5% para el trastorno de ansiedad generalizada (Haro et al., 2006).

Por otro lado, es importante señalar que en las víctimas directas e indirectas del terrorismo la presencia de trastornos depresivos o de otros trastornos de ansiedad distintos al TEPT ocurre en muchas ocasiones de manera simultánea o comórbida con éste, especialmente en las víctimas que buscan o reciben ayuda psicológica. En particular, es muy frecuente la presencia simultánea de TEPT y trastorno depresivo mayor. Por ejemplo, Gillespie, Duffy, Hackmann y Clark (2002) informan que entre las víctimas con TEPT crónico que participaron en un estudio abierto sobre terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para víctimas del terrorismo en el Norte de Irlanda, se encontró que un 54% padecía simultáneamente otro trastorno clínico del eje I,

fundamentalmente trastorno depresivo mayor (47,3%), mientras que en un estudio experimental sobre dicha terapia con una muestra de esa misma población de víctimas, Duffy, Gillespie y Clark (2007) encontraron que un 63,8% de las víctimas del terrorismo con TEPT crónico padecía además trastorno depresivo mayor.

En este sentido, merece mención especial la presencia de consecuencias psicopatológicas comórbidas en las personas que han perdido en los atentados a un ser querido. En estos casos, a las reacciones habituales tras una situación de pérdida (p. ej., ciertas reacciones depresivas) se añaden síntomas de estrés postraumático que conforman un cuadro especial en el que, por ejemplo, las imágenes y recuerdos del fallecido generan una amalgama de sentimientos de tristeza y de sufrimiento traumático de forma que, incluso los recuerdos positivos del ser querido, se evitan doblemente. En primer lugar, porque producen añoranza y tristeza por la persona perdida, y, en segundo lugar, porque desencadenan además los recuerdos dolorosos y ansiógenos de su muerte traumática y violenta. De esta forma, en estas personas no sólo es frecuente la presencia de trastorno depresivo mayor o duelo complicado, sino también la comorbilidad de estos últimos con TEPT. Así, por ejemplo, en una muestra de 70 personas que, tras los atentados del 11-S, habían recibido consejo psicológico individual a través del programa gratuito *Project Liberty* e informaban conocer a alguien que había muerto en los atentados, se encontró que, aproximadamente año y medio después de dichos atentados, el 18,5% presentaban simultáneamente trastorno depresivo mayor, duelo complicado y TEPT, otro 8,6% mostraban trastorno depresivo mayor y TEPT, y, finalmente, un 5,7% adicional mostraban duelo complicado y TEPT (Shear, Jackson, Essock, Donahue, & Felton, 2006).

De hecho, como muestran estos resultados de Shear et al. (2006), es probable que muchos de esos casos formen parte de la categoría de duelo traumático (*traumatic grief*) propuesta por Prigerson et al. (1999). Esta categoría, que vendría a sustituir a la que a veces se ha denominado duelo complicado o patológico, haría referencia a un trastorno distinto del TEPT, la depresión u otros trastorno de ansiedad, en el que, tras la muerte de un ser querido, no necesariamente violenta o producto de un acontecimiento traumático, aparecen conjuntamente síntomas de malestar por separación (p. ej., añoranza, búsqueda del fallecido, soledad excesiva como resultado de la pérdida) y síntomas de malestar traumático (p. ej., pensamientos intrusivos sobre el fallecido, dificultad para aceptar la realidad de la muerte, sensación de futilidad respecto al futuro, aturdimiento y paralización, pérdida de la sensación de seguridad y de la confianza en los demás).

No obstante, el incremento en la prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad que acarrea la experiencia de un atentado terrorista no debe ocultar

una segunda conclusión que se puede extraer de la literatura empírica si, por ejemplo, se calculan los porcentajes complementarios a los de prevalencia de depresión mayor, trastorno por pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada que aparecen en las Tablas 2-5. Esta segunda conclusión es que la gran mayoría de las víctimas directas e indirectas de los atentados terroristas no desarrollan trastornos depresivos y de ansiedad, y consiguen recuperarse normalmente, sin secuelas psicopatológicas significativas, incluso aunque dichos atentados se caractericen por un número muy elevado de fallecidos y heridos y por destrozos materiales muy importantes, tal y como ocurrió en los atentados del 11-S en Nueva York. Esta conclusión tiene importantes implicaciones para la Psicología puesto que, por un lado, justifica la necesidad de estudiar los factores y procesos normales de recuperación psicológica de las víctimas y, por otro, y de manera relacionada, abre nuevas vías para la mejora de los tratamientos psicológicos actuales para víctimas de atentados así como para el diseño de nuevos tratamientos: la potenciación de dichos factores y procesos, y el fomento de la resistencia y las capacidades de adaptación de las personas.

Trastornos depresivos y de ansiedad y grado de exposición a los atentados terroristas

Como cabría esperar, la literatura empírica resumida en las Tablas 2-5 también confirma que las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas están relacionadas directamente con el grado de exposición de las personas a los mismos, aunque algunos aspectos de esa relación pudieran matizarse en función del tipo de trastorno mental y de las características y gravedad del atentado terrorista.

De los datos presentados en la Tabla 2, se podría concluir que la presencia de trastornos depresivos derivados de atentados terroristas es mayor entre los familiares y allegados de los fallecidos y heridos en los atentados que entre los supervivientes, y mucho menor en la población general o en el personal de emergencias y rescate (47,7%, 33,9%, 9,1% y 8,6%, respectivamente). Respecto al trastorno por pánico, los datos mostrados en la Tabla 3 sugieren que, tras un atentado terrorista, este trastorno es más frecuente en los supervivientes que en el personal de emergencias y rescate, y mucho menos frecuente en la población general (6,1%, 4,9% y 2,1%, respectivamente). En el caso de la agorafobia (véase la Tabla 4), parece que la presencia de este trastorno tras un atentado terrorista es más frecuente en supervivientes que en la población general, y muchos menos frecuente en profesiones de emergencias, rescate y asistencia (19,8%, 10,5% y 0,7%, respectivamente). Finalmente, los datos de la Tabla 5 sugieren que la presencia de trastorno de ansiedad generalizada derivado

de atentados terroristas es más frecuente en la población general que entre los supervivientes, y mucho menos frecuente entre el personal de emergencias y rescate (8,6%, 6,9% y 0,9%, respectivamente).

No obstante, estas conclusiones deben tomarse con las debidas precauciones ya que en algunos casos los datos presentados en las Tablas 2-5 están basados en sólo un estudio y, por consiguiente, en algunos casos, los hallazgos de un único atentado terrorista son comparados con los datos obtenidos de otros atentados terroristas que difieren en sus características y gravedad, de forma que, a la postre, al factor “tipo de víctima” se confunde con el factor “tipo de atentado terrorista”. Por tanto, sería útil combinar las conclusiones anteriores con aquellas alcanzadas al analizar los datos obtenidos del mismo atentado terrorista.

Así, tras examinar únicamente los datos obtenidos de los atentados terroristas del 11-M, es más claro ahora que la presencia de trastornos depresivos y de ansiedad entre los supervivientes de los atentados terroristas, especialmente, entre los heridos, es mayor que en la población general afectada. Tras los atentados del 11-M, el trastorno depresivo mayor podría haber afectado aproximadamente al 29-32% de los heridos (Conejo-Galindo et al., 2008; Gabriel et al., 2007), pero tan sólo al 8-9% de la población general de Madrid (Gabriel et al., 2007; Miguel-Tobal et al., 2005) (véase la Tabla 2). Porcentajes igualmente más altos en los heridos por los atentados del 11-M también se han encontrado para el trastorno por pánico (aproximadamente entre 5-9%), la agorafobia (alrededor de 11-24%) y el trastorno de ansiedad generalizada (alrededor de 13%) en comparación a los encontrados en la población general afectada de Madrid (alrededor de 2%, 11% y 9%, respectivamente; véanse las Tablas 3-5), a pesar de que estos últimos porcentajes se sitúan por encima de la prevalencia habitual a un año de estos trastornos en la población general española antes de los atentados del 11-M (Haro et al., 2006).

Por otro lado, los estudios realizados hasta la fecha sobre los profesionales y voluntarios de emergencias y asistencia que prestaron auxilio tras los atentados del 11-M informan de cifras de prevalencia del trastorno depresivo mayor, trastorno por pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada inferiores a las encontradas en la población general madrileña tras dichos atentados (véanse las Tablas 2-5). Esta situación contrasta con los resultados encontrados en los estudios sobre los atentados terroristas del 11-S y que indican que la prevalencia del trastorno depresivo mayor, del trastorno por pánico y del trastorno de ansiedad generalizada es mayor entre el personal de rescate y recuperación que en la población general neoyorquina tras dichos atentados (CDC, 2004; véanse las Tablas 2-5 y la revisión de Bills et al., 2008).

Hay varias explicaciones, no mutuamente exclusivas, que podrían dar cuenta de esa discrepancia entre las bajas cifras de trastornos depresivos y de

ansiedad que se encontraron en los colectivos de profesionales que trabajaron en labores de asistencia, recuperación y rescate en los estudios sobre el 11-M, y las cifras que se encontraron en dichos colectivos en los estudios sobre el 11-S. Así, la discrepancia podría deberse a las propias características de los atentados ya que, por ejemplo, hubo un mayor nivel de destrucción material, de personas heridas y de pérdidas de vida humanas en los atentados del 11-S que en los del 11-M; es más, en los atentados del 11-S hubo además un número muy importante de fallecidos entre el propio personal de emergencias y rescate. Otro factor a tener en cuenta es el distinto nivel de exposición a la situación traumática para un mismo colectivo. Por ejemplo, las labores de rescate se prolongaron más días en los atentados del 11-S y de Oklahoma que en los atentados del 11-M, y los resultados de North et al. (2002) indican una relación positiva entre el número de días trabajando en labores de rescate y la presencia de problemas de salud mental.

Finalmente, otro factor que debe tenerse en cuenta es el tipo particular de colectivo (policías, bomberos, personal sanitario de emergencia, trabajadores de limpieza, trabajadores de desescombros y construcción) analizado en los estudios del 11-S en comparación al examinado en los estudios del 11-M. Por ejemplo, tras los atentados del 11-S, Stellman et al. (2008) analizaron los trastornos depresivos y por pánico en una muestra que incluía no sólo personal de emergencias y rescate, sino también profesionales y voluntarios que habían trabajado en labores de recuperación, desescombros y limpieza, mientras que en los estudios del 11-M tan sólo se examinaron profesionales y voluntarios de emergencias (Miguel-Tobal et al., 2005) y policías (Gabriel et al., 2007). Cabría suponer que la prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas no es homogénea en todos esos colectivos y que algunos de ellos (p. ej., el personal de emergencias: policías, bomberos, personal sanitario) podrían presentar específicamente prevalencias más bajas de trastornos depresivos y de ansiedad que otros (p. ej., trabajadores de recuperación: desescombros, construcción, limpieza). Esto podría explicar parcialmente las altas cifras informadas por Stellman et al. (2008) tras los atentados del 11-S en comparación a las cifras informadas por Miguel-Tobal et al. (2005) y Gabriel et al. (2007) tras los atentados del 11-M (véanse las Tablas 2 y 3).

De hecho, aun siendo cierto que por las propias características de su tarea, el personal de emergencias, asistencia, recuperación y rescate, en comparación a las personas de la población general, tienen una sobreexposición a los efectos más descarnados y horribles de los atentados, también cabría la posibilidad de que dichos colectivos, o al menos algunos de ellos, tuvieran una menor vulnerabilidad a desarrollar trastornos mentales, debido, entre otros factores, a los procesos de selección y auto-selección para trabajar en contextos traumáticos, a su preparación y experiencia en labores rutinarias de auxilio a

heridos y recuperación de fallecidos, y al aprendizaje de habilidades de cuidado de la salud mental ante situaciones traumáticas como parte de sus procesos de formación reglados y no reglados.

Trastornos depresivos y de ansiedad y el paso del tiempo tras los atentados terroristas

Una última conclusión que puede desprenderse de la literatura empírica sobre la prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas es que la frecuencia en las víctimas del terrorismo del trastorno depresivo mayor, el trastorno por pánico, la agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada se reduce en general con el paso del tiempo, fundamentalmente en las personas de la población general afectada y en el personal de emergencias y rescate, algo menos en los familiares y allegados de las víctimas mortales y los heridos, y mucho menos en las víctimas heridas en los atentados.

Así, por ejemplo, los estudios longitudinales realizados con las víctimas directas e indirectas de los atentados del 11-M han revelado que a los 6-9 meses de los atentados, se había producido una reducción de casi el 65% en la frecuencia del trastorno depresivo mayor en la población general madrileña (de 8% a 2,5%) y de aproximadamente el 100% en los profesionales y voluntarios de emergencias y asistencia (de 2% a 0%), mientras que entre los familiares y allegados de fallecidos y heridos tal reducción alcanzaba casi un 52% (de 31,2% a 15,2%) y no llegaba al 20% en el caso de los supervivientes heridos (de 28,6% a 22,7%) (véase la Tabla 6). Es más, mientras que en la población general afectada y en el personal de emergencias y rescate tales reducciones suponían que la prevalencia del trastorno depresivo mayor se asemejase o incluso fuera menor que la prevalencia que se suele encontrar en la población general española antes de los atentados (3,9%), dichas reducciones no suponían tanto en las víctimas directas como en los familiares y allegados de las víctimas directas heridas o fallecidas un acercamiento a la prevalencia habitual de la depresión mayor en la población española sino que, por el contrario, la frecuencia del trastorno en esos dos grupos seguía siendo muy superior (22,7% y 15,2%, respectivamente, frente a 3,9%).

Tabla 6. Prevalencia de los trastornos depresivos y de los trastornos de ansiedad distintos al TEPT tras los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid en función del tiempo pasado tras los atentados

Referencia	Muestra	Trastorno mental	Prevalencia de trastornos mentales		
			1-3 meses	6-9 meses	12 meses
Miguel-Tobal et al. (2005, 2006)	Población general de Madrid	Depresión mayor	8%	2,5%	
Miguel-Tobal et al. (2004, 2005); Iruarrizaga et al. (2004)	Familiares-amigos de víctimas heridas/mortales	Depresión mayor	31,3%	15,2%	
Conejo-Galindo et al. (2008)	Heridos	Depresión mayor	28,6%	22,7%	28,6%
		Ansiedad generalizada	12,5%	11,4%	11,9%
		Agorafobia	10,7%	11,4%	11,9%
		Pánico	5,4%	9,1%	4,8%
Miguel-Tobal et al. (2004, 2005)	Personal y voluntarios de emergencias y asistencia	Depresión mayor	2%	0%	

Conclusiones

En las últimas décadas el terrorismo se ha convertido en uno de los problemas más graves y preocupantes a nivel mundial. Como respuesta, se han desarrollado en los últimos 10-15 años programas de investigación sistemáticos sobre las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas, aunque éstos se han limitado prácticamente a los atentados terroristas masivos que se han producido en países desarrollados.

Estos programas de investigación se han centrado en la prevalencia del TEPT ya que éste es el trastorno mental más frecuente entre las víctimas directas e indirectas de los atentados terroristas. Sin embargo, tras un atentado terrorista, también pueden aparecer trastornos depresivos y trastornos de ansiedad distintos al TEPT, y el objetivo de este artículo ha sido revisar los estudios empíricos sobre estos últimos trastornos.

De los resultados presentados en esta revisión narrativa se desprende que la mayoría de las personas afectadas por el terrorismo no desarrollarán trastornos depresivos ni trastornos de ansiedad distintos al TEPT, y conseguirán recuperarse normalmente, sin secuelas psicopatológicas significativas. Pero estos resultados también subrayan que, tras un atentado terrorista, un porcentaje importante de las víctimas directas (alrededor del 7-34%) desarrollarán trastornos depresivos y trastornos de ansiedad distintos al TEPT, mientras que el número de víctimas indirectas que desarrollarán esos trastornos será menor (alrededor del 2-11% de la población general afectada, y del 1-9% del personal de emergencias, rescate y asistencia), pero aun así por encima de la prevalencia habitual de dichos trastornos en la población general antes de los atentados. Es más, aunque hay pocos estudios sobre los familiares y allegados de los fallecidos

y heridos, parece que el porcentaje de estas víctimas indirectas que desarrollarán trastornos depresivos podría no sólo ser importante, sino también igual o más alto al porcentaje de víctimas directas.

La abundante literatura científica sobre la capacidad de adaptación de los seres humanos, la cual ha crecido cuantiosamente en los últimos años de la mano del concepto de *resilience* (adaptabilidad, resistencia o capacidad de recuperación) (Almedom y Glandon, 2007; Hoge, Austin y Pollack, 2007), ha motivado que últimamente el foco de atención de muchos profesionales, científicos, gestores y políticos del área de la salud mental y de las áreas relacionadas del ámbito legal y forense, se hayan dirigido hacia las expectativas de recuperación natural de esa mayoría de personas. Sin embargo, esto, aunque ciertamente pertinente, sobre todo en ciertos contextos y momentos de un ataque o amenaza terrorista (Foa et al., 2005), puede conllevar también un grave peligro: que no se administren los tratamientos psicológicos adecuados (o se presten las ayudas psicosociales apropiadas) a las personas que lo necesitan o que se espere demasiado tiempo a administrar los tratamientos (o a prestar las ayudas psicosociales) de forma que los problemas se hayan ya cronificado.

En consecuencia, tras un atentado terrorista, tanto las víctimas directas como indirectas necesitarán atención psicológica a corto, medio y largo plazo, pero, un principio básico que se deriva de los datos empíricos recogidos en esta revisión, es que dicha atención psicológica deberá tener en cuenta la situación particular de cada víctima o grupo de víctimas y plantear diversos objetivos, entre ellos (pero no solamente): facilitar los procesos normales de recuperación, fomentar la resistencia y las capacidades de adaptación de las personas, y aliviar o reducir sus síntomas psicopatológicos y mejorar su funcionamiento.

Es más, los resultados de los estudios revisados también indican que a los 6-9 meses tras los atentados terroristas y, especialmente, al año, las repercusiones psicopatológicas de los mismos en términos de trastornos depresivos y de ansiedad distintos al TEPT, habrán disminuido de forma considerable en la población general afectada así como en el personal de emergencias y rescate, aunque no en los heridos por los atentados ni en los familiares y allegados de los heridos o fallecidos, o al menos no habrán disminuido de forma tal que se pueda hablar de recuperación. Esto sugiere que la evolución de las repercusiones psicopatológicas de los atentados también difiere de una persona a otra y, por tanto, sugiere otro principio básico a tener en cuenta en relación con la asistencia psicológica en los atentados terroristas: la necesidad de realizar seguimientos y de continuar con la asistencia psicológica a más largo plazo. Este seguimiento debería realizarse con todos los grupos de alto riesgo, entre los cuales se incluyen: (a) las personas que presentan síntomas depresivos y de ansiedad u otros síntomas clínicamente significativos como consecuencia de los atentados; (b) los familiares de los fallecidos en los atentados; (c) las

personas que ya tenían previamente un trastorno psicológico; (d) las víctimas que hubiesen necesitado atención médica o quirúrgica, y (e) las personas cuya exposición a los atentados hubiera sido particularmente intensa y de larga duración (*National Institute of Mental Health* [NIMH], 2002).

En resumen, la asistencia psicológica y psicosocial a las víctimas directas e indirectas de los atentados terroristas deberá tener en cuenta las diferentes necesidades y características de los afectados, y el hecho de que dichas necesidades tienen distinta prioridad y pueden variar en distintos momentos o fases tras los atentados (NIMH, 2002).

Referencias

- Almedom, A. M., y Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 127-143.
- Bills, C. B., Levy, N. A., Sharma, V., Charney, D. S., Herbert, R., Moline, J., y Katz, C. L. (2008). Mental health of workers and volunteers responding to events of 9/11: review of the literature. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 75, 115-127.
- Baca Baldomero, E., Cabanas Arrate, M. L., Pérez-Rodríguez, M. M., Baca-García, E. (2004). Trastornos mentales en las víctimas de atentados terroristas y sus familiares. *Medicina Clínica*, 122, 681-685.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). Mental health status of World Trade Center rescue and recovery workers and volunteers - New York City, July 2002-August 2004. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53(35), 812-815.
- Conejo-Galindo, J., Medina, O., Fraguas, D., Terán, S., Sainz-Cortón, E., y Arango, C. (2008). Psychopathological sequelae of the 11 March terrorist attacks in Madrid: an epidemiological study of victims treated in a hospital. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 28-34.
- Curran, P. S. (1988) Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969-1987. *British Journal of Psychiatry*, 153, 470-475.
- DiMaggio, C., y Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: a meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13, 559-566.
- DiMaggio, C., Galea, S., y Li, G. (2009). Substance use and misuse in the aftermath of terrorism. A Bayesian meta-analysis. *Addiction*, 104, 894-904.
- Duffy, M., Gillespie, K., y Clark, D. M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial. *BMJ*, 334, 1147-1150.
- Foa, E. B., Cahill, S. P., Boscarino, J. A., Hobfoll, S. E., Lahad, M., McNally, R. J., y Solomon, Z. (2005). Social, psychological, and psychiatric interventions following terrorist attacks: recommendations for practice and research. *Neuropsychopharmacology*, 30, 1806-1817.

- Gabriel, R., Ferrando, L., Sainz Cortón, E., Mingote, C., García-Camba, E., Fernández Liria, A., y Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist attack: An epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry*, 22, 339-346.
- Galea, S., Boscarino, J., Resnick, H., y Vlahov, D. (2004). Mental health in New York City after the September 11 terrorist attacks: results from two population surveys. En R. W. Manderscheid y M. J. Henderson (Eds.), *Mental Health, United States, 2002*. DHHS Pub No. (SMA) 3938. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2010). *Post-traumatic stress disorder following terrorist attacks: A review*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A., y Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 345-357.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., y el Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Hoge, E. A., Austin, E. D., y Pollack, M. H. (2007). Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 139-152.
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., y González, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10, 195-206.
- McNally, R. J., Bryant, R., y Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from traumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 45-79.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Gonzalez-Ordi, H., Iruarrizaga, I., Rudenstine, S., Vlahov, D., y Galea, S. (2006). PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 69-80.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano Vindel, A., Iruarrizaga, I., González Ordi, H., y Galea, S. (2004). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud*, 15, 293-304.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González-Ordi, H., Muñoz, M., y Casado, M. I. (2005). *Evolución de las consecuencias psicológicas por los atentados del 11-M*. Consultado el 1 de diciembre de 2010 en: [http://www.ucm.es/info/seas/tep/Resumen_Rueda_de_prensa_\(4-marzo-2004\).pdf](http://www.ucm.es/info/seas/tep/Resumen_Rueda_de_prensa_(4-marzo-2004).pdf)
- Nandi, A., Galea, S., Ahern, J., y Vlahov, D. (2005). Probable cigarette dependence, PTSD, and depression after an urban disaster: results from a population survey of New York City residents 4 months after September 11, 2001. *Psychiatry*, 68, 299-310.
- National Counterterrorism Center. (2006). *NCTC Report on incidents of terrorism 2005*. Consultado el 19 de junio de 2009 en la página web del Sistema de Seguimiento

- de Incidentes a Nivel Mundial del Centro Nacional de Contraterrorismo: <http://wits.nctc.gov/reports/crot2005nctcannexfinal.pdf>
- National Counterterrorism Center. (2007). *NCTC Report on terrorist incidents - 2006*. Consultado el 19 de junio de 2009 en la página web del Sistema de Seguimiento de Incidentes a Nivel Mundial del Centro Nacional de Contraterrorismo: <http://wits.nctc.gov/reports/crot2006nctcannexfinal.pdf>
- National Counterterrorism Center (2008). *NCTC 2007 Report on terrorism*. Consultado el 19 de junio de 2009 en la página web del Sistema de Seguimiento de Incidentes a Nivel Mundial del Centro Nacional de Contraterrorismo: <http://wits.nctc.gov/reports/crot2007nctcannexfinal.pdf>
- National Counterterrorism Center (2009). *NCTC 2008 Report on terrorism*. Consultado el 19 de junio de 2009 en la página web del Sistema de Seguimiento de Incidentes a Nivel Mundial del Centro Nacional de Contraterrorismo: <http://wits.nctc.gov/Reports.do?f=crt2008nctcannexfinal.pdf>
- National Institute of Mental Health (2002). *Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices*. NIH Publication No. 02-5138, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., y Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65, 207-239.
- North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J. C., Spitznagel, E. L., y Smith, E. M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*, 282, 755-762.
- North, C. S., Pfefferbaum, B., Narayanan, P., Thielman, S., McCoy, G., Dumont, C., Kawasaki, A., Ryosho, N., Kim, Y. S., y Spitznagel, E. L. (2005). Comparison of post-disaster psychiatric disorders after terrorist bombings in Nairobi and Oklahoma City. *British Journal of Psychiatry*, 186, 487-493.
- North, C. S., Tivis, L., McMillen, J.C., Pfefferbaum, B., Spitznagel, E. L., Cox, J., Nixon, S., Bunch, K. P., y Smith, E. M. (2002). Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry*, 159, 857-859.
- Person, C., Tracy, M., y Galea, S. (2006). Risk factors for depression after a disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 659-666.
- Prigerson, H.G., Shear, M.K., Jacobs, S.C., Reynolds III, C.F., Maciejewski, P.K., Davidson, J.R.T., Rosenheck, R., Pilkonis, P.A., Wortman, C.B., Williams, J.B.W., Widiger, T.A., Frank, E., Kupfer, D.J., y Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: a preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A., y Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 57, 1291-1297.
- Stellman, J. M., Smith, R. P., Katz, C. L., Sharma, V., Charney, D. S., Herbert, R., Moline, J., Luft, B. J., Markowitz, S., Udasin, I., Harrison, D., Baron, S., Landrigan, P. J., Levin, S. M., y Southwick, S. (2008). Enduring mental health

morbidity and social function impairment in World Trade Center rescue, recovery, and cleanup workers: the psychological dimension of an environmental health disaster. *Environmental Health Perspectives*, 116, 1248-1253.

Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the Madrid March 11, terrorist attacks: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *Spanish Journal of Psychology*, 9, 161-174.