

UNIVERSIDAD DE ALCALÁ
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



ANÁLISIS DE LA DEMANDA TRAS LOS
ATENTADOS DEL 11 DE MARZO EN EL
CENTRO DE SALUD MENTAL DE
ALCALÁ DE HENARES

TESIS DOCTORAL

ADOLFO BENITO RUIZ
ALCALÁ DE HENARES

ANÁLISIS DE LA DEMANDA TRAS LOS ATENTADOS DEL 11 DE MARZO EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE ALCALÁ DE HENARES

Memoria presentada por Adolfo Benito Ruiz para acceder al
Título de Doctor en Medicina.
Director: Alberto Fernández Liria.



Departamento de Especialidades Médicas.
Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá
Programa de Doctorado: Especialidades Médicas. Psiquiatría
Curso 2008/2009.

AGRADECIMIENTOS:

Algunas personas han sido indispensables para que este trabajo de investigación pudiera llegar a buen puerto. En primer lugar debo agradecer al Profesor Alberto Fernández Liria la dirección de la tesis y su apoyo, fundamental durante estos cuatro años. Él ha sido en gran parte el responsable de que una serie de preguntas y elucubraciones pudieran quedar encuadradas en un marco científico y en una investigación, sin sus comentarios, correcciones y charlas que llevaron a la reflexión este trabajo no hubiera visto la luz. A él debo gran parte de mi concepción sobre la Salud Mental y el papel del psiquiatra en ella.

En este estudio colaboraron en las entrevistas telefónicas algunos compañeros de residencia, Elvira Herrería, Elena Medina, Mariafer Valdivia, Sara Salas y Sara Antón, debo agradecerles su actitud generosa y su motivación, además de su amistad y los buenos momentos juntos durante estos años. También a Guillermo Lahera, por su escucha crítica y sus consejos. Varios psiquiatras del CSM de Alcalá de Henares facilitaron el acceso a los pacientes: Francisco González Aguado, Ángeles Corral, Lali Jaén, Elena Ramos, Esther Pelayo, Paz Villalba, Eloy Martín, Mar García y Rocío Rodríguez . Mención especial merece Pedro Sopelana que me proporcionó el acceso al listado de las historias de pacientes, facilitando el trabajo muchísimo.

En la parte de análisis estadístico fue fundamental la ayuda de mi hermano Guillermo Benito Ruiz, estuvo siempre presente para resolver dudas, proporcionar ideas y allanar el camino.

Para la elaboración de la encuesta sociodemográfica tengo que agradecer la ayuda de Pau Pérez.

Quiero agradecer a mis padres también su aportación, ellos me proporcionaron los requisitos para poder finalizar esta investigación, la tenacidad, la

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares

constancia, la paciencia y el pensamiento crítico que me inculcaron me han sido indispensables para esta investigación y para muchas otras cosas en la vida. Además durante estos cuatro años recibí su apoyo constante.

Durante estos cuatro años muchos amigos han aguantado mis disertaciones y sus dudas han despertado las mías y me han ayudado a avanzar, Andrés Maldonado, Daniel Martín, David Rodríguez, y a todos los que me habéis aguantado y ha perdurado nuestra amistad.

Esta tesis está especialmente dedicada a mi pareja Laila Oudda Santos, por estar siempre presente (tú ya sabes gordi).

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN.....	pag 18.
Sobre los hechos traumáticos.....	pág 19.
Características de los hechos traumáticos.....	pág 21.
La violencia como causa de experiencias traumáticas.....	pág 24.
Exposición a hechos traumáticos en la población.....	pág 25.
Análisis de los hechos. Los atentados del 11M.....	pág 26.
¿Es el 11M un hecho traumático?.....	pág 28.
Consecuencias del trauma en el individuo.....	pág 29.
Denominación y enfoque de lo traumático a lo largo de la historia.....	pág 31.
Clínica y terapéutica del trauma.....	pág 39.
Manifestaciones clínicas de lo traumático.....	pág 39.
Criterios DSM.....	pág 39.
Criterios CIE.....	pág 41.
Instrumentos y escalas.....	pág 43.
Las bases fisiológicas de lo traumático.....	pág 45.
Estrategias farmacológicas en lo traumático.....	pág 55.
Estrategias psicoterapéuticas en lo traumático.....	pág 61.
Vivencias traumáticas. Su asociación con otras enfermedades mentales.....	pág 65.
Influencia de lo traumático en la calidad de vida percibida.....	pág 65.
Lo traumático en niños y adolescentes.....	pág 66.
Lo traumático en ancianos.....	pág 71.
La Resiliencia.....	pág 71.
Desarrollo de sintomatología ante hechos traumáticos. Factores de riesgo. El coping. ..	pág 71.
La Resiliencia.....	pág 74.
Resiliencia y factores de protección ante situaciones traumáticas.....	pág 77.
Estrategias de coping resilientes.....	pág 82.
La Resiliencia. Estado o proceso.....	pág 88.
La Resiliencia a lo largo del tiempo.....	pág 89.
Construcción de narrativas y Resiliencia.....	pág 92.
El crecimiento postraumático.....	pág 94.
Un ejemplo de Resiliencia.....	pág 94.
Los atentados terroristas como experiencia traumática.....	pág 97.
Psicopatología tras lo traumático. Respuestas clínicas ante los atentados.....	pág 97.
Antecedentes. Respuestas a atentados terroristas del 11S.....	pág 99.
Otros estudios de atentados terroristas.....	pág 106.

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

¿ Produce un hecho traumático un aumento del uso de servicios sanitarios?. El uso de servicios de Salud Mental y medicación tras el 11S en Nueva York.....	pág 107.
Estudio en trabajadores del Pentágono tras el 11S.....	pág 114.
Funcionamiento de la red de Salud Mental.....	pág 115.
Otros estudios sobre el 11M.....	pág 117.
Funcionamiento de la red de derivación tras el 11M en el área 3.....	pág 118.
Importancia científica del Proyecto.....	pág 119.
Utilidad del proyecto en el Sistema Nacional de Salud.....	pág 120.
Definición del proyecto.....	pág 121.
OBJETIVOS.....	pág 123.
HIPÓTESIS.....	pág 124.
MATERIAL Y MÉTODO.....	pág 149.
Muestra.....	pág 150.
Variables.....	pág 151.
Control de sesgos.....	pág 154.
Análisis de datos.....	pág 157.
RESULTADOS.....	pág 160.
Del estudio del registro de casos.....	pág 161.
Variables sociodemográficas.....	pág 161.
Del estudio de la encuesta telefónica.....	pág 175.
Percepción de superación de la experiencia traumática.....	pág 175.
Evaluación de los Servicios Sanitarios.....	pág 176.
Evolución de los pacientes.....	pág 177.
Factores de resiliencia.....	pág 179.
De la correlación entre el estudio del registro de casos y la encuesta telefónica.....	pág 195.
Relación entre factores sociodemográficos, evaluación de la atención sanitaria evolución y factores de resiliencia.....	pág 195.
Relación entre variables de evolución, factores de resiliencia y evaluación de los Servicios Sanitarios.....	pág 212.
Relación entre variables sociodemográficas entre ellas y de evolución.....	pág 215.
Relación entre el número de citas y el resto de variables.....	pág 223.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares

DISCUSIÓN.....	pág 229.
Del estudio del registro.....	pág 230.
Variables sociodemográficas.....	pág 230.
De la entrevista telefónica.....	pág 243.
Percepción de superación de la experiencia.....	pág 243.
Evaluación de los Servicios Sanitarios.....	pág 249.
Evolución de pacientes.....	pág 253.
Factores de resiliencia.....	pág 256.
De la correlación entre el registro de casos y la encuesta telefónica.....	pág 265
Relación entre factores sociodemográficos, evaluación de la atención sanitaria	
evolución y factores de resiliencia.....	pág 265.
Relación entre variables de evolución, factores de resiliencia y evaluación de los	
Servicios Sanitarios.....	pág 296.
Relación entre el número de citas a las que acudió, tiempo hasta la primera cita y	
retornos tras al alta.....	pág 303.
CONCLUSIONES.....	pág 316.
BIBLIOGRAFÍA.....	pág 321.
ANEXO 1. Cuestionario sociodemográfico.....	pág 348.
ANEXO 2. Entrevista telefónica.....	pág 349.
ANEXO 3. Respuestas emitidas por los pacientes en la entrevista telefónica.....	pág 350.
ANEXO 4. Tabla de objetivos, hipótesis y conclusiones.....	pág 372.
ANEXO 5. Glosario de abreviaturas.....	pág 386.

ABSTRACT:

BACKGROUND: The terrorist attack in March the 11th 2004 in Madrid was the biggest terrorist attack in the history of Spain. Ten bombs exploited in four trains which did the route from Alcalá de Henares to Madrid. The consequences were 192 dead and more than 2000 people injured. This ment a challenge for the Madrid Mental Health Services, in order to see the mayor part of the population who were affected directly (those who were in the trains where the bombs exploited), or indirectly (family or friends who were affected). Specifically the Area 3 of the Comunidad de Madrid, to which Alcalá belongs, was specially affected because three of the four trains where the bombs exploited left from the Alcalá train station, and the other had stopped previously in this city.

It is well known that the impact of trauma experiences such as terrorist attacks, in humans, can origin a variety of mental symptoms, and in some cases mental disorders. The consequences of trauma in humans has been studied in several publications, which have studied the effects of trauma originated by human beings (Wessly et al 2005, Galea et al 2005, Ferrando et al 2007), natural disasters (Langdom et al 1964) or accidents (Adler et al 1943). After a trauma situation the average number of people who develop psychiatric disorders vary between 6 and 12% according to several publications (Foa et al 2006, Somasundaram et al 2007), from which the most common ones are the Acute Stress Disorder and the Posttraumatic Stress Disorder, but also affective, psychotic and stress disorders are possible.

Trauma experiences are also associated with poor quality of live, job, social and family problems (Schmeck 1997) despite the affected person doesn't development any mental disorder.

Resilience is the human ability to recover from or adjust easily to misfortune or change (Agaiby et al 2005). In other words after a trauma experience people put into practice a number of strategies and coping abilities to recover the way of life that they had previously. There are few studies about the resilience factors after trauma experiences (Rutter 1987, Earvolino-Ramirez 2007) but it is worth mentioning that there are no publications about the resilience factors after a terrorist attack. On the other hand there are several studies about the psychopathology, clinical consequences and treatments after terrorist attacks in civil (Grieger et al 2005, Cohen et al 2006, Boscarino et al

2006), military (Kulka et al 1990) and police population (Ferrando et al 2007), but not about the resilience factors used after terrorist attacks by people affected .

On the other side this terrorist attack in Madrid ment a challenge for the mental health service due to the fact that they had to face the increase of resources demand, it is known that the demand of mental services depends on social situation and factors that influence society (Weissman et al 1974, Goldberg 1984).

The primary aim of this study is to know the influence of the terrorist attack of the 11th of March in the demand of mental health help required by the population of Alcalá de Henares. Secondary aims are to know the patients progress and the factors that have influenced in this evolution, to know the assessment of the population in the mental health services after this incident, to know the perception on their overcome after the attacks and to know the resilience factors that the affected population used in order to adapt themselves after this trauma situation.

METHODS: One hundred and four patients who were attended during the period of time between 12th of march 2004 and 31st of July 2007 and who were seen in relation to the 11th march terrorist attack were recruited at Alcalá mental health service. All of them over eighteen years of age, who attended consultation within this period of time with symptoms were in relation to the terrorist attack; they could be patients who were directly affected by the attack or whose relatives or friends were affected by this.

In this sample a social demographic questionnaire was answered using the clinical history of patients and by using therapist information relative to these patients. The questionnaire had questions about the following items: Sex, nationality, marital status, family life, education, emergency visits, kind of affected , psychiatric treatment history, traumatic incidents history, predominant symptoms, was the patient alone when the terrorist attack happened or when he received the news of the attack?, lost of close relatives or friends recently?, how many days did the patient took to attended consultation with the mental health services for the first time?, place from were the patient was refered?, reason of discharge?, has the patient suicide attemps during treatment?, economic level and job situation when the attack happened?, did the patient receive a sick leave during the treatment?, was the patient habitual user of the train?, was the patient habitual user of this train line?, which was their place of treatment mainly?, did the patient come back after medical discharge?, was the patient's

residence situation within the law?, did the patient have problems with the Spanish language? and what kind of treatment was received in the mental health services.

Besides, the number of visits to the therapist was also taken into consideration. We divided the answers in five categories for subsequent study: clinical variables, individual variables, treatment variables, sociodemographic variables and evolution variables.

On the other hand, during the months between February and March 200 a telephonic survey was made to all the one hundred and four patients. In this survey we asked five questions: Do you believe to have assimilated the traumatic experience healthy?, do you think you have received what you need from the mental health services?, was the help that you received from the mental health service useful?, did you receive the medical discharge?, for what reason? and what do you think helped you the most to overcome this experience?.

Afterwards we studied the results of the sociodemographic questionnaire, the telephonic survey and the relationship between both of them with the number of visits to the therapist of the mental health service.

Statistical data analysis and the computerized quality control of the analyses were performed by using the Statistical Package for Social Sciences, or SPSS, (Norusis 1995, version 14.0). The significance level for all hypothesis contrast tests was set at 0.05. The normal distribution for each variable was examined via the Kolmogorov-Smirnov test. Student's t-test and ANOVA were used for continuous variables with normal distribution. A multiple linear regression analysis was performed to avoid a possible confusion effect of other variables.

RESULTS: The sample was composed by thirty seven male and sixty seven female, the average time until the first visit to the mental health services was 12.92 days, the average number of visits with the therapist was 4.67, in this case 5.61 for women and 2.97 for men. During the first week after the terrorist attack, sixty percent of the one hundred and four patients arrived to the mental health services and within the first two weeks after the attack an eighty percent arrived. Most of the patients were referred to the mental health services by their general family doctor (seventy three percent), but some were also referred by the psychiatric emergency services (8.6%), spontaneously (13.47%), referred by other mental health treatment service (4.8%) or by social services (1.91%).

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

These results show that the plan designed, in order to treat all the affected people, by the mental health services worked correctly, because most of the people were seen during the first days after the terrorist attack and in the same day that they arrived to the mental service, despite of the large number of patients during the first days. Of all the one hundred and four patients only fourteen came back after medical discharge. In the moment in which we studied the clinical history (three years after the attacks), only one patient carried on with treatment in the mental health services.

We contacted with seventy eight patients from the total (75%), the results from the telephonic survey show for the first question that three years after the terrorist attack (February-march, 2007) forty two of the one hundred and four patients (53.84%), believe that they had assimilated the traumatic experience and thirty four didn't believe that they had assimilated (43.58%). About the mental health help evaluation sixty nine patients (88.5%) think that the help was useful and that they received what they needed. In the question about their evolution, three years after the terrorist attack, only one patient continued with the treatment, thirty patients had left the treatment because they thought that they were recovered (39.13% of the survey), seven patients had left the treatment because it was incompatible with their job's schedule (8.6%), twelve patients had left the treatment because they believed that it was not useful for them (15.2%), three patients had been discharged (4.3%), one patient had left the treatment once the psychotherapeutic groups had finished (1.28%), five patients had left the treatment because they had moved to another place to live (6.4%), one patient had left the treatment once she knew she was pregnant (1.28%), three patients rejected treatment (4.3%), one patient had left the treatment when he thought that he was prepared for working (1.28%), ten patients looked for treatment in another place (private therapist....) (13%) and finally four patients (5.12%), had left the treatment because they believed that they had to overcome by themselves.

Finally in the fifth question we wanted to know which aspects had helped patients to overcome this traumatic experience, we created categories to include all the patient's answers. After all the telephonic interviews we elaborated these categories which included all the answers:

- Factors associated with the familiar and social environment, this was answered by seventy nine patients (101.26% of the survey), because several answers were allowed.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- Factors associated with the treatment, answered by twenty two patients (28.29%).
- Factors associated with religion and spirituality, answered by six patients (7.69%).
- Factors associated with interpersonal relationships, answered by ten patients (12.82%).
- Factors associated to the physical and psychological consequences of the trauma, answered by five patients (6.4%).
- Factors associated to the individual response to the trauma experience, answered by five patients (6.4%).
- Factors associated to past and previous experiences of patients, answered by one patient (1.36%).
- Factors associated with the patient's job, answered by eight patients (10.25%).
- Factors associated with the recovery of their previous life, answered by twelve patients (15.36% of the survey).

The second part of the study was to determinate if there was a relationship between the sociodemographic questionnaire and the telephonic interview, in this issue there were not significant differences (ANOVA $p < 0.05$) between both of them in most cases.

Nevertheless, scores were significantly different in relation to the following; if the patient had sick leave during the treatment and the evolution during the treatment (ANOVA $p < 0.05$), and between if the patient had sick leave during the treatment and the resilience factors (ANOVA $p < 0.05$). There were significant differences in relation to the patient's symptoms and if he believed to have assimilated the traumatic experience (ANOVA $p < 0.05$) and between the patient's symptoms and the resilience factors (ANOVA $p < 0.05$).

Analyzing the relationship between the questions of the telephonic interview we found out that there were differences in the patients thought to have assimilated the traumatic experience in relation to their evaluation of the health mental services (ANOVA $p < 0.001$), their evolution during the treatment (ANOVA $p < 0.0001$), and the resilience factors (ANOVA $p < 0.001$). There are also differences in the evaluation of the mental health services in relation to the evolution during the treatment (ANOVA $p < 0.001$) and

the resilience factors (ANOVA $p < 0.0001$). Finally there are differences in the evolution during the treatment in relation to the resilience factors (ANOVA $p < 0.001$).

DISCUSSION: Results show that the mental health center of Alcalá was able to face the demand received due to the terrorist attack, and that the plan designed for this issue was effective. Most part of the population went to the mental health center during the first two weeks (80%), and most of them were derived from the general practitioner (73%), nevertheless patients were received no matter the place from which they had been derived from (patients who arrived spontaneously, derived from social services...), this means that the mental health services were ready for an increase on demand such as the increase due to the terrorist attack.

It is remarkable the number of foreign people who were attended, 46%, this could be explained by the context of the terrorist attack (7 AM of a working day), and by the number of foreign population (mainly Rumanian people) who lives in Alcalá. Nevertheless the number of foreign people attended is high if we consider the global number of foreign people living in Alcalá (Censo INE, 2005).

There are no significant differences in the use of mental health services in relation with sex, nationality, marital status, education, and all the rest of sociodemographic items, similar to the results for the studies after the World Trade Center attack (Galea 2005, Ahern 2006).

Telephonic questionnaire results show that three years after the attack a 46.16% of the sample thought that they had not assimilated the traumatic experience. Although this question not is the same as in a PTSD test this percentage crushes with the average of mental diseases after traumatic experiences, about the 8-12% (Davidson 1990, Yehuda 1998). One explanation could be that this question is not the same as the one made in a diagnosis test, nevertheless there is a big difference in the results. Another explanation could be that the diagnosis and screening tests for psychiatric disorder after trauma experiences do not take care of issues related to patients daily life and that they are only a series of question to measure the existence of a group of symptoms. There are no studies on this issue but some patients said during the interviews that their lives had changed.

Evaluation on the mental health services is good despite the high number of patients who left the treatment before medical discharge. Another relevant issue is that three years after the attack only one patient continued with treatment, this shows that the

mayor part of the patients, although with some limitations, are able to continue with their life.

Resilience factors most used by patients in order to assimilate the experience and in order to carry on with their lives are the sociofamiliar factors; most people lean on their family, friends and neighbors. This matches up with the importance of sociofamiliar support in traumatic experiences, psychiatric diseases and overcoming stress situations (Bisson 2007, Davidson 2001). Other resilience factors are the ones associated to the individual answer to trauma. Resilience factors associated with the treatment are not significantly mentioned by patients. All of it could mean that people after trauma experiences use their individual and familiar resources in order to overcome the trauma experience and that maybe this is the most important for adaptation (Hoge 2007, Kelley 2005).

CONCLUSIONS:

1. The sample of patients seen in the mental health center of Alcalá de Henares arrived promptly and needed few appointments with the therapists (only 4.67 as an average). The main reason for giving up the treatment was the clinical improvement. This shows that individual resources makes adaptation to normal life easier after a traumatic experience without relevant psychiatric help.
2. Demand was assumed quickly by the mental health service, during the first week 60% from the total could be seen, and after the first month 90% were seen. Demand could be promptly absorbed despite the high number of patients who arrived during the first days.
3. The sample had the following sociodemographic characteristics; predominantly women (almost double), married (47 out of 104), and patients who lived with their own family (52 out of 104), this agrees with previous studies about medical demand (in primary health care but not in specific care) which also show a bigger prevalence of demand in this groups. Besides women attended more appointments with therapists than men (5.61 st 2.62)
4. Foreign people represented 46.15 % of the patients, were as in overall population of Alcalá de Henares they only represent 16.59%. This is most important for east European people (22% in survey and 4.5% in overall population), for Latin American people (20% in survey and 4.5% in overall

population) and for sub-Saharan people (1.9% in survey and 1.3% in overall population). Other nationalities, for example Asian and EU citizens are not represented in the sample although in Alcala they represent 1.9% and 1.3% of the overall population. Reasons for this representation could be the context of the terrorist attack (working day at 7 AM) and that foreign population in some cases goes for other than clinical reasons. The high presence of Latin American patients could be explained by their knowledge of the spanish language, this could explain too that spanish and Latin American people attended more appointments than the rest of the population (5.63 average appointments for spanish and 4.62 average appointments for Latin American).

5. Most of the people in the sample were direct victims, people who had been in the trains when the bombs exploited (89, 85.5%), whereas the number of indirect victims was very low. Reasons for this could be that indirect victims went to private therapists, to the therapists provided by the Home Office or to other professionals.
6. Analyzing the place from where the patients were derived, most of the patients were derived from the primary care physician (73%), patients attended primary care physician on the first place, this indicates a good running of the used sources. Rest of the patients were either derived from psychiatric emergency services (this are the patients who arrived the earliest -9.5 days as an average- and who attended more appointments -7.88-), Social Services or others. A 12.5% of the sample attended spontaneously due to the fact that filters were eliminated in primary care.
7. Three years after the attack 88.5% of patients who did the telephonic survey believed to have received the attention they needed in the mental health center, on the other hand 10.5% believed that the attention received was not appropriate. 88.5% believed that the attention received was useful whereas 1.25% believed that only some things were useful and 10.25 believed that the help was not useful at all. The assessment varies depending on whether the patient continues in treatment (better assessment), the patient has received a medical sick leave (better assessment) and in the patients type of symptoms (avoid and affective), also assessment varies in relation to evolution (better evolution better assessment) the resilience factors and the overcome perception.

The rest of the factors have no influence in the assessment of the mental health help.

8. Three years after the attacks 53.84% of the patients contacted in the telephonic interview think that they have overcome the traumatic experience satisfactorily, 43.85% thinks the opposite and 2.5% are not sure. The overcome perception of the traumatic experience is related to the type of symptoms (avoid and affective have better perception), the sanitary assessment (better assessment better perception), the resilience factors (the most associated to a good overcome perception of the traumatic experience are the treatment factors, the religious factors and the own patients characteristic factors) and by the existence of previous trauma experiences in the patients life. The rest of the factors have no influence.
9. Three years after the attacks the resilience factors which patients think to have been more useful and which have helped them the most to overcome the traumatic experience are the sociodemographic factors, named by all the patients (101.26%), the treatment factors (28.19%), the individual answer to trauma factors (26.89%), the persons own characteristics factors (19.22%), the recovering previous life factors (15.36%), the interpersonal relationship factors (12.8%), the job factors (9.58%), the spiritual and religious factors (7.69%), the physical and psychological consequences of the trauma factors (6.4%) and the previous life experiences factors (1.28%).

INTRODUCCIÓN

Sobre los hechos traumáticos:

En primer lugar se hace necesario el tratar de encuadrar que es lo que se llama, se considera o se acepta que es una situación traumática. A lo largo de nuestra vida, los humanos tenemos que hacer frente a una serie de situaciones que pueden ser consideradas como tales, pero qué es lo que hace que una experiencia vital sea considerada traumática. En principio asumimos al ser humano con un potencial para la superación de situaciones adversas a lo largo de su vida, y además con capacidad para poder obtener determinados conocimientos ante estas situaciones, sobre sí mismo, su entorno social y que pueda procesar y usarlo en el futuro, sacando una experiencia vital al respecto provechoso de cara al futuro.

Sobre la definición de hecho traumático podemos encontrar multitud de definiciones, algunas hacen referencia a la magnitud del hecho y otras a la vertiente más humana, es decir, a la respuesta que genera en el ser humano.

A grandes rasgos podemos definir un hecho traumático como aquella situación vivida en la que se produce una amenaza para la integridad física o psicológica que deja una serie de secuelas en el individuo, que pueden ser tanto físicas como psicológicas, que éste no puede superar por sí mismo (1).

Cabe diferenciar sin embargo el hecho traumático de otras situaciones que el ser humano a lo largo de su vida pueda experimentar, y que puedan confundirse con ello, en cuanto a que también tengan que ver con la vida, provoquen un malestar y el ser humano no sea capaz de superar esto por sí mismo.

Así por tanto habría que diferenciar esta situación traumática de otras vivencias del ser humano como pueden ser (2):

- Dificultades de la vida: El hecho de vivir va innegablemente asociado al tener constantemente que superar situaciones adversas y hacer frente a elecciones, que en algún momento pueden ser vividas por el hombre como experiencias difíciles de superar, ejemplos serían el hacer frente a una ruptura de pareja, a un despido o una situación de problemática en la familia, el hacer frente a problemas económicos...Todas estas situaciones vitales, si bien pueden ser vividas con sufrimiento, generar dificultades para poderlas superar, o incluso abocar en una expresión de síntomas psiquiátricos, no son consideradas situaciones traumáticas (aunque puedan ser vividas así por el individuo). La

diferencia entre estas situaciones y las traumáticas es que a pesar de que las primeras suponen un reto y una dificultad, el individuo pone una serie de estrategias en práctica para poder superarla, mientras que en el trauma esto no se produce (2), el individuo no es capaz de superarlo por sí mismo, al menos al principio.

- **Duelos:** A lo largo de la vida un ser humano establece relaciones interpersonales significativas, al principio son los padres quienes proporcionan ese vínculo tan importante para el desarrollo humano, y la formación de la personalidad, pero luego son relaciones de amistad, de pareja y posteriormente con la propia descendencia, las que se establecen con los hijos, las que pasan a ser significativas e importantes para el humano. Es probable que a lo largo de la vida se tenga que hacer frente a situaciones de pérdida de algunas de estas figuras significativas a nivel relacional (por simple orden cronológico es probable que se tenga que hacer frente a las pérdidas, primero de abuelos, luego de padres y finalmente de amigos o incluso hermanos). El afrontar, adaptarse y superar estas pérdidas va a depender de muchos factores, características propias del individuo, el soporte social del que se dispone, la calidad de la relación con el fallecido.... (3) De manera, que al igual que en las anteriores situaciones el superar dichas dificultades puede suponer una dificultad que desemboque en sintomatología clínica, prolongada en el tiempo incluso bastante, tiempo después de la pérdida. De cualquier manera estas pérdidas no son consideradas como hechos traumáticos (3).
- **Situaciones de crisis vitales:** De la misma manera, a lo largo de la vida, los humanos tenemos que hacer también frente a este tipo de situaciones, ejemplos de estas situaciones pueden ser las llamadas transiciones de rol, transformaciones en la vida de rol, que llevan asociados una serie de cambios en el estilo o la forma de vida del individuo, en cuanto que supone la renuncia a una serie de “beneficios”, y el afrontamiento de una amalgama de situaciones que van a estar asociadas a este nuevo rol, que no siempre son vividas de manera agradable. Estos cambios de rol no tienen porqué ser situaciones adversas o traumáticas, aquí podemos encontrar crisis que aparecen al adoptar el rol de casado dentro de un matrimonio (aunque sea algo elegido y querido por el individuo esta adaptación puede costar), dificultades en el rol de padre (de nuevo aunque sea algo deseado pueden existir dificultades para la

adaptación a esta situación vital, en cuanto que supone la renuncia a una serie de cosas, y la adaptación a las responsabilidades de ser padre). Todas estas situaciones pueden suponer una dificultad al individuo en la adaptación, y generar si esta no se produce adecuadamente clínica psiquiátrica, pero tampoco son consideradas situaciones traumáticas (4).

La diferencia fundamental entre estas situaciones y una situación traumática, es que en las situaciones traumáticas se produce una imposibilidad para la integración de dicha esta experiencia en la línea vital del individuo (2), es decir, el trauma supone una ruptura en la narrativa individual de la persona, una ruptura en sus esquemas cognitivos, y una pérdida de la visión del mundo como algo predecible o seguro, si uno se comporta dentro de unos esquemas aprendidos, se produce por tanto una pérdida del sentido de individualidad (2).

Por lo tanto conviene distinguir estas situaciones, vitales, que depende de la experiencia del individuo, que forman parte de la vida, que pueden suponer una dificultad para poderlas superar, y que finalmente pueden desembocar en patología psiquiátrica de lo que llamamos situaciones traumáticas o hechos traumáticos (4).

Podemos entender una situación traumática como aquella situación vivida por el individuo en la que éste sufra una amenaza para su vida y la de los que le rodean, originando una serie de síntomas asociados a esta vivencia, y que dificultan la adaptación a la forma de vida previa, perdurando en el tiempo después de la experiencia (1). Por ello no serían situaciones traumáticas, aunque tuviesen que ver con la vida, provocasen malestar y una dificultad en la adaptación posterior, la muerte por cáncer de un padre, el superar un despido en un trabajo o la dificultad para el rol de esposo que pudiesen aparecer en todas ellas no existe a priori una amenaza para la integridad física del individuo o los que le rodean.

Características de los hechos traumáticos:

Podríamos decir que los hechos traumáticos comparten una serie de características que son comunes (5,6).

1. *Falta de control* (5): El grado en el que una experiencia traumática se correlaciona con la capacidad de control del individuo. El ser humano funciona generalmente a partir de estructuras cognitivas elaboradas por el mismo, basadas en la propia experiencia, con el fin de predecir las diversas situaciones en las que va a tener que enfrentarse a lo largo de su vida, estas estructuras

cognitivas facilitan la adaptación a las situaciones vitales (4). De esta forma el ser humano necesita encontrar el mundo como un lugar predecible, en el que los hechos que sucedan puedan elaborarse, a partir de vivencias previas o de predicciones en un esquema cognitivo sobre el cómo actuar o para poder evaluar las posibles consecuencias (7). Las situaciones traumáticas se caracterizan por un fallo en estos esquemas cognitivos, el individuo no puede prever las consecuencias, sus esquemas mentales no le sirven para poder afrontar la situación, existe una impredecibilidad, y sobre todo, las consecuencias del hecho no van a poder ser modificadas por lo que haga el individuo, que vive una situación de indefensión y de impotencia ante ella. La indefensión es por ello una de las características de la situación traumática (8), el individuo ve impotente como el que haga lo que haga no va a cambiar la suerte de los acontecimientos. En modelos animales se observa en estas situaciones como se entra en una situación de shock, en la que los animales se entregan al depredador o agresor, sin llegar a intentar llegados a este punto ni defenderse ni escapar. Esta experiencia de indefensión absoluta de incontrolabilidad y de impotencia caracteriza a los hechos traumáticos (9).

2. *Percepción negativa de la experiencia:* Para que el hecho traumático pueda darse es necesario esta vivencia de horror, de miedo(10), que se encuentran entre los criterios diagnósticos de las clasificaciones psiquiátricas “*una muerte, amenaza de muerte, herida grave o riesgo para la integridad física del paciente o de otras personas*” (11), es decir para que se produzca el hecho traumático basta con que el humano experimente la situación de amenaza, no es necesario que se produzca un daño físico, basta con la amenaza de daño, o el ver como el daño se le inflige a otro. Por ejemplo, no tendrán las mismas posibilidades de desarrollar síntomas una mujer sedada y posteriormente agredida sexualmente, que una asaltada, que lucha, forcejea y finalmente es violada. En el hecho traumático la sensación de estar sufriendo una experiencia negativa es vital para el diagnóstico y que se desarrolle la clínica (9).
3. *Aparición imprevista o repentina:* Una de las características de las situaciones traumáticas es la repentinidad con la que se produce, impidiendo que los esquemas cognitivos del individuo puedan prepararle para la experiencia (8), es decir, ante una situación traumática que se produce de manera progresiva, el individuo puede realizar una adaptación y una reestructuración de sus

estructuras cognitivas para poder superarlo, pero las situaciones traumáticas al no ser previstas o esperadas impiden que esto se produzca (5). Por ejemplo, fue diferente el huracán Katrina para la población urbana de Nueva Orleans, habían sido prevenidos, podían haber abandonado la ciudad, y a pesar de todo, algunos sufrieron experiencias traumáticas, como perder familiares, o sus casas, pero no con esa repentinidad, esto se produjo en la población rural, que sufrieron las consecuencias del trauma de forma inesperada (10). De la misma forma es diferente el poder adaptarse ante el diagnóstico de una muerte por una enfermedad terminal, y la posterior elaboración del duelo, que el de una muerte repentina (3).

Así los hechos traumáticos compartirían estas tres características, repentinidad, percepción negativa de lo sucedido y falta de control, sin embargo hay otras cuestiones que también pueden resultar traumáticas dependiendo del estadio evolutivo del individuo, del momento de su vida en que suceda.

Rupturas traumáticas del vínculo: El ser humano necesita, para la correcta regulación afectiva y el desarrollo correcto de su personalidad la elaboración en las etapas tempranas de desarrollo de relaciones estables, especialmente con los progenitores, que son llamadas de vínculo, sin la presencia de estas relaciones, el niño se siente desprotegido, y tiene dificultades para su desarrollo integral y el de su personalidad (3). Para la existencia de situaciones traumáticas no siempre es necesario que se produzcan situaciones de violencia o de miedo ante la integridad física de uno o de sus allegados o del mismo, basta para que éstas se produzcan que el niño pueda sufrir el abandono o la pérdida por parte de los progenitores en las etapas en las que este vínculo es desarrollado (2).

Para el niño la pérdida de estas personas que le proporcionan este apego supone una experiencia traumática, en cuanto que rompe con lo esperable, con lo predecible, y esto va a influir en las capacidades para poder determinar las intenciones de los demás, que a partir de ello pueden ser vividas siempre de forma agresiva (3). Esta ruptura supone una reestructuración de la visión del mundo y de los demás, por lo que supone una experiencia traumática por el momento evolutivo en el que se produce, sin que como hemos dicho la integridad física esté en peligro, aunque sí está presente una agresión, al menos para el individuo en desarrollo.

Pérdida del sentido de individualidad: El ser humano elabora a partir de estas experiencias vinculares tempranas un sentido de individualidad, de ser único, de independencia y autoeficacia frente al mundo, frente a los demás. Estos límites están en constante modificación, conforme se van produciendo las experiencias vitales (8). En los casos en los que se producen experiencias traumáticas, el ser humano puede ver como se desmorona este sentido de individualidad. En este sentido, las experiencias de agresiones sexuales son una fuente importante de traumatización, en cuanto a que el individuo puede sufrir estos fenómenos de pérdida de esta individualidad, o de “cosificación”, al fin y al cabo suponen una invasión y daño del cuerpo (12).

Por ello la situación traumática puede desarrollarse a partir de una amenaza o miedo ante la integridad física, por una pérdida del vínculo o finalmente por una pérdida de la individualidad o autonomía, por ello las situaciones traumáticas son más intensas cuando se da más de un factor. Es decir, es diferente una agresión física o sexual por un desconocido que cuando se produce por parte de un progenitor, supuesto en el que se dan tres condiciones traumatizadoras, siendo generalmente esto más traumático (12).

La violencia como causa de experiencias traumáticas

Parece claro que en los últimos años se ha producido en la actual sociedad una trivialización de la violencia, que ha pasado de ser un hecho puntual, aunque presente en la sociedad y presente en el ser humano, pero al mismo tiempo puntual y que se daba en unas circunstancias concretas a ser algo con lo que convivimos. Jamás en la historia del ser humano han existido armas tan destructivas, y no solo eso, sino que aplican. La violencia ha pasado ser parte de nuestra sociedad y convivimos con ella, cuando se ven o se leen las noticias parecen plagadas de páginas de sucesos, violaciones, accidentes de tráfico, asesinatos, palizas, desde pequeños aprendemos a convivir con estos hechos. Se ha llegado a tal normalización de los actos de violencia que en ocasiones se llega a perder la perspectiva, a no considerar lo antinatural y desgarrador de ésta, a fuerza de convivir con ella hemos aprendido a normalizarla, a considerarla como parte de nuestras vidas, poniéndola en su relación con los humanos al mismo nivel, en cuanto a ser una característica humana que pueden estar el altruismo, la amistad....

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Esta trivialización de la violencia se ve en muchas tendencias, en la música, a través de las tendencias del “feísmo”, o de la estética de algunos grupos musicales (Marilyn Manson), que parecen que quieren generar violencia, o funcionan a modo de catarsis, en la moda, la estética (“piercing” que llegan a ser agresivos para los que los llevan, con pinchos hacia fuera, tatuajes agresivos...).

En nuestro país existen sociedades totalmente violentadas, en la que en lo cotidiano se puede observar, y que incluso la violencia forma parte de las pautas relacionales, como puede ser Euskadi, desde hace décadas conviviendo con ella. No hay que olvidar que esta violencia lleva a una sociedad amedrentada, asustada, sin libertad, con miedo, y que esto es el caldo de cultivo para la aparición de síntomas y enfermedades mentales, en relación causa-efecto directa con esta violencia.

Partiendo de la definición de salud de la OMS (13) “Es el estado de máximo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”, podemos entender a la violencia como un acto que va en contra del bienestar del individuo, dinamitando las bases sobre las que se construye este bienestar, pudiendo afectar a sus propias creencias o incluso a su propia identidad como individuo (14).

Otro de los hechos que parece que forma ya parte de la violencia social, y por tanto cotidiana es la llamada violencia de género, seguramente infradagnosticada, en cuanto a la violencia psicológica (no siempre física) del hombre a la mujer y viceversa.

Es indudable, que en relación a todas estas formas de expresión de la violencia, la exposición a estos hechos violentos se ha incrementado en la sociedad actual (15). Imaginando a los habitantes de España unas generaciones atrás, seguramente el número de hechos violentos que tenían que contemplar a lo largo de su vida era mucho menor al de la actualidad, y gran parte de las situaciones traumáticas que tenían que vivir eran a causa de fenómenos naturales, inundaciones, incendios...y no originados por el propio hombre. En esta línea parecen reseñables estudios sobre exposición a hechos traumáticos, presenciados por el hombre, realizados en Norteamérica (16), que dan muestra de la cantidad de hechos traumáticos a los que está expuesta la población a lo largo de su vida, número que se ha incrementado en nuestra sociedad.

Exposición a hechos traumáticos en la población (16):

(tasa de exposición a lo largo de la vida)

Tipo de población	Hombres	Mujeres
--------------------------	----------------	----------------

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Adultos jóvenes en USA	43%	37%
Adultos en USA	74%	65%
Población general USA	61%	51%
Población Canadá	81%	74%
Ancianos USA.	97%	87%

*La siguiente gráfica muestra la tasa de exposición de hechos traumáticos a lo largo de la vida en población norteamericana.

Análisis de los hechos. Atentados del 11M:

El once de marzo del 2004 era jueves, día laborable en Madrid y España, a primera hora de la mañana la gran mayoría de los ciudadanos se dirigían a sus lugares de trabajo, en vehículos propios o en medios de transporte públicos, autobuses, trenes, metros, lo único reseñable era una huelga de estudiantes universitarios, secundada en por amplio número, que hizo que muchos de ellos se quedasen ese día en sus casas.

Esta es la secuencia de cómo se produjeron los hechos según el informe de la Fiscalía del Estado (17):

“Entre las 7:-37 y las 7.40 de la mañana se produjo la detonación de una serie de mochilas bomba, colocadas previamente por terroristas islámicos, las mochilas habían sido colocadas previamente por ellos en cuatro trenes que hacían la ruta del llamado “Corredor del Henares”, los terroristas colocaron las mochilas, en la parada del tren en la estación de Alcalá de Henares, bajándose posteriormente, los explosivos estaban formados por Goma 2 ECO, junto a un detonador y unos teléfonos móviles que se accionarían mediante un sistema de alarma-despertador a las 7.40 de la mañana”.

Entre las 7.37 y las 7.40 de la mañana se activaron los explosivos produciéndose una cadena de explosiones en 4 trenes diferentes, causando 191 muertos y 1840 heridos de diversa consideración, además de cuantiosos daños materiales. De las trece mochilas bomba estallaron diez, siendo explosionadas posteriormente dos de ellas por los TEDAX y encontrándose posteriormente una mochila en el tren que estalló en la estación del Pozo, esta mochila no llegó a estallar, hallazgo que permitió orientar las investigaciones.

Los trenes afectados fueron los siguientes, atendiendo a la hora de salida desde la estación de Alcalá de Henares, donde coincidieron durante algunos minutos esa mañana y lugar donde los terroristas las colocaron.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- Tren 21431, de la línea C1 compuesto por tres subunidades de dos vagones, con salida de Alcalá de Henares a las 7.01 de la mañana y estacionado en el andén dos de la estación de Atocha.
- Tren 17305, de la línea C2, compuesto por tres subunidades de dos vagones, con salida de la estación de Alcalá a las 7.04 de la mañana.
- Tren 21435 de la línea C1, compuesto por tres subunidades de dos vagones de dos pisos, con salida de Alcalá de Henares a las 7.10 de la mañana, este tren venía de Guadalajara, pero había efectuado una breve parada en la estación de Alcalá.
- Tren 21713 de la línea C7, compuesto por tres subunidades de dos vagones, con salida de Alcalá de Henares a las 7.14 de la mañana.

La secuencia de cómo se produjeron las explosiones, siguiendo a la cronología de la salida de los trenes fue la siguiente:

“En el tren 21431 que había salido de Alcalá se produjeron tres explosiones, la primera a las 7.37 en el vagón de cola, otra a las 7.38 en el segundo vagón, una tercera cuatro segundos después en el vagón número cuatro, en el primer vagón se encontró otra mochila de explosivos, que fue detonada por los TEDAX”.

“En el tren 17305 se produjeron las explosiones a unos mil metros de la entrada en la estación de Atocha, a la altura de la calle Téllez, a las 7.39 se produjeron cuatro explosiones con unos pocos segundos de intervalo entre ellas, en los vagones uno, cuatro, cinco y seis”.

“En el tren 21435 se produjeron dos explosiones cuando se encontraba estacionado en el andén uno de la estación del Pozo del tío Raimundo, en los vagones cuatro y cinco, sobre las 7.38 de la mañana. Una tercera mochila explosivo fue detonada posteriormente por los TEDAX”.

“El cuarto tren, 21713 sufrió un estallido cuando se encontraba estacionado en la estación de Santa Eugenia, en el andén uno sobre las 7.38 de la mañana, había una sola mochila bomba, que se encontraba en el vagón cuatro. Aquí se halló posteriormente en el vagón dos una mochila bomba que no había estallado, y que fue encontrada posteriormente por la policía”.

En total estallaron diez mochilas bombas, en cuatro trenes de las trece mochilas bombas que habían sido colocadas, dos de las bombas fueron detonadas posteriormente

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

por los TEDAX, y la tercera fue la que permitió dirigir en un principio las investigaciones policiales.

Madrid, fue especialmente afectada, lo que produciría un incremento El total de víctimas fue el siguiente:

En el tren 21431 que estalló en la estación de Atocha murieron 34 personas, en el tren 17305, que estalló en la calle Téllez, a mil metros de su entrada en la estación de Atocha murieron 64 personas, en el tren 21435 que estalló en la estación de El Pozo del Tío Raimundo fallecieron 63 personas, en el cuarto tren, 21713, que estalló en la estación de Santa Eugenia fallecieron 14 personas, más de 1840 personas fueron heridas, además de cuantiosos daños materiales, y una sensación de horror para todos los que fueron testigos de los atentados o ayudaron posteriormente.

Por la noche fue instalado en el Campo de las Naciones un tanatorio improvisado, en el que acudían las personas que no localizaban a familiares o amigos, y que era donde se realizaba la identificación de los restos de los cadáveres de los trenes por parte de la policía científica, el proceso de identificación duró varios días.

Dado que el nexo común de los 4 trenes era que habían coincidido durante algunos minutos en la estación de Alcalá de Henares, bien porque salían de aquí o porque pasaban provenientes de Guadalajara, gran parte de los viajeros eran vecinos de esta localidad o de las siguientes paradas de los trenes, Torrejón, San Fernando, Coslada, por lo que la población de esta área geográfica del este de de la atención sanitaria, y especialmente de atención por Salud Mental, pero ¿hasta qué punto esto se iba a producir?, ¿en mayor o menor grado que la demanda habitual?, ¿iba a afectar más a hombres o mujeres?, ¿o sería diferente según la edad?, ¿o según el sustrato social?, en definitiva, ¿qué demanda generaría a nivel de Salud Mental especializada la tragedia que había sucedido en Madrid?.

¿Es el 11M un hecho traumático?

Atendiendo a la definición previa de hecho traumático, un atentado terrorista cumple las condiciones para ser definido como tal, se produce por un lado el peligro para la salud, la integridad física o la vida del individuo que lo sufre, y produce una serie de secuelas para las que el individuo tiene dificultades en su readaptación (1). Además se dan otras de las características, la repentinidad con la que se produjo, la falta de control por parte de los que lo sufrieron sobre la experiencia y por supuesto la experiencia negativa que supuso para ellos el vivirla. Con todo ello los atentados del

11M en Madrid supusieron un hecho traumático, no solo para los que estuvieron allí y resultaron heridos de diversa cuantía, o incluso resultaron heridos, sino también para el personal sanitario, de Protección Civil o las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado que les atendieron, así como para el resto de la sociedad.

Consecuencias del trauma en el individuo:

No cabe duda de que en ocasiones el haber sufrido una situación traumática marca un antes y un después en la vida del individuo, el hecho, a pesar de que en la mayoría de las ocasiones se considera pasado un tiempo como superado, en ocasiones pasa factura a medio o largo plazo en el sujeto. Dentro de estas consecuencias no solo se considera el hecho de experimentar clínica en relación a la situación traumática, sino también dificultades en la adaptación a la vida cotidiana, como puede ser en las relaciones interpersonales, en la adaptación social y en la laboral (18). Se han realizado estudios para evaluar esta adaptación social e interpersonal en sujetos víctimas de situaciones traumáticas, en las que se pone de manifiesto que existen dificultades para ello (18,19, 20).

Por lo tanto no es solo adecuado el valorar la superación de la situación traumática únicamente a través del estudio de la remisión clínica, sino también de una serie de variables, necesarias para el llevar una vida adaptada, como pueden ser el conservar o adquirir un trabajo, el mantener unas adecuadas relaciones interpersonales y una adecuada vida social, el mantener unas adecuadas relaciones familiares...

Tras los atentados del 11S en Nueva York, en un estudio, a los 3 y los 6 meses, se observa que un número importante de neoyorquinos, tras los atentados, trabajan en peores condiciones de trabajo y en unas condiciones de trabajo más estresantes (21).

Es conocido que aquellas situaciones sociales que producen un empeoramiento de la economía se asocian a mayores índices de pobreza y que la caída en el poder económico del individuo se asocia a mayores índices de enfermedad mental, esto se observa especialmente en los periodos de recesión económica (22).

También se conoce que la dificultad para adaptarse al mundo laboral tras una situación traumática se asocia a mayores índices de enfermedad mental, y a mayor gravedad clínica (23).

De esta manera las situaciones traumáticas se asocian a mayores dificultades laborales, mayor desempleo y a mayor estrés laboral percibido (20,22), mientras que a

su vez estas mismas condiciones (desempleo, mayor estrés laboral percibido, escasa satisfacción en el trabajo), se asocian a mayores índices patología mental en aquellos individuos que han sufrido una situación traumática. Por lo tanto las correlaciones van en ambos sentidos, pero lo que sí parece claro es que el haber sufrido una situación traumática se asocia a peor calidad de vida percibida (23) y mayores dificultades laborales (21), y estos son dos factores que pueden ser perpetuantes para la enfermedad mental.

Las vivencias traumáticas se ha asociado en numerosos estudios con peores niveles de calidad de vida (24,25), esto ha sido constatado en pacientes con diagnóstico de Trastorno por Estrés Traumático (TPET), ya sean veteranos de guerra (24), refugiados de guerra (26) o personas que han sufrido de violencia sexual (25). Por otro lado, el TPET se ha asociado a peor salud física y mental (27), a existencia de comportamientos violentos (28), a problemas maritales y familiares (29) y a peor funcionamiento en el trabajo (21,23,29).

Cuando se compara la calidad subjetiva de vida de pacientes que han sufrido situaciones traumáticas con el de otras enfermedades mentales el resultado muestra que para estos pacientes la percepción en cuanto a calidad de vida en general, situación vital, relaciones familiares, relaciones sociales, actividades de ocio, economía y seguridad personal es inferior al de otros grupos, que en este estudio son alcohólicos, deprimidos, estudiantes y esquizofrénicos, y que solo en el ítem, salud mental, se consideran subjetivamente mejor (30). Llama la atención que los pacientes que peores percepciones subjetivas tenían eran los que peor puntuaban en clínica evitativa, lo que sugiere que esta sintomatología es la que se asocia a peor funcionamiento y peor calidad de vida (30).

Parece evidente que la vivencia traumática se asocia a mayor prevalencia de enfermedad mental, tanto si es un trauma individual (agresión, violación...), si es un hecho traumático colectivo (terremoto, incendio), provocados por la naturaleza, o si es un hecho traumático provocado por el hombre (acciones bélicas, atentados), de esta manera hay que esperar un aumento de la demanda hacia los servicios sanitarios si se produce un hecho de estas características, que como se ha expuesto se asocia a peores niveles de calidad de vida percibida (30), satisfacción laboral (21) , productividad de relaciones interpersonales (23,24)... que por tanto pueden actuar como perpetuantes de la enfermedad mental, aumentando las consecuencias de lo traumático.

Por tanto nos encontramos con que los hechos traumáticos producen una serie de consecuencias no solo clínicas, sino que modifican la adaptación del individuo a sus relaciones sociales, laborales, familiares, disminuyendo su bienestar, pero que al mismo tiempo, estos mismos cambios facilitan el desarrollo de enfermedades mentales, con lo que lo adecuado no es entender lo traumático y sus consecuencias como una colección de síntomas, sino abarcando todas las vertientes en las que un hecho traumático puede intervenir en el individuo.

Denominación y enfoque de lo traumático a lo largo de la historia:

La exposición a un hecho traumático que produce sintomatología clínica psiquiátrica a medio plazo tras producirse se denomina como Trastorno por Estrés Traumático en las clasificaciones psiquiátricas (TPET) (11,31). El TPET es una entidad clínica diferenciada conocida desde hace tiempo, sin embargo solo se incluye en las clasificaciones psiquiátricas desde hace 25 años, incluyéndose por primera vez en 1980, en el DSM III , sufriendo alguna modificación, hasta como lo entendemos hoy en el DSM IV (11).

Las primeras descripciones sobre las respuestas al trauma las encontramos ya en la Ilíada, en la que Homero describe las consecuencias en los soldados de la lucha armada, describiendo reacciones de duelo, de culpabilidad ante la muerte de compañeros, y problemas en la conciliación del sueño tras las batallas en los supervivientes. En Enrique IV de Shakespeare éste define un grupo de síntomas bastante similar a lo que hoy conocemos como TPET (evitación, hiperactivación, y características recurrentes e intrusivas). Daly (32) escribe a raíz del gran incendio de Londres de 1666, que a los supervivientes les resultaba difícil el conciliar el sueño, y que se despertaban de madrugada con pensamientos de que el fuego iba a acabar con su vida. Uno de los primeros artículos “médicos” al respecto lo encontramos en el cirujano inglés Erichsen (33), que a partir del estudio de supervivientes a accidentes de tren creyó la causa de las secuelas psicológicas en microtraumas en la médula espinal, llamando a esta patología “Síndrome espinal del accidente de tren”, dentro de la clínica identificó pesadillas, fatiga, irritabilidad, ansiedad, pérdidas de memoria, incluso habla de alteraciones en el discurso. La primera definición médica la encontramos en Silas Mitchell, que en la Guerra de Secesión americana describe a mujeres con síntomas similares, que recurrían al alcohol y los opiáceos para aliviarlos (33). Posteriormente, ya en Europa surge el debate, sobre si ese tipo de síntomas tienen una causa orgánica

anatómica (Oppenheim) y los que pensaban que la causa era psicógena (Charcot). Oppenheim (34) contradice a Erichsen, al encontrar el sustrato de la patología en el cerebro, y no en la médula, esta es la primera ocasión en la que el término trauma, se asocia a patología psiquiátrica, ya que hasta ese momento era uso exclusivo de los cirujanos. Myers y Sila (35,36), encuentran en los soldados que han sobrevivido a situaciones de guerra alteraciones cardiacas, acuñando el término “Síndrome del corazón de soldado”, asociando los síntomas previos a dicha alteración.

Otra vuelta de tuerca se dio desde la Salpêtrière en París, donde Charcot y Janet encontraron en las situaciones traumáticas el caldo de cultivo para la génesis de los síntomas histéricos o disociativos. Para Janet la disociación era el origen de los síntomas de estrés postraumático, las emociones de gran intensidad que suceden a una situación traumática no pueden ser integradas por el sujeto en su memoria, quedan sin posibilidad de integrarse en la memoria narrativa, lo que origina la aparición de los síntomas a partir de estímulos que consideraba perceptivos, esta visión, adelantada a su tiempo todavía tiene aplicación dentro de las teorías dinámicas del tratamiento del trauma (33). El debate continuó durante el siglo XX, en ese momento, las teorías dinámicas dominantes consideraban el trauma como originado por un conflicto no resuelto en una personalidad determinada, consideraban el origen en traumas infantiles no resueltos, que volvían a la conciencia ante la aparición de otro trauma. Para los psicoanalistas, lo primordial no es tanto el trauma actual, como los traumas pasados, y sobre todo, que esto se asiente en una personalidad determinada, es decir, el trauma no originará clínica (neurosis), si no se asienta sobre una personalidad determinada concreta con predisposición a que esto suceda. Las Guerras Mundiales (GM) suponen una oportunidad para observar este tipo de fenómenos, así durante la I GM los traumas son llamados “corazón de soldado” y “shock del bombardeo”, sin embargo, el hecho de que este tipo de síntomas se encontrasen tanto en soldados que habían estado luchando, como en los que no, llevo a Bohoefffer (37) a escribir que las causas estaban en la predisposición constitucional de los enfermos, la constitución individual y la compensación, poniendo en esta última la mayoría del énfasis, en esta ganancia secundaria al rol de enfermo.

Las catástrofes naturales fueron al principios del siglo XX una oportunidad de estudio de las situaciones de trauma, así, Stierlin investiga las consecuencias del terremoto de Messina de 1907, (38), encontrando que más del 25% de las víctimas tenían problemas de sueño, Prasad (39), investiga las secuelas emocionales del

terremoto de la India y Adler (40), estudia las consecuencias de incendio del Club Coconat en Boston, encontrando en la mayoría de los supervivientes insomnio y pesadillas.

Durante la II GM se le llama “fatiga operativa” y “neurosis de combate”, durante este conflicto, un psiquiatra que atendió a muchas de estas víctimas Kardiner, realiza la primera clasificación operativa de síntomas, llamando a esa nueva patología fisioneurosis (41), así encuentra que la mayoría de estos pacientes sufren: vida onírica atípica, preocupación por el trauma, constricción de la personalidad, respuesta de sobresalto e irritabilidad (41) algunos de estos síntomas son similares a los de las clasificaciones posteriores, autor de formación dinámica trata de reconciliar las opiniones de Freud sobre las represiones y la sexualidad con los conocimientos sobre el trauma, sin embargo el escaso éxito que obtiene en la terapia le hace decir que “en las neurosis traumáticas, el psicoanálisis ofrece pocas garantías de éxito” (41) Lo que hoy llamamos flashbacks, son para Kardiner reproducciones sensitivas de la experiencia original, considera la amnesia como un mecanismo de defensa que se origina cuando las fuerzas yoicas se colapsan ante una nueva experiencia, de cara al tratamiento, en contraste con el pesimismo de Oppenheim habla de un 60% de éxito, sin embargo Kardiner muestra una visión sobre la etiología más integrada, hablando de que la predisposición premórbida no puede explicar por completo el trauma. Desde su visión la neurosis traumática ocupa un lugar intermedio entre la medicina interna, la neurología y la psiquiatría (41).

Es la psiquiatría militar la que establece los primeros tratamientos específicos de esta “nueva enfermedad”, entre los que se encuentran abreacciones con insulina, éter y barbitúricos. Así como unos principios generales de tratamiento, inconveniencia de una conducta evitativa, (el soldado debía incorporarse cuanto antes al campo de batalla) (42), además aquí aparecen los primeros casos de evolución hacia la cronicidad (42).

Los estudios con supervivientes de campos de concentración, tras la IIGM hace que se determinen un grupo de síntomas que estos tienen en común: problemas de sueño, terrores nocturnos, astenia, reacciones fóbicas, preocupación constante, pensamientos recurrentes sobre lo ocurrido, síntomas de ansiedad, inquietud motora...estos síntomas quedan finalmente englobados en el Síndrome del “Campo de Concentración”(43) En principio se consideraba como causa una lesión orgánico-anatómica detectable por tanto, pero finalmente, al prevalencia de los síntomas, tan

elevada, unido a que no existían dichas evidencias hizo que prevaleciese la noción de trauma psicológico (43).

Finalmente, las terribles consecuencias de la IIGM, así como el incendio del club Coconut (40), que permitió el hacer estudios con supervivientes, facilitó que se incluyese en el DSM I, en 1952, con diversas denominaciones y sufriendo modificaciones a lo largo del tiempo, aunque como entidad nosológica ha permanecido más o menos estable.

Tras las Guerras Mundiales, el estudio del TPET continuó con los supervivientes de las catástrofes que sucedieron durante la década de los 60, como el tornado de Misisipi en 1953 (44), el hundimiento del Andrea Doria (45), el desastre de la Flota de Bristol (46) y el terremoto de Alaska de 1962 (47).

Otro de los autores que incorpora nuevas hipótesis sobre el trauma es Goldstein (48), que discute en 1943 el término “neurosis de guerra”, prefiriendo hablar de “crisis nerviosa en relación a acontecimientos de guerra”, diferencia 3 grupos de esta tipología: 1) estado agudo de tensión en relación a ansiedad prolongada, 2) conversión inducida por estrés, 3) empeoramiento o cambio de neurosis previa inducida por estrés. Goldstein ve en el estrés la fuente de que muchos supervivientes a condiciones traumáticas no arrastren secuelas psicológicas, además habla de una serie de factores que considera como protectores, como son la fortaleza yoica, la fortaleza física y el grado de libertad dentro de la situación traumática (para él sería de mejor pronóstico el sobrevivir a un terremoto que a un campo de concentración).

Murray (49), psiquiatra en las Fuerzas Aéreas relata que en su experiencia la mayoría de los pilotos sufrían situaciones traumáticas dentro de su trabajo, en sus estudios a cerca de 705 de los pilotos estos desarrollaban sintomatología de estrés postraumático, principalmente ansiedad e irritabilidad, también establece un programa para el tratamiento de los síntomas persistentes en veteranos, pero ciertamente no desarrolla a penas dicho plan de tratamiento.

También dentro de los estudios con combatientes, Grinker y Spiegel, citados por Meninger (50) desarrollan técnicas psicoanalíticas dentro de las consideradas como terapias breves, utilizaban el pentotal sódico para inducir un estado de semiinconsciencia, desde donde guiaban al soldado hacia el recuerdo de la situación traumática, tratando de lograr una integración de las emociones y los recuerdos, de manera que pudiesen elaborar un recuerdo integrado que fuese lo más parecido a la situación traumática, el objetivo para esta terapia es la de lograr que el soldado

volviese a la línea de combate lo más pronto posible, de forma, que éstos no solían estar en el hospital más de 4 ó 5 días, la idea que tenían es que tanto los familiares, como los amigos, como sus compatriotas esperaban que el soldado se recuperase lo más pronto posible de la experiencia traumática para acabar con su trabajo.

Menniger (50), a partir de las observaciones de clínica somática sin contraste orgánico en veteranos de guerra introduce el término “reacción de somatización” (precursor de los trastornos por somatización), trató de aplicar su hipótesis de que el origen era una disfunción autonómica, a partir de una situación traumática no resuelta a todos los sistemas (genitourinario, digestivo, cardiovascular...), en un intento de unir las patologías orgánicas sin sustrato con el psicoanálisis.

En 1950 Selye y Portier (51) a partir de sus estudios en animales, introducen la implicación de el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, en las situaciones postraumáticas, este es el artículo que abre las puertas al estudio de las funciones neuroendocrinas en el TPET.

En 1968 Seligman (52), usa el paradigma de “shock impredecible”, para inducir el miedo crónico, Horowitz (53), en supervivientes a situaciones traumáticas es capaz de inducir imágenes mentales tipo flashbacks de dichas situaciones a partir de que los pacientes viesen una película con situaciones de violencia.

Weiss (54) a partir de estudios en animales aplica su teoría del Constructo de Controlabilidad, a partir de la aplicación de la predecibilidad o impredecibilidad del shock, encuentra que en la muestra de animales que reciben la misma corriente eléctrica en cuanto a duración e intensidad sufren de mayor grado de úlcera estomacal, de incremento de temperatura sanguínea, de niveles de corticosterona en sangre y mayor pérdida de peso. Otra fuente de estudios son las diferencias de género en las respuestas al trauma, a partir de las implicaciones neuroendocrinas (55).

Posteriormente, ya en la década de los 70, la mayoría de los estudios sobre TPET se realizan en veteranos de la guerra del Vietnam, Horowitz (56), desarrolla en 1979 un test para la medición de los síntomas evitativos e intrusivos en los veteranos de la Guerra del Vietnam, y aún a día de hoy su test de Impacto de un Acontecimiento (Even Impact) es uno de los más usados en el TPET por sus propiedades psicométricas. Kristal (57), ideó un cuestionario para medir la alexitimia (Alexithymia Provoked Response Questionnaire), y encontró que ésta era más común en pacientes con TPET que en deprimidos.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Con la introducción del DSM III de nuevo los estudios se centraron en el sistema neuroendocrino, y en los cambios producidos en pacientes con TPET (58), se comenzó a estudiar las respuestas bajo condiciones de estrés en animales y humanos, y se encontró que si bien la activación ante el estrés es algo adaptativo, elevaciones prolongadas podrían causar daño, principalmente en las regiones en las que existen una alta concentración de receptores corticoideos, como el hipocampo, lo que explicaría los volúmenes más bajos de hipocampo en pacientes con TPET, de esta manera una respuesta adaptativa podría convertirse en desadaptativa (59).

Durante los 80, muchos estudios se centran en cambios hormonales en pacientes supervivientes a TPET, así se encuentran elevados niveles de epinefrina, norepinefrina, cortisol, e incluso T3 total en estudios con supervivientes a situaciones traumáticas, que tratan de explicar los síntomas, las alteraciones neuroanatómicas encontradas y las diferencias de género (59).

La llegada de los 90 hace que los estudios se centren ya no tanto en supervivientes de conflictos armados, como en supervivientes a accidentes de tráfico, violaciones...se encontró que en la población estadounidense, existía un 6-7% de individuos, que incluso en periodo de paz tenían criterios de TPET (33).

Nuevos cuestionarios son introducidos, tratando de lograr mejores propiedades psicométricas para los estudios, así el The Intrusive Thought Questionnaire (60) se introduce para tratar de medir la sintomatología intrusiva, siendo validado en 3 poblaciones, supervivientes a un huracán, a un accidente de tráfico aéreo y a un accidente de tráfico, los autores encuentran mejores propiedades psicométricas que la Escala de Impacto de Acontecimientos.

Respecto a los estudios en niños, tomando como muestra a un grupo de adolescentes que habían estado secuestrados a punta de pistola en una escuela durante 2 horas, estrés agudo fue encontrado en todos los niños excepto en uno, los autores encontraron una mayor vulnerabilidad al estrés en pacientes de corta edad, y más posibilidades de desarrollar clínica ante una situación traumática. (61).

También en los 90 comienza a crecer la importancia de las situaciones traumáticas en otras disciplinas médicas, como cardiología, neurología, ginecología... (62), se comienza a ver enfermedades médicas como consecuencias de situaciones traumáticas, realizándose estudios de evolución en supervivientes de cáncer de mama, de infartos de miocardio, de traumas cerebrales, de distress respiratorio...

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Las influencias culturales en las habilidades de afrontamiento tras una situación traumática y el desarrollo de TPET han sido también estudiadas (63).

Por parte de autores españoles son especialmente conocidas las concepciones de Mira sobre las funciones de los psiquiatras en la guerra con soldados y con la población general y también la aplicación de la “Higiene Mental” en la misma. Para Mira la función de los psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas es vital en la guerra, resumiéndose en labores preventivas de salud (64)

Por otro lado, su concepción hacia la enfermedad mental, desde un modelo biopsicosocial, influyó en las concepciones sociales de su tiempo, para Mira, no podía haber un individuo sano en una sociedad enferma, por lo que destinó grandes esfuerzos a promover la salud mental desde el estado. Sus estudios observacionales sobre la guerra sirven de base para estructurar una función social y profiláctica de la psiquiatría dentro de la sociedad (65).

Las principales tareas que deben ser ejecutadas por los psiquiatras en opinión de Mira serían (64):

- I. - Ajuste de la población al esfuerzo de guerra, de acuerdo con su capacidad y su energía mental.
- II.- Profilaxis mental de la población militar y civil durante la guerra para mantener sus miembros adaptados a sus trabajos y para prevenir la depresión mental.
- III.- Cuidado apropiado de aquellos individuos o grupos que se tornen mentalmente enfermos o exhaustos a pesar de las medidas preventivas.
- IV.- Reajuste continuo de convalecientes mentales para prevenir recaídas.
- V. - Mantenimiento de una alta moral de guerra.

Por tanto Mira realiza una labor no solamente de estudio de las consecuencias bélicas en el combatiente, sino también trata de reorganizar las funciones de la salud mental en las contiendas bélicas, cara a la profilaxis del desarrollo de síntomas o enfermedades mentales que puedan desadaptar a la población civil o militar (65). Para

Mira el punto más importante que puede originar patología mental es la imprevisibilidad de la guerra, y lo que eso supone para el individuo (64).

Evolución del concepto de lo traumático través de las clasificaciones psiquiátricas:

-DSM I (1948): Se dividió las respuestas en civiles y militares, se consideraba solo la forma aguda, no existiendo la forma crónica, se las consideraba respuestas al estrés. Se pensaba en la etiología a partir de una predisposición premórbida, (esto explicaría que las respuestas no se diesen por igual en individuos en todos los individuos expuestos) (66).

-DSM II (1968): Perdieron importancia las reacciones al trauma, al igual que las repuestas al estrés, se las incluía en los “trastornos adaptativos de la vida adulta”, tampoco se consideraba la forma crónica (67).

-DSM III (1980): Se producen cambios, merced a los estudios sobre trauma tras la Guerra de Vietnam, se incluyen 5 elementos, 1)el evento debía ser algo reconocible, en la mayoría de los sujetos debía evocar sufrimiento, 2)el trauma debía volver a experimentarse al menos en un síntoma, 3)dos o más síntomas de paralización o pérdida de compromiso con el mundo, 4)al menos uno de otro grupo de cuatro síntomas (se requerían por lo tanto cuatro síntomas del total de 12), 5)no requería duración mínima de las manifestaciones, pero por primera vez se reconoce una forma aguda (menos de seis meses), una crónica (más de seis meses), y una retardada (68).

-DSM III-R (1987): en esta clasificación se elimina un síntoma (culpa) y se incluyen otros seis, amnesia psicógena, evitación de ideas y sentimientos asociados al trauma, sensación de acortamiento del futuro, irritabilidad e ira. Además dos características anteriores se dividen en 4, la intensificación de los síntomas por el recuerdo se divide en perturbación somática y psicológica, y el estado de hiperalerta o respuesta exagerada de sobresalto se consideran dos criterios (69).

-DSM IV (1992) (11): En esta categoría los síntomas intrusivos se mantuvieron como en el DSM III-R, añadiendo la hipersensibilidad fisiológica como recuerdo al trauma, en lugar de los criterios de paralización o evitación ahora se requieren ambos. Se introducen también los criterios agudo y crónico. Otra característica es que la manifestación tiene que producir un deterioro significativo en la vida del paciente. El estrés agudo se considera si la duración es de 2 a 4 semanas, considerándose que es

crónico si dura más de un mes. El diagnóstico supone tener que descartar una patología médica que lo explicase y otros trastornos psiquiátricos (11).

CLÍNICA Y TERAPEÚTICA DE LO TRAUMÁTICO

Manifestaciones clínicas de lo traumático. Reacción aguda ante gran estrés y TPET.

La patología que aparece después de experimentar una situación traumática que origina un malestar y una serie de síntomas posteriores es llamada Trastorno por Estrés Traumático (TPET, o PTSD, “Posttraumatic Stress Disorder” en inglés).

Existen diferencias en las clasificaciones europeas (CIE 10) y americanas (DSM IV) respecto a esta patología, así, si observamos los criterios diagnósticos para ambas patologías, observamos que:

--*Criterios DSM IV (11):*

A La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático (en el que existen 1 y 2).

1. La persona ha experimentado, presenciado, o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o las de los demás.
2. La persona ha respondido con temor, una desesperanza o un horror intensos. (En los niños estas respuestas pueden experimentarse mediante comportamiento desorganizado o agitados).

B. El acontecimiento traumático es experimentado persistentemente (a través de uno o más de estos síntomas).

1. Gran malestar y síntomas intrusivos, entre los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. (En los niños esto puede experimentarse mediante juegos repetitivos, donde aparecen temas o aspectos en relación al trauma).
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que provoca malestar. (En los niños puede haber sueños terroríficos, de contenido irreconocible).
3. El individuo tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (lo que incluye la sensación de que está reviviendo la experiencia,

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluidos los que aparecen al despertarse o intoxicarse). (En los niños pequeños puede reescenificarse el acontecimiento traumático específico).

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan al acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad del individuo (3 ó más de los siguientes síntomas).

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Reducción del interés o la participación en actividades significativas.
3. Sensación de desapego o enajenación ante los demás.
4. Restricción de la vida afectiva (Ej. Incapacidad para tener sentimientos de amor).
5. Sensación de futuro desolador (Ej. No esperar obtener un empleo, fracasar en formar una familia, en definitiva, una vida normal).

D. Síntomas persistentes de un aumento de la actividad arousal (ausentes antes del trauma), como indican 2 ó más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad, o ataques de ira.
3. Dificultades para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios A, B y C) se prolongan durante más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la vida del individuo.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Especificar: Agudo, si los síntomas duran menos de 3 meses, crónico, si los síntomas se prolongan más de 3 meses, de inicio demorado, entre el acontecimiento y la aparición de los síntomas han pasado 6 meses.

Sin embargo, si atendemos a la clasificación europea, CIE 10, los criterios diagnósticos para el Trastorno de estrés post-traumático serían (31):

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reminiscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una

pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (ver F62.0).

Pautas para el diagnóstico

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Incluye: Neurosis traumática.

Evidentemente, aunque las reacciones agudas ante estrés y el TPET son las patologías psiquiátricas más típicas pueden aparecer asociadas o no otro tipo de patologías, como pueden ser cuadros afectivos, ansiosos, trastorno por ansiedad generalizada, TOC, episodios psicóticos, o patología asociada al consumo de sustancias, especialmente alcohol aunque también otros tóxicos, seguramente desde una estrategia maladaptada de coping. No hay que olvidar que las situaciones traumáticas no dejan de ser situaciones de gran estrés, y que los intentos de adaptación del individuo ante ellos pueden desembocar en un grupo muy amplio de enfermedades psiquiátricas, que a su vez influyen en la calidad de vida, y en la adaptación social, laboral y familiar. Esto perpetúa en ocasiones los síntomas o modificándolos, por ejemplo, un paciente que tras una situación traumática desarrolle sintomatología de estrés agudo, con predominio de ansiedad, puede que más adelante vaya cediendo su ansiedad, para manifestar sintomatología predominantemente afectiva. Por ello las situaciones traumáticas pueden desembocar en enfermedades psiquiátricas diversas

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

(70). Entre las que puede haber comorbilidad o bien presentarse en diferentes momentos, o puede que el individuo presente síntomas diversos, sin llegar a tener criterios de ninguna enfermedad psiquiátrica concreta, teniendo síntomas de ansiedad, afectivas y además habiendo incrementado el consumo de alcohol.

Instrumentos de diagnóstico y escalas para el diagnóstico de TPET:

El diagnóstico de TPET puede ser realizado a través de diferentes escalas diagnósticas, en concreto en España no todas están validadas, el crecimiento en importancia y el interés científico por esta patología ha hecho que en los últimos años surjan cada vez más tipos de escalas de evaluación y diagnóstico, la mayoría de las que se encuentran validadas tienen como función el diagnóstico, aunque también las hay de cribaje, la forma de aplicación más frecuente es la de la entrevista, aunque también existen escalas autoaplicables por el paciente. Este es un resumen de las principales escalas validadas en España (71).

Instrumento	Autor/año	Tipo de instrumento	Modo de administración	Propiedades evaluadas
Cuestionario para experiencias traumáticas TQ	Davidson 1990	Cribaje	Entrevista autoaplicada	Validez
CAPS-DX	Blake 1990	Diagnóstico	Entrevista	Fiabilidad y validez
Escala de trauma de Davidson	Zlotnick 1996	Evaluación (evalúa gravedad de síntomas)	Autoaplicado	Fiabilidad, validez, sensibilidad al cambio
TOP-8	Davidson 1997	Evaluación (evalúa gravedad de síntomas)	Entrevista	Validez, sensibilidad al cambio
Índice global DGRP	Davidson 1995	Evaluación de cambios (evalúa cambios en gravedad de componentes de síntomas)	Entrevista	Se desconoce

Cuestionario para experiencias traumáticas TQ: Es una escala con un diseño inicial para ser realizada mediante entrevista clínica al paciente, aunque más adelante se ha comenzado a usar de manera autoaplicable (72), en un principio fue diseñado para screening, más que para diagnóstico (72), está formada por 46 ítems, 19 de los cuales exploran la presencia de hechos traumáticos en la vida del paciente, su duración y el momento en el que se produjeron y 27 sobre los síntomas del hecho traumático más desagradable en opinión del paciente. Hasta el momento solo ha demostrado validez, aunque no fiabilidad.

CAPS-DX (escala para la evaluación de TPET según los criterios DSM IV, Clinician Administered PTSD Scales-Diagnostic): Escala adaptada en España a partir de la original (73), su objetivo es el diagnóstico de TPET según los criterios DSM IV y la cuantificación de los síntomas. Consta de 3 partes, la primera es una lista de situaciones traumáticas, y pide al paciente si ha tenido contacto con ella (me ocurrió, fui testigo, me enteré de ello, no estoy seguro, no se aplica), si en alguno de los ítems el paciente ha sido testigo se debe explorar la presencia de síntomas de TPET, para ver si cumple los criterios de TPET según el DSM IV, hay 2 ítems que son abiertos, es decir, se explora cualquier situación que se pueda considerar traumática para el paciente, aunque no esté en la lista. En el caso de que se cumpla el criterio A el resto de la entrevista se centra en ese acontecimiento traumático, estudiándose si cumple los criterios B, C o D del TPET según el DSM IV, posteriormente se estudian también si cumple los criterios E y F según el DSM IV. Solo se considera el diagnóstico si se cumplen los 6 criterios agnósticos, de la A la F. Finalmente se realiza la valoración global, validez, severidad y mejoría, así como la presencia de otros síntomas (despersonalización, desrealización, sentimientos de culpa...).

Escala de trauma Davidson: Diseñada para ser autoaplicada por el paciente, evalúa la frecuencia y gravedad de los síntomas por el TPET (74), son 17 ítems, que evalúan la frecuencia y gravedad de síntomas agrupados en categorías, según criterios del DSM IV para este trastorno. Ha demostrado tener validez, fiabilidad y sensibilidad, al cambio clínico que se asocia al tratamiento, por lo tanto sirve para poder ver la evolución del trastorno (74).

Escala de valoración de resultados de tratamiento de trastorno por estrés traumático TOP-8: Se utiliza realizada por un clínico, mediante entrevista, evalúa la gravedad de los síntomas asociados a la presencia del trastorno. Ha demostrado poseer una adecuada validez, sensibilidad y sensibilidad al cambio (75).

Índice Global Duke para el TPET (DGRP): Tiene que ser administrada por un clínico, evalúa los cambios en la gravedad del trastorno por estrés traumático, asociados a un tratamiento. Costa de 4 ítems que cuantifican el cambio en la gravedad en los 4 tipos de síntomas. No se conoce con exactitud sus propiedades psicométricas (76).

Las bases fisiológicas de lo traumático:

Un importante número de estructuras cerebrales están en relación con las respuestas a estrés, y por tanto con las vivencias traumáticas, además un número elevado de neurotransmisores, hormonas y neuropéptidos también se han relacionado con ello, lo que da una idea de la complejidad en el funcionamiento y la regulación de las reacciones de estrés, y que se van a ver implicadas en las respuestas ante las situaciones ansiógenas como lo son las traumáticas, ya sea a través de las respuestas motoras (volitivas), como de las reacciones fisiológicas.

De esta manera cuando hablamos de la respuesta al estrés estamos refiriéndonos a una respuesta que podemos definir como fisiológica, en el sentido de que está mediada a través de numerosas estructuras de nuestro organismo, que van a actuar cuando se den una serie de condiciones, y que además es una respuesta universal, en cuanto a que todos los seres humanos la van a producir cuando se produzca la vivencia.

Es por ello que tiene sentido entender en primer lugar cuáles van a ser las estructuras y sustancias que intervienen en la respuesta porque es algo que vamos a poder observar en todos los humanos en principio, es decir, es una respuesta fisiológica que cualquier ser humano produciría en una situación de estrés, y por otro lado, en todos los humanos vamos a ver las mismas hormonas, neurotransmisores, neuropéptidos, áreas cerebrales y órganos actuando ante dicha situación con un objetivo común, preparar, adaptar y facilitar la respuesta del humano ante dicha situación, con un fin, en principio adaptativo.

No hay que olvidar que la respuesta al estrés es fisiológica, se produce en todos los seres humanos (también por supuesto en modelos animales, aunque mediado por otras estructuras y sustancias), que tiene un fin adaptativo, y que en principio hay que considerar como una respuesta de cualquier ser vivo ante una situación amenazante. Ahora bien, dado que es una respuesta que se da en cualquier ser humano, en el momento en el que se produzca una situación concreta de estrés, podemos esperar que

lo que consiga dicha respuesta no sea algo adaptativo siempre, al menos en un principio, sino que pueda producir un cortejo sintomático (a partir de la actuación de dichas sustancias), que supere los mecanismos de adaptación y pueda producir una clínica (principalmente sintomatología ansiosa), que lejos de facilitar la adaptación del individuo, produzca una enfermedad o cuando menos un sufrimiento.

La elevada prevalencia por tanto de patologías en relación a situaciones de estrés es comprensible por ello, al ser una respuesta universal.

Estas son las diferentes sustancias implicadas en la respuesta a estrés, y lo que a día de hoy se conoce como las nuevas hipótesis sobre su función en las diferentes áreas cerebrales:

1. *Cortisol y Dehidroepiandrosterona*: El Cortisol se sintetiza ante situaciones de estrés. El cortisol contribuye a movilizar las reservas energéticas, a focalizar la atención, a que el organismo esté en tensión. Además, también actúa sobre la amígdala, el hipocampo y el cortex prefrontal, realizando una función reguladora, estimula el hipocampo, facilitando la producción de CRH, que media en las respuestas ante estrés y miedo, de hecho el hipocampo media en la memoria emocional asociada a los recuerdos (cuando por ejemplo olemos una colonia que nos recuerda a alguien y nos induce una emoción de miedo, tristeza, alegría...), también el hipocampo actúa en la respuesta ante el miedo (77,78). De esta forma el cortisol facilita determinadas conductas adaptativas que se producen durante una situación de estrés aguda o las vivencias traumatizadoras.

Otra hormona con actuación en las situaciones de estrés-miedo es la Dehidroepiandrosterona (DHEA), se secreta según las concentraciones de ACTH, de forma episódica y sincronizada al cortisol. La DHEA media a nivel periférico, activando el flujo sanguíneo cerebral, en algunas investigaciones se la relaciona con el comportamiento y especialmente con la cognición. Por ejemplo la DHEA se ha correlacionado negativamente en la depresión, mencionándose como un antidepresivo (79,80), también se ha relacionado con el comportamiento a través de su efecto antiglucocorticoideo, sobre los receptores GABA y NMDA (79).

También la DHEA, sobre el hipocampo interfiere en los receptores glucocorticoideos, lo que puede conferir neuroprotección, al mismo tiempo que inhibe la activación prolongada de neuronas del hipocampo. Por lo tanto

elevaciones en la DHEA se asocia a menor riesgo de clínica depresiva, habiéndose estudiado como una hormona protectora (79).

2.- *CRH*: Es quizás la hormona más importante en la respuesta fisiológica al estrés. Actúa en los cambios psicológicos y conductuales adaptativos que ocurren durante el estrés agudo, la CRH es la activadora del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. Además de esta acción periférica actúa a nivel de SNC en el cortex prefrontal, la amígdala, el núcleo accumbens, como mediadora noradrenérgica y en los núcleos del rafe dorsal como mediador serotoninérgicos (80). Los niveles elevados de CRH se encuentran en niños con traumas precoces y se ha asociado a depresión mayor y TPET (81). La resiliencia o aprendizaje postraumático podría estar por tanto a nivel neurobiológico en relación con la capacidad para reducir los niveles de CRH. Existen 2 tipos de receptores de la hormona CRH (CRH1 y CRH2), con diferentes localizaciones y diferentes funciones, la activación de los receptores CRH1 significarían una respuesta de estrés, mientras que la activación de los receptores CRH2 tendrían una función ansiolítica, la regulación de estos 2 receptores tiene una función vital en el estrés agudo (82), sin embargo el mayor problema para la investigación a tales efectos es que no es posible evaluar en humanos la actuación de los 2 receptores, a pesar del uso de técnicas como la de sintetizar ligandos de ambos receptores para observar su actuación con el PET (82).

3.-*Locus coeruleus* y *NA*:

Las situaciones de estrés estimulan la actuación del locus coeruleus, que produce la secreción de NA, actuando esta en SNC en amígdala, hipocampo y cortex prefrontal, además a nivel periférico el locus coeruleus también se activa en numerosas situaciones (hipoglucemia, disminución de la tensión arterial...), en el momento que se produce su activación actúa como un sistema de alarma para el organismo. Además la activación del locus coeruleus actúa en el eje Hipotálamo-hipofisario-adrenal, inhibiendo al mismo tiempo respuestas como el apetito y el sueño (83). En el cortex prefrontal produce una inhibición y favorece los comportamientos más instintivos frente a la cognición más elaborada. La activación prolongada del locus coeruleus se asocia a las memorias intrusitas, a la ansiedad crónica y al miedo. En pacientes con diagnósticos de TPET, depresión y ansiedad crónica se ha comprobado esta activación del locus coeruleus (83,84).

Otro hallazgo es la asociación de clínica afectiva con disminución en la síntesis de NA, con una excesiva acción de la enzima tiroxina hidroxilasa (el enzima que produce una inhibición de la síntesis), por déficits en los receptores de NA o sus transportadores en el locus coeruleus (84), también las altas concentraciones del receptor alfa adrenérgico en el locus coeruleus también se ha asociado a clínica depresiva. (85). La asociación entre la NA, la clínica afectiva y la ansiedad parece estar marcada por los subtipos de receptores adrenérgicos, en concreto los subtipos alfa 2a, que parece ser protector y por el alfa 2c, que parece que se asocia a la clínica ansiosa y afectiva, por ejemplo, en las situaciones de estrés mantenidas se produce una reducción de las concentraciones de los receptores alfa 2a. Ante una situación de estrés se producirá una liberación de adrenalina y NA, para preparar al organismo ante dicha situación, pero si la respuesta es excesiva es cuando se puede producir la clínica de TPET (hiperexcitación, memorias intrusitas...) (84).

4.-Neuropéptido Y: Realiza una función ansiolítica, se han encontrado áreas con altas concentraciones del Neuropéptido Y en el locus coeruleus, el núcleo paraventricular del hipotálamo, neuronas del septo hipocampal, en los núcleos del tracto solitario al igual que concentraciones de receptores menores en el hipocampo, cortex cerebral, tálamo y ganglios basales. La inyección de neuropéptido Y en la amígdala reduce la ansiedad, la regulación al alta del Neuropéptido Y en las situaciones de estrés crónico parece que median en la adaptación a este (86). Sus efectos por tanto son inversos a los de la CRH, y parece que son las 2 caras de la respuesta al estrés, efectivamente, en las zonas donde existen receptores para CRH también existen para Neuropéptido Y (87), ambos realizan acciones opuestas, especialmente a nivel de locus coeruleus (88), amígdala (89) y sustancia gris periacueductal (90).

El neuropéptido Y según todo ello podría asociarse también a la resiliencia y su mecanismo psicobiológico. Niveles reducidos de Neuropéptido Y se han encontrado en consumidores de tóxicos (91), pacientes deprimidos y en pacientes con TPET (92). La liberación del Neuropéptido Y va asociado a la liberación de NA, de forma que cuando se produce una situación de estrés crónica a la par que se libera NA se libera el Neuropéptido Y, lo que produce una regulación a la baja de la NA, manteniendo una respuesta adecuada a la situación ansiógena. De esta manera fármacos alfa adrenérgicos o

betabloqueantes podrían tener un papel preventivo, en pacientes con vulnerabilidad para el desarrollo de sintomatología ansioso-depresiva o como mecanismo favorecedor de la resiliencia.

4.- *Galanina*: Es un neuropéptido, que se ha asociado a diversas funciones como el aprendizaje, la memoria, la alimentación y recientemente con la ansiedad (93), actúa sobre el locus coeruleus, produciendo una inhibición de la producción noradrenérgica, a través de autoreceptor (93). Se ha encontrado que la galanina modula en ratas la respuesta al estrés, la administración de galanina y su aumento de expresión en el hipocampo actúan en déficits en el condicionamiento al miedo (94). Hasta el momento no se ha estudiado la actuación de la galanina en las vivencias traumáticas, pero si existen líneas de investigación en fármacos con efecto ansiolítico.

5.- *Dopamina*: Las situaciones de estrés favorecen la producción de dopamina en el cortex medial prefrontal y lo inhiben en el núcleo accumbens (95), se ha sugerido además que la excesiva activación en situaciones de estrés del sistema mesocortical dopaminérgico tiene un componente genético (96). Contrariamente, lesiones en neuronas del cortex medial prefrontal favorecen la respuesta prolongada en el tiempo de una reacción ante estrés agudo, algo parecido a lo que ocurre en el TPET, estudios han encontrado en orina concentraciones altas de Dopamina en pacientes con TPET (96).

La Dopamina es la mediadora en el sistema de recompensa-castigo. La amígdala, junto con el cortex prefrontal, el núcleo accumbens y el núcleo de la estria terminal son las estructuras que median en el sistema de recompensa, así como en su fortaleza y su activación, su complejidad se basa en que está mediado su funcionamiento por la Dopamina, receptores dopaminérgicos, NMDA y el glutamato. Una de las hipótesis para el desarrollo de TPET y clínica depresiva tendría que ver con una alteración de este sistema, lo que llevaría a alteraciones en el comportamiento, que dejaría de buscar el refuerzo o la recompensa (lo que se asociaría a visión negativa de uno mismo o del futuro, y a la anhedonia), esta hipótesis se ha comprobado cuando se produce una mejoría de la clínica en individuos deprimidos a los que se les administra metilfenidato (95). De esta manera los individuos con resiliencia han sido propuestos como aquellos que tienen un sistema de recompensa-castigo fortalecido, que funciona igualmente bien en situaciones de estrés y las

vivencias traumáticas, lo que facilitaría el optimismo y la visión positiva de uno mismo y el futuro incluso en las situaciones de estrés (97).

6.-Serotonina: Los receptores de serotonina están en repartidos por diferentes zonas en el SNC, según que receptores sean activados se producirá una respuesta ansiolítica o ansiógena. Los receptores 5HT1A, presentes en la amígdala, hipocampo y núcleos del rafe, realizan un efecto ansiolítico al ser activado, en recién nacidos el déficit de estos receptores se ha asociado a ansiedad crónica (98), se ha encontrado una disminución así mismo de receptores 5HT1A en pacientes con ataques de pánico (99) y deprimidos, aunque en estos últimos los niveles se restablecen cuando el cuadro remite (100). Por otro lado, es conocido, que individuos que puedan tener una baja ingesta de triptófano, aminoácido precursor en la síntesis de serotonina, pueden desarrollar síntomas depresivos, debido a las bajas concentraciones de serotonina. Resulta curioso que la disminución de las concentraciones de triptófano provoca síntomas depresivos solo en individuos con vulnerabilidad para ello (en cuanto a historia familiar de depresión o cuadros depresivos previos), pero no en individuos que nunca hayan estado deprimidos, las bajas concentraciones de triptófano, y por ello el déficit serotoninérgico pueden provocar clínica depresiva, como dificultades en la adquisición de información, dificultad para la concentración y la atención y baja respuesta ante estímulos positivos (100). Además como ya hemos comentado el receptor 5HT1A parece tener un papel importante en el manejo de la ansiedad, habiéndose asociado polimorfismo variables de este receptor en pacientes con clínica ansiosa (98). Además parece que el estrés crónico se asocia a reducción de estos receptores, que puede ser evitado mediante adrenalectomía, por lo que podrían estar afectados por una reducción a la baja por parte de las hormonas adrenales (99), que aumentan en las situaciones de estrés. El transportador de serotonina también se ha asociado a clínica depresiva, especialmente cuando existen concentraciones reducidas, habiéndose hallado en exámenes postmortem de pacientes deprimidos o que se habían suicidado bajas concentraciones del transportador (101).

Con estos hallazgos, parece que tanto los déficits en el sistema serotoninérgico (ya sea en las concentraciones, receptores o transportadores), junto con las situaciones de estrés crónico o traumáticas, pueden influir en una regulación a

la baja y jugar un papel importante en los cuadros depresivos. En esta línea, el fenómeno de indefensión aprendida, que se observa cuando a un animal se le expone a una situación de estrés crónico, de la que no puede escapar, y que acaba haciendo que el individuo no muestre conducta alguna, para huir de ella, tras un tiempo expuesto, estaría en relación con esta disminución de los receptores 5HT1A y podría en algunos casos evitarse si se administran en las fases previas o posteriores al estímulo ISRS.

7.-Receptores benzodiazepínicos: Los receptores de benzodiazepinas se encuentran repartidos en numerosas áreas del SNC, sin embargo, en modelos animales, cuando un animal es expuesto a situaciones de estrés prolongado se producen cambios conductuales, como un incremento del miedo, la ansiedad y evitación de situaciones nuevas. Existen estudios que muestran en estas situaciones una disminución de los receptores en el cortex, y algunos no congruentes que encuentran también disminución de estos receptores en el hipocampo, aunque no se ha visto este descenso en el número de receptores benzodiazepínicos en cerebelo, tálamo, núcleos estriados o cortex occipital (102,103). En pacientes con TPET o que han sufrido experiencias traumáticas se ha visto una disminución a nivel cortical y subcortical de estos receptores, al igual que en pacientes con crisis de angustia (104), esto implicaría una regulación a la baja de receptores benzodiazepínicos tras la exposición a estímulos estresantes, o de otra forma, que la existencia previa de niveles menores de receptores benzodiazepínicos es un factor predisponente para el desarrollo de TPET.

8.-Esteroides gonadales: La testosterona es una hormona que se ha implicado en las situaciones de estrés, por ejemplo la conducta violenta se asocia a niveles elevados de testosterona en numerosos estudios (105,106), en primates por ejemplo los niveles de testosterona se correlacionan con el rango dentro del grupo, y los niveles bajos se correlacionan con comportamiento sumiso (106). En humanos, la tendencia a dominar situaciones de competitividad, y a la conducta de éxito se asocia a elevados niveles de testosterona (107). En reclusos violentos dentro de las prisiones también se han hallado estos niveles elevados de testosterona (108). Por el contrario, situaciones de estrés se relacionan con disminución de los niveles de testosterona (109). También se conoce que en hombres con hipogonadismo tienen cuadros depresivos con

cierta frecuencia, que remontan con terapia hormonal sustitutiva (109), también puede ser útil la administración de testosterona en pacientes con cuadros de estrés crónico que tengan bajos niveles de testosterona, de cara a la remisión o la mejoría clínica (110).

9.-Estrógenos: Existen numerosos estudios demostrando las diferencias que marcan el género en las situaciones de estrés. Hasta el momento no se conoce el papel de los estrógenos en la génesis y la fisiopatología del TPET, pero sí se sabe que niveles elevados de estrógenos tras una situación de estrés son beneficiosos al descender los niveles de noradrenalina e inhibir el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. Sin embargo a largo plazo, estas elevaciones parecen perjudiciales, porque provocan una reducción de los receptores serotoninérgicos 5HT1A (111).

Tras esto se ve como la respuesta de regulación ante el estrés está mediada por numerosas sustancias, que se regulan entre sí y están íntimamente relacionadas, de esta forma, individuos con una función elevada de galanina, neuropéptido Y, receptores benzodiazepínicos, testosterona y receptores serotoninérgicos 5HT1A estarán más preparados para la adaptación y la superación de situaciones traumáticas y de estrés, así como menos posibilidades de desarrollar TPET, lo contrario que ocurriría en individuos con niveles altos de activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, del funcionamiento del locus coeruleus (y noradrenalina por ello) y de a CRH. Si bien habría que incluir también otros mediadores como el glutamato, la sustancia P...

Respecto a la resiliencia son muchas las capacidades que se han relacionado con la capacidad de aprendizaje postraumático, y por tanto de la superación de situaciones adversas o de estrés. Entre las cualidades que se han destacado como favorecedores de la adaptación estarían un buen nivel intelectual, capacidad de autorregulación de las emociones, comportamientos de apego, un buen autoconcepto, el optimismo, el altruismo y los estilos de coping ante las situaciones traumáticas (112). El cómo determinados mecanismos que indican una buena respuesta ante el miedo y el estrés son regulados, ya sean, motivación, aprendizaje, respuesta eficaz ante el miedo, o comportamientos sociales (altruismo, cooperación, trabajo en equipo) son capacidades que determinarán la capacidad de resiliencia.

Por ejemplo los individuos con buenas capacidades de resiliencia demuestran niveles de ánimo estables, dentro de la eutimia, a pesar de vivir situaciones de gran estrés, pudiendo así mantener estable su autoestima, optimismo, esperanza. El sistema dopaminérgico mesolímbico es el mediador que actúa en la motivación y recompensa, a través de su mediación en otras estructuras como son el núcleo accumbens, la amígdala y el cortex medial prefrontal.

La capacidad de resiliencia a nivel fisiológico sería la que tiene que ver con la capacidad para facilitar la extinción de las conductas evitativas ante estímulos que rememoran la situación traumática y la reestructuración de la memoria afectiva. El miedo condicionado pasa por generalizar una conducta asociada a la situación traumática a un número más elevado de estímulos, que en condiciones normales (si no se hubiese producido la situación traumática, no remedaría a ésta), de esta forma se produce una generalización de la conducta de miedo a situaciones y vivencias de la vida cotidiana. Esto es mediado principalmente a través de la amígdala.

Otro factor importante es la memoria de consolidación que se produce tras una vivencia traumática, que está mediada principalmente por la CRH, el cortisol y la noradrenalina, mediando también a través de la amígdala (núcleo lateral), y desde aquí mediante proyecciones en el cortex (área entorrinal).

La reconsolidación es un proceso en el que una memoria traumática vuelve a reactivarse tras un estímulo que lo activa, produciendo también una activación emocional asociado al recuerdo (en este caso traumático), se conoce que este proceso se estructura a través de la amígdala, y que los receptores de NMDA tienen un papel clave, por lo que una de las implicaciones terapéuticas que se hipotetiza pasaría por la administración de antagonistas de receptores de NMDA, tras una experiencia traumática, para disminuir la consolidación de la memoria, reduciendo las implicaciones clínicas (113).

La extinción se produce cuando en repetidas ocasiones se presenta el estímulo condicionado sin que vaya asociado del estímulo incondicionado. El proceso de extinción es a nivel fisiológico muy similar al de la adquisición del miedo, en cuanto a que participan estructuras muy similares, en la extinción es vital la activación de los receptores de NMDA por el glutamato, también canales de calcio voltaje dependientes participan en el proceso, del mismo modo, puede ser alterado por diferentes neurotransmisores, como el GABA, la noradrenalina, la dopamina, que funcionan de manera similar a los procesos de adquisición del miedo condicionado (114). Por otro

lado, daños en el cortex medial prefrontal, producen una imposibilidad para que se produzca la extinción, por lo que parece que esta zona cerebral juega también un papel esencial en el proceso (115), la capacidad del cortex prefrontal para mediar en este proceso se produce mediado a través de las proyecciones que salen hacia la amígdala.

Si existen alteraciones en este proceso o en las proyecciones hacia la amígdala se produce un déficit en la capacidad de extinción, lo que llevaría a respuestas persistentes de comportamientos asociados al miedo y estrés, sin que pueda funcionar la extinción. De esta forma en pacientes con TPET se produce una disminución en la activación desde el cortex prefrontal medial de la amígdala durante el proceso de extinción, lo que hace que se perpetúe la conducta de miedo.

Una vez conocidos las estructuras, hormonas, neurotransmisores y demás sustancias que median la respuesta al estrés, y que acaban interviniendo, tanto en la adaptación a la enfermedad como en su génesis, se comprende mejor las elevadas tasas de estrés agudo y estrés postraumático ante determinadas circunstancias. Estamos hablando de una respuesta fisiológica, que se da en todos los individuos, lo mismo que la secreción de ADH en el túbulo distal del glomérulo cuando un hombre está deshidratado, es una respuesta que tiene como fin la adaptación ante una situación estresante, pero en muchas ocasiones el pasar de lo adaptativo a lo patológico está muy cercano, y si hablamos en una respuesta, que es siempre la misma en todos los individuos ante una situación de estrés, es lógico pensar que en algunos de estos individuos la respuesta supere, bien en cuanto a intensidad, o en cuanto a que se generalice (a partir de un hecho traumático y no se dé solo en situaciones estresantes, sino en situaciones que no lo sean), y por tanto que pueda pasar de ser adaptativa a ser una respuesta exagerada que deje de serlo, produciendo en estos casos enfermedad.

Esto es mucho más comprensible cuando se ve que la respuesta es igual en todos los individuos, y que todos estamos expuestos, tanto a poder vivir situaciones estresantes o traumáticas, como a que esta respuesta al estrés sobrepase los límites de lo adaptativo para convertirse en algo patológico. Por ello, entendiendo esta respuesta como algo que en principio es adaptativo y fisiológico, podemos entender las elevadas tasas de respuesta patológica que arrojan.

Por un lado la misma respuesta con los mismos protagonistas se da en todos los individuos, lo que facilita que algunos de ellos tengan una respuesta exagerada, lejos de lo adaptativo, siendo por ello una patología prevalente. No hablamos de una respuesta

patológica, sino de cómo una respuesta adaptativa, supera estos límites convirtiéndose en algo desadaptativo y que produce sufrimiento. De aquí el siguiente paso sería ver por qué hay individuos que realizan una respuesta desadaptativa al estrés, que en principio tendría que ver con el propio individuo, la situación vivida en concreto, y lo que haga el individuo tras haber vivido esa situación.

Por tanto tiene sentido entender los mecanismos fisiológicos que intervienen porque serán los mismos en individuos con una respuesta normal, adaptativa y fisiológica, que en los que tengan una respuesta patológica, desadaptativa, pero también fisiológica, ya que los mediadores son los mismos, tanto química como anatómicamente, por ello es más sencillo entender porqué los individuos sintomáticos son un número importante y porqué la sintomatología tanto de los que no desarrollarán enfermedad como de los que sí puede ser muy similar en un principio, marcando la diferencia la intensidad y la duración.

Finalmente el conocimiento de los mediadores químico-anatómicos proporciona nuevas bases de cara a la terapéutica, especialmente farmacológica.

Estrategias farmacológicas en la clínica de lo traumático:

Son numerosos los fármacos que se han utilizado para el tratamiento de pacientes con sintomatología clínica tras vivencias traumática, ya sea o no con diagnóstico de TPET, desde su incursión en las clasificaciones psiquiátricas, los terapeutas han tratado de mejorar la sintomatología clínica de estos pacientes a través no solo de psicoterapia sino de tratamientos farmacológicos, tratando de mejorar la clínica en los cuatro campos en los que esta predomina (sintomatología evitativa, hiperexcitación, fenómenos intrusivos tipo flashbacks, embotamiento), dentro este apartado se realiza un resumen a día de hoy de las estrategias farmacológicas más utilizadas en estos pacientes:

Antidepresivos: Son los fármacos más utilizados, y los que según la literatura científica son el tratamiento de elección para el TPET o clínica en relación a vivencias traumáticas.

a) Antidepresivos tricíclicos e IMAOs: Son los primeros fármacos utilizados en el tratamiento del TPET, en principio su efecto antipánico se pensó podría ser útil para tratar la sintomatología ansiosa asociada a la patología, existen estudios con muestras pequeñas que señalan a la imipramina como un antidepresivos con eficacia modesta en

pacientes con TPET (116) y a la desipramina con efectos moderados (117). De cualquier manera no se ha encontrado que estos fármacos produzcan mejoría en la clínica evitativa o el embotamiento emocional, lo que unido a la mayor carga de efectos secundarios, ha llevado a que no sean muy utilizados.

b) IMAOs: Son un tipo de antidepresivos cuyo uso ha ido disminuyendo debido a las complicaciones en sus interacciones, y a las restricciones dietéticas que conllevan. De cualquier forma, la fenelcina ha demostrado en una revisión mayor eficacia que los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento del TPET (118), en la revisión el 82% de los pacientes con TPET mejoraban al ser tratados con fenelcina, por tan solo el 45% de los tratados con tricíclicos. Otro antidepresivo tipo IMAO, la moclobemida (inhibidor reversible de la MAO), demostró ser eficaz en la sintomatología traumática (119).

c) ISRS: Sus cualidades como fármaco antipánico, y para el control de la impulsividad, a través de la acción de la serotonina y sobre la noradrenalina en el locus coeruleus, ha hecho que sean los fármacos más utilizados. Se han realizado estudios clínicos sobre todos los ISRS, con Sertralina (120,121,122), Paroxetina (123), Fluvoxamina (124), Fluoxetina (125) y Citalopram (126), que han convertido a los ISRS en el tratamiento de elección para el TPET y la clínica tras vivencias traumáticas. Paroxetina y Sertralina son quizás los que más evidencias han recogido a su favor a través de estudios clínicos. En esta línea Sertralina y Paroxetina han recibido la aprobación para el tratamiento en el TPET por la FDA, existen 2 estudios multicéntricos con Sertralina (120,121), en ambos estudios se ha demostrado la eficacia en el tratamiento, el global de los estudios trata a 395 civiles con diagnóstico de TPET, consiguiendo mejorías estadísticamente significativas en los tres clústeres de la patología, de esta manera se definió en los estudios respuesta como una mejoría mayor del 30% en la escala de PTET (CAPS 2), y una respuesta de “mejor” o “mucho mejor” en la CGI, con estos criterios el 53% y el 60% de los pacientes refirieron mejoría por un 32 y un 38% con el placebo. En ambos estudios se encontró una mayor mejoría para las mujeres que para los hombres, si bien, estas diferencias por género no se han encontrado en otros estudios.

Una curiosa respuesta es que los veteranos de guerra con diagnóstico de TPET no respondieron a los ISRS, entre las posibles explicaciones se encuentra que pueda

existir una mayor gravedad clínica, o bien motivos rentistas, dependientes de la pensión que pudiesen recibir, que desaparecería en el caso de la remisión clínica (125). En la mayoría de los estudios que se han realizado, el tiempo medio de tratamiento es de 12 semanas, si bien, los efectos pueden verse entre las 4 y las 6 semanas de tratamiento, existen 2 estudios centrados en el tiempo de tratamiento, que muestran que a mayor tiempo de tratamiento mayor eficacia clínica. En dicho estudio se utiliza la misma muestra de pacientes que habían sido tratados con Sertralina en el estudio de Davidson (121), continuando con el tratamiento hasta los 6 meses, los resultados muestran que el 58% de los pacientes que en el primer estudio a 6 semanas eran no respondedores responden cuando se mantiene el tratamiento durante 6 meses. Estos resultados hablan a favor de mantener la terapia con Sertralina durante este tiempo, al tiempo que recalca el riesgo de recaída cuando se abandona el fármaco, sobre todo durante los dos primeros meses.

d) Antidepresivos noveles: La Nefazodona y la Trazodona son antidepresivos con un efecto alfa 1 adrenérgico, en un estudio con 109 pacientes la Nefazodona demostró ser eficaz en la reducción de pesadillas (127). Al igual que en los estudios con ISRS se demostró mayor eficacia para pacientes civiles con TPET o clínica tras vivencias traumáticas, que para TPET en militares.

La Nefazodona demostró ser especialmente eficaz en los trastornos de sueño, en otro estudio la Nefazodona demostró elevar el número de horas de sueño y además reducía el número de pesadillas en pacientes con TPET crónico. (128).

Por otro lado la Trazodona no ha demostrado ser eficaz en el TPET o en la sintomatología clínica tras trauma, por el momento (129), sin embargo sí tiene utilidad para tratar los problemas de sueño que dan en ocasiones los ISRS, la combinación de un ISRS junto a Trazodona es una combinación útil.

Respecto a la Venlafaxina, existe un estudio, en el que se le compara con Sertralina y Paroxetina, (130), en el estudio los pacientes con Venlafaxina tuvieron respuestas parciales al tratamiento, si bien el índice de abandonos fue mayor que para Sertralina y Paroxetina, y las respuestas fueron menores.

La Mirtazapina es un antidepresivo que ha demostrado resultados prometedores, especialmente en aquellos casos de TPET que cursan con elevada clínica de ansiedad, o cuando esta aparece como patología comórbida (131).

Respecto al Bupropion, existe un estudio en veteranos de guerra, que si bien muestra descensos en las escalas utilizadas, CAPS y HAM A, no son estadísticamente significativas (132).

Inhibidores adrenérgicos: Es conocido que las personas con diagnóstico de TPET o sometidos a vivencias traumáticas, tiene elevados niveles en plasma de noradrenalina (133) de igual forma que se conoce el papel de este neurotransmisor en la consolidación de la memoria traumática (134), en esta línea, los efectos del Propanolol, un beta bloqueante inespecífico, podría tener utilidad para evitar la consolidación de la memoria traumática (77), especialmente si se administra después de el hecho traumático.

Existe un estudio en el que a una muestra de pacientes que habían sufrido un hecho traumático, a través de un diseño doble ciego, se les diferenció en aquellos que recibían Propanolol (antes de 6 horas tras la situación traumática) y los que recibían placebo, tras 6 meses de seguimiento, no existían diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de TPET, pero los que habían recibido Propanolol, no emitían ningún tipo de respuesta fisiológica ante el recuerdo de la situación traumática, por el 43% de los que recibieron placebo (78). Otro estudio realizado también con Propanolol mostró que el beta bloqueante puede ser útil si se administra durante los primeros días tras la situación traumática para prevenir el TPET o la sintomatología traumática (135).

También los estudios en población adolescente con Propanolol muestran que puede ser útil para la reducción de sintomatología excitativa mientras que se aplique en pacientes con TPET (136).

La Clonidina, un agonista alfa dos adrenérgico funciona estimulando los autoreceptores en el sistema nervioso central de la noradrenalina, reduciendo la síntesis. Ha demostrado su utilidad en un pequeño estudio, con niños con diagnóstico de TPET, en el que la Clonidina reduce los trastornos conductuales, la impulsividad y el oposicionismo, también reduce el insomnio y las pesadillas (137).

El Prazosín, un alfa uno antagonista es también una prometedora terapia para el tratamiento de sintomatología clínica tras vivencias traumáticas, habiendo demostrado en los estudios una mejoría en la sintomatología de pacientes, especialmente mejorando el sueño y reduciendo las pesadillas (138).

Ansiolíticos:

A) Benzodiazepinas: Hasta el momento los estudios realizados dan a las benzodiazepinas un papel limitado en el tratamiento de la clínica postraumática, al menos en los síntomas nucleares, a pesar de que son uno de los grupos farmacológicos más utilizados. Por ejemplo, en un estudio en el que a pacientes con clínica postraumática y TPET se les trató con benzodiazepinas (Alprazolam y Clonacepam), al compararlo con otro grupo que no las recibió, se observó que a los 6 meses de tratamiento, la clínica era más intensa en el grupo que había recibido las benzodiazepinas, los mecanismos podrían estar en que el tratamiento con benzodiazepinas alteran la sensibilización progresiva que se produce ante la ansiedad, o bien que interfieran en los procesos cognitivos (139). En otro estudio en el que se trató con Alprazolam, tras seis semanas de tratamiento a pacientes con TPET crónico, demostró ser moderadamente eficaz en la clínica ansiosa (aunque sin diferencias estadísticamente significativas), pero no en las otras esferas clínicas (intrusiva y evitativa) (140).

b) Buspirona: La buspirona es un agonista de los receptores serotoninérgicos usado en el tratamiento de la ansiedad, a diferencia de las benzodiazepinas no produce sin embargo tolerancia ni dependencia. Realmente existen muy pocos estudios sobre la eficacia de la buspirona en el TPET o la clínica postraumática, pero existe algunos que hablan a favor de su eficacia en la mejoría de las tres esferas clínicas del TPET (141). De cualquier manera se necesitaran más estudios para dilucidar el papel de la buspirona en el tratamiento del TPET.

Estabilizadores del ánimo: La sensibilización y el mecanismo de kindling es una de las teorías para explicar el TPET (142) a través la activación del sistema límbico. De esta manera los estabilizadores del ánimo como el Litio, el Valproato, Carbamacepina, Gabapentina, Lamotrigina y Topiramato se han usado para el tratamiento de la clínica tras trauma en las primeras horas de exposición, o bien una vez instaurado el cuadro clínico. Por ejemplo la carbamacepina ha demostrado en diversos estudios una mejoría en la memoria traumática, así como una reducción de la impulsividad y la irritabilidad y del comportamiento violento, (143,144).

Respecto a los estudios sobre el Valproato, realizados en veteranos del Vietnam, tras su administración se observó una reducción de la clínica evitativa y la ansiosa, pero no así de la intrusiva (145).

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

El Topiramato demostró su eficacia en un estudio con 35 pacientes con diagnóstico de TPET crónico, que no habían mejorado con fármacos previamente, se consiguió una mejoría de la clínica de TPET, especialmente de las pesadillas nocturnas (146).

La Lamotrigina también ha sido utilizada en el tratamiento de la clínica traumática, de los 15 pacientes que lo recibieron, 5 de ellos sufrieron una reducción de la sintomatología, por 1 de los que tomó placebo (147), destacando una mejoría en la clínica evitativa y la reexperimentación, aún así la escasez de la muestra usada en este estudio, hace que las diferencias no sean estadísticamente significativas.

La Gabapentina ha demostrado ser útil hasta el momento como terapia adyuvante, logrando una mejoría en la calidad del sueño, así como una reducción de las pesadillas (148).

Hasta el momento el Litio ha demostrado su eficacia para el TPET o la clínica postraumática en 2 estudios (149,150), en los que se observa una mejoría en la sintomatología ansiosa, aunque también parece que el tratamiento con Litio junto a otras terapias puede mejorar la irritabilidad.

Antipsicóticos: No son los fármacos más utilizados en el TPET o la clínica postraumática, de hecho su uso se limita prácticamente a cuando coexisten con clínica psicótica, o en los caso en los que cursa con trastornos comporta mentales y clínica disociativa, o bien cuando existe comportamiento agresivo, en estas situaciones puede ser útil su administración a bajas dosis junto a los tratamientos previos. Los últimos estudios hablan a favor de una mejoría en los síntomas nucleares cuando se administran antipsicóticos atípicos.

La Risperidona, por ejemplo ha demostrado ser útil en la mejora de las pesadillas y los flashbacks (151). De cualquier manera la Risperidona ha sido especialmente utilizada cuando coexisten síntomas psicóticos con los de vivencias traumáticas, en un estudio de semanas de duración con veteranos de guerra se encontró que el grupo que recibía Risperidona obtuvo mejoría respecto de aquellos que recibieron placebo en las escalas de la PANSS y la CAPS, especialmente en la escala de reexperimentación (151).

La Olanzapina también ha demostrado en un estudio con veteranos de guerra ser eficaz en la reducción de los síntomas nucleares del TPET, en las 3 áreas nucleares, ansiedad, reexperimentación y evitación, (152), hallazgos similares se

encontraron en un estudio, en el que se asociaba la Olanzapina al tratamiento del TPET junto a ISRS en pacientes resistentes al mismo, lográndose mejorías en la clínica depresiva y en los trastornos del sueño (153). Estos resultados no concuerdan con los de otros estudios, que no encuentran mejoría en el TPET con Olanzapina respecto a la administración de placebo (154).

La Quetiapina se ha utilizado también la clínica tras trauma, en un estudio con veteranos de guerra, que había recibido al menos dos fármacos previamente, sin resultados se administró Quetiapina, lográndose unas mejorías de reexperimentación (35%), ansiedad (65%) y evitación (28%), así como en las pesadillas y el insomnio (25%) (155). De igual forma en otro estudio con veteranos de guerra demostró reducciones tras 6 semanas de tratamiento tanto en la PANSS como en la escala CAPS (156).

Parece por tanto que los antipsicóticos pueden ser fármacos de utilidad en la clínica postraumática, especialmente en los casos resistentes o que cursen con clínica psicótica, disociativa o trastornos de conducta, sin embargo se necesitarán mayores estudios para poder llegar a conclusiones más precisas sobre su papel salvo cuando exista esta clínica.

Estrategias psicoterapéuticas en lo traumático:

Terapia cognitivo-conductual:

Es uno de los enfoques que ha obtenido mejores resultados (157,158) combina una serie de técnicas entre las que se encuentran la exposición prolongada (en vivo o mediante imaginación), la inoculación de estrés y la terapia cognitiva, o bien una combinación de estas técnicas. Las terapias cognitivo conductuales actúan en el individuo a través de 3 maneras, un trabajo en cuanto a la corrección de las cogniciones desadaptativas sobre el hecho traumático, trabajo sobre la memoria, para poder integrar el hecho traumático y trabajo sobre las emociones negativas asociadas al hecho traumático (159), hasta el momento, la terapia ha demostrado utilidad tanto en población civil como en policías (160,161) supervivientes a situaciones traumáticas.

En un estudio con una muestra de mujeres con trauma sexual se comparaba la exposición prolongada, que comprende educación sobre las consecuencias del trauma, técnicas de respiración, rememoración mediante imaginación de la situación traumática y exposición en vivo a las situaciones que generan miedo, con la inoculación de estrés, que incluía técnicas de relajación, control de la respiración, modelado, rol playing,

parada de pensamiento y autocontrol con una combinación de las dos. Tras nueve sesiones y un año de seguimiento, se realizó un diagnóstico de TPET en un 32% del grupo en el que se realizó exposición, un 35% del grupo en el que se realizó la inoculación de estrés y un 32% del grupo en el que se combinaron ambas terapias (162).

En otro estudio en el que se comparaba en mujeres víctimas de asalto violento la terapia de exposición, terapia de exposición con terapia de exposición más terapia cognitiva con lista de espera, cuando se llevaban ocho semanas de terapia de las nueve previstas, se estudió la mejoría, considerándose como tal una mejora en al menos un 70% de la sintomatología de TPET, el 57% del grupo tratado con exposición, por solo un 23% de la combinación de técnicas (163) obtuvieron dicha mejoría.

Otro estudio realizado en víctimas civiles compara exposición prolongada con terapia cognitiva, una combinación de ambas y relajación, con una duración de diez semanas, a los seis meses de seguimiento la exposición, la terapia cognitiva y la combinación habían logrado una reducción de la clínica de TPET, no así la relajación (164). El hallazgo de que las terapias combinadas producen unos resultados más modestos es sorprendente, como posible causa puede estar el que una combinación de terapias, durante el mismo tiempo que una terapia sola, puede hacer que no se logre el tiempo necesario de tratamiento como para obtener resultados adecuados, al no poder desarrollar por completo las técnicas de las terapias sin combinar. Aún así es el tipo de terapia con mayor número de estudios (165).

EMDR:

Son pocos los estudios sobre esta técnica, que a través de provocar movimientos sacádicos oculares, trata de sustituir las cogniciones negativas por otras positivas, más adaptadas, en realidad son pocos los estudios con rigor científico, pero parece ser más efectivo que el no tratamiento, la relajación y la escucha empática (166). En los estudios que se le compara con terapia cognitiva por ejemplo, el EMDR obtiene peores resultados en cuanto a mejoría que la terapia cognitivo conductual, y además mientras que a los tres meses las mejorías son estables en ésta con el EMDR tienden a desaparecer (167), con una reaparición de sintomatología. Estos estudios concuerdan con otro realizado sobre pacientes traumatizados tratados con EMDR, que muestra que a los 5 años, las mejorías obtenidas tienden a desaparecer (168). Las críticas hacia el EMDR van hacia que es una terapia en que lo ya existente (exposición

por imaginación) no es nuevo, y lo nuevo (los movimientos oculares), no es eficaz por sí misma, sin embargo, los metaanálisis, si bien recomiendan tomar sus resultados con cautela, muestran que es una técnica eficaz en el tratamiento del TPET (169).

Intervenciones tempranas:

Desde la introducción en los manuales de clasificación psiquiátricos del Trastorno por Estrés Agudo se han relanzado las intervenciones tempranas (durante las primeras horas o días) tras un hecho traumático.

Actualmente existen diferencias sobre la verdadera utilidad de estas intervenciones tempranas en pacientes que han estado expuestos a situaciones traumáticas. Mientras que para algunos autores las intervenciones tempranas tienen un sentido y una utilidad y suponen la primera parte de las intervenciones psicológicas dentro del plan asistencial (170), para otros las intervenciones psicológicas tempranas no tienen una utilidad clara en las respuestas tras el trauma y es el apoyo social es la clave para prevención de patología posterior (171). La confusión sobre los verdaderos efectos de las intervenciones psicológicas tempranas hay que entenderlas desde por un lado la dificultad para clarificar qué intervenciones resultan útiles para cada individuo, y también según la situación traumática vivida, pero parece complicado generalizar qué intervención es útil para todos los individuos y para cualquier situación traumática vivida, por lo que surgen numerosas dudas sobre la eficacia de estas intervenciones tempranas.

El tipo de intervención temprana sobre la que seguramente existan más estudios es el “critical incident stress debriefing” o consulta para el alivio del estrés después de sucesos de gran impacto en grupo y sus múltiples variantes. Esta terapia apareció en los años 80, pero a pesar de ello no vino unido a estudios para determinar su verdadera eficacia (172).

Desde su aparición se han realizado diversos estudios y ensayos aleatorizados y controlados en debriefing, junto a su aplicación no grupal. Dichas revisiones recomiendan no utilizar intervenciones individuales en sesión única en personas expuestas a acontecimientos traumáticos (172,173). Las críticas a estos estudios pasan porque estos ensayos presentaban fallos metodológicos, en cuanto a que se trataron de adaptaciones del critical incident stress debriefing en grupo para uso individual y que consistieron en aplicaciones de la técnica para uso en poblaciones diferentes para las que fue diseñado (personal de servicios de emergencia). Otros estudios sobre

debriefing han concluido que algunas formas de éste tienen efectos positivos (174,175), aunque estudios similares muestran resultados neutro (176,177), o incluso negativos (178). Seguramente la cuestión principal sobre la divergencia en los resultados de los estudios tenga que ver con que no todos los estudios se hacen con los mismos grupos poblaciones y tampoco ante situaciones traumáticas similares, lo que hace difícil que se puedan generalizar los resultados. Tampoco existe actualmente una definición clara del término debriefing, que seguramente ha perdido por completo su valor (179), denominándose así a toda intervención temprana en sujetos que han sufrido situaciones traumáticas.

Las intervenciones psicológicas tempranas más formales como los primeros auxilios psicológicos, pueden considerarse de utilidad para disminuir el malestar inicial y facilitar el enlace posterior a la red de Salud Mental y a intervenciones más específicas según el paciente y sus necesidades cuando esté indicado (180), aunque es necesario un mayor número de estudios para determinar la eficacia y la efectividad de los primeros auxilios psicológicos y otras intervenciones precoces (181).

Las últimas investigaciones, con estudios comparativos y aleatorizados han aportado ahora resultados positivos para la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, con múltiples sesiones en supervivientes con un trastorno de estrés agudo dentro del primer mes tras el trauma (182), también un mes después del trauma (183) y en aquellos con estrés agudo entre un mes y tres meses tras el trauma (184). Basándose en estos estudios, el National Institute for Health and Clinical Excellence de 2005 en Gran Bretaña recomendaba la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en individuos que han estado expuestos a una situación trauma, también esta terapia es recomendada en guías de tratamiento (165,173,185).

Con todo esto se puede decir que las intervenciones tras un acontecimiento traumático tienen que ir encaminadas en los primeros momentos por un lado a adelantar cuáles son las primeras reacciones que pueden sufrir los afectados, para facilitar el uso de recursos propios de los individuos (estrategias de afrontamiento, cómo pueden acceder al apoyo de los que les rodean, principalmente familia y comunidad) y cómo y dónde acudir si necesitan más ayuda de la habitual (165). Las reacciones ante una situación traumática no pueden generalizarse para todos los individuos, por ello se debe diseñar una estrategia escalonada para tratar a todos los pacientes según nivel sintomático y momento de la evolución tras la situación traumática (165). El tratamiento de los supervivientes ante una situación traumática

debe ser voluntaria, a no ser que la gravedad sintomática ponga en riesgo la vida del individuo o de los que le rodean.

Vivencias traumáticas y su asociación con otras enfermedades psiquiátricas: Comorbilidad psiquiátrica.

La presencia de clínica tras una experiencia traumática se asocia a la presencia de otras patologías psiquiátricas. En la práctica clínica diaria se observa que las vivencias traumáticas se asocia a síntomas de diferente espectro, como presencia de trastornos de angustia, fobias, cuadros afectivos, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, consumo de sustancias, alcoholismo....(11)

Algunos estudios estiman que pacientes con diagnóstico de TPET o con experiencias traumatizadoras experimentan a lo largo de su vida otro trastorno psiquiátrico, en porcentajes del 88.3% en hombres y del 79% en mujeres (186), esto seguramente es debido a la presencia de síntomas mixtos, que aparecen también en otros síndromes psiquiátricos, como puede ser la ansiedad, conductas evitativas, desinterés por actividades de ocio, aislamiento social, trastornos del sueño, hiporexia, trastornos cognitivos, que pueden aparecer en cuadros ansiosos o afectivos, y el uso de psicotrópicos alcohol para combatir la ansiedad o la apatía (11)

Finalmente el desarrollo de clínica postraumática produce alteraciones en la calidad de vida, e incluso modificaciones en los rasgos caracteriales, las habilidades de afrontamiento...De esta forma se comprende la idea tan extendida de la necesidad de realizar un tratamiento integral de esta patología, no solo basada en el tratamiento sintomático, ya que los síntomas son en la mayoría de las ocasiones el último exponente en cuanto a las alteraciones en otras esferas de la vida del paciente (70).

La influencia de lo traumático en la calidad de vida percibida:

La calidad de vida podemos considerarlo como un concepto multidimensional que engloba tanto indicadores subjetivos como objetivos sobre la calidad de vida del individuo (25,30,187), de esta forma al tratar de evaluar el funcionamiento social, físico y emocional del individuo, la mayoría de los estudios sobre la calidad de vida se han realizado en pacientes psiquiátricos con esquizofrenia y con depresión, siendo los resultados similares en algunos casos en cuanto a disminución de la calidad de vida similares a los pacientes con patologías médicas, o incluso más bajos (187).

Hasta el momento las vivencias traumáticas se han asociado con peor calidad de vida en varios estudios. Esta asociación se ha visto en veteranos de guerra (188), refugiados de guerra (26) y víctimas de delitos sexuales (25), también se ha asociado con peor estado físico y psicológico (27), incremento de comportamiento violento (28) problemas maritales, familiares e interpersonales (29) y menor rendimiento en el trabajo y los estudios (29). Especialmente se observa peor calidad de vida en aquellos que perciben el trauma como un miedo vital (189) y en los que han vivido múltiples experiencias traumáticas (190).

Los pacientes que han sufrido vivencias traumáticas se muestran insatisfechos no solo con su salud mental, sino con la mayoría de esferas de su vida, como en el área de empleo o en el de situación vital en general (191), lo que es útil conocer de cara a poder proporcionar un tratamiento más integrado y global. También factores como la edad avanzada y el formar parte de una minoría étnica pueden considerarse como marcadores de riesgo de cara a padecer una menor calidad de vida en pacientes que han sufrido experiencias traumáticas (30). Estos hallazgos refuerzan la idea de que los supervivientes a situaciones de trauma, a pesar de en ocasiones no tener ningún diagnóstico psiquiátrico (tipo TPET), de no encontrarse en tratamiento farmacológico o no acudir a ninguna terapia, mantienen en muchas ocasiones la idea de no haber podido superar la experiencia traumática o no haber podido readaptarse a su vida previa tras la experiencia vivida, y de que existen diferencias entre lo que marcan los diagnósticos y las clasificaciones psiquiátricas, y lo que es percibido por los pacientes. Cuestión que se abordará en la discusión a tenor de los resultados obtenidos en este estudio.

También existen estudios sobre la calidad de vida en niños y adolescentes de utilidad para el enfoque terapéutico (192), en estos también se observa una peor calidad de vida percibida.

Lo traumático en niños y adolescentes:

Si bien cuando se comenzó a aplicar el diagnóstico de TPET en adultos se pensó que esta nueva patología no era relevante en los niños, estudios posteriores realizados sobre niños y adolescentes secuestrados demostró que era un diagnóstico que también podía aplicarse (20), los criterios diagnósticos son similares a los que se encuentran en los adultos:

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- 1) Exposición a una situación vital en la que se tema por la vida o la integridad física, evidenciándose en la misma miedo, horror y en la que se puede responder con un comportamiento desorganizado o agitado.
- 2) Síntomas de reexperimentación, ya sea a través de comportamientos repetitivos, juegos, o sueños sobre la situación traumática vivida.
- 3) Evitación de los estímulos en relación a la situación traumática (este síntoma es quizás el más difícil de evaluar, y requerirá de la ayuda de los padres o profesores para poder asegurar su presencia).
- 4) Hiperexcitación nerviosa, generalmente a partir de síntomas físicos (dolores de cabeza, de estómago...).

Los jóvenes y adolescente muestran tras la situación traumática una amplia gama de respuestas, que varían según la edad y el sexo. Los niños en edad preescolar, por ejemplo, va a mostrar una respuesta a la situación traumática muy influenciada por la de sus padres, de forma que si estos se muestran calmados los niños se encontrarán seguros y protegidos (193).

En los niños de 8 a 10 años, las manifestaciones clínicas son más similares a las de los adultos, de forma, que a esta edad ya son capaces de tener más introspección sobre la importancia de lo sucedido y las consecuencias, las diferencias también se dan en cuanto al género, mostrando las niñas más posibilidades de desarrollar sintomatología clínica relevante y los niños más síntomas en relación a cambios en el comportamiento (194). En los adolescentes la variedad clínica es más variable, dependiendo de la personalidad y el análisis de la situación traumática que se haga (195).

También modifica la aparición de la clínica el hecho de que sea una única situación traumática vivida o el hecho de que sean situaciones repetidas, abusos, agresiones...estas situaciones traumáticas repetitivas se asocian a cambios en la personalidad y a mayor sintomatología clínica (depresión, suicidios...) (193).

Uno de los hechos que sí parece influye más en el desarrollo de la clínica es la respuesta de los padres a la situación traumática vivida por los hijos, en cuanto a lo que parece un aprendizaje social. Sobre la influencia de factores genéticos parece que es más difícil el encontrar esta relación, y hay pocos estudios sobre la herencia genética de cara al afrontamiento por parte de los niños de estas situaciones, parece de más

importancia la influencia de la respuesta de los padres en cuanto a la sintomatología que sus hijos pueden presentar por tanto como un aprendizaje vicario (194).

Aquellas situaciones traumáticas, que lleven asociados la presencia de pérdidas complica mucho el cuadro sintomatológico, pudiendo aparecer un duelo complicado como resultado de la pérdida (196).

Otro de los factores que se han encontrado de vital importancia es el estilo comunicativo de los padres, que influye en las habilidades de coping de los hijos, permitiendo superar más fácilmente la situación traumática. Es decir los padres con un estilo comunicativo abierto y sin tabúes facilitarán estas estrategias de coping en sus hijos (195).

De esta forma el estilo comunicacional paterno ayuda a sus hijos en varios aspectos, no solo al desarrollo de las estrategias de coping, sino también a reinstalar el hecho traumático en la memoria, a corregir distorsiones cognitivas, a poder regular las emociones...facilitando la readaptación del niño tras la situación traumática. Lo que parece claro es que las estrategias de coping no podrán ser desarrolladas si no existe un soporte familiar adecuado.

La incidencia de sintomatología tras vivencia traumática tipo TPET varía para adolescentes, entre un 6 y un 9% en diferentes estudios (197,198), si se estudia agrupando niños y adolescentes las cifras de prevalencia bajan hasta un 0.4% (199), en niños de entre 10 y 15 años, llamando la atención que la prevalencia en niñas es el doble que la de los niños. Estas cifras varían también según el tipo de hecho traumático, y si este es originado por el hombre o es un fenómeno natural por ejemplo. De esta forma en una revisión sobre la prevalencia de TPET en niños y adolescentes tras un accidente natural encontraba una prevalencia que variaba entre el 5 y el 10% para TPET franco y presencia de síntomas entre un 30 y un 50% (200). Los estudios sobre hechos traumáticos por la acción humana dan unas cifras de prevalencia mayores, variando entre el 25 y el 70% en situaciones de guerra y entre un 0 y un 90% en el caso de que existan abusos sexuales (201).

Una de las mayores dificultades sin embargo es la de establecer el diagnóstico de TPET en menores de 7 años, a partir de esta edad el diagnóstico es más sencillo, porque los niños son capaces de leer cuestionarios autoaplicados de cara al diagnóstico, pero en los menores de 7 años resulta más complicado.

Las escalas que se utilizan para el diagnóstico en niños se les pasan en entrevista con sus padres delante, algunas de ellas son: CTP-CS (202),The Physical

Abuse (203) , sin embargo quizás la más utilizada es una adaptación de la escala de Horowitz para adultos, The Impact of Event Scale (204), adaptada por Yule para niños (205), desde la versión inicial de 8 ítems pasó a 13 (incluyéndose 5 ítems en relación al arousal), este test es el que ha demostrado hasta el momento mejores variedades psicométricas. Otro cuestionario utilizado, que ha demostrado ser eficaz es el CPTS-RI (Child Posttraumatic Stress Reaction Index) (206), que ha sido adaptado para ser un cuestionario autoaplicado.

Otro instrumento desarrollado por Foa, el CPSS (Child Posttraumatic Symptoms Scale), es una versión de 17 ítems, se usa para el diagnóstico y la posterior evolución del cuadro (207), finalmente también Greenwald en 1999 (208) y Seigh (209), han desarrollado también otras escalas para el diagnóstico del TPET en niños y adolescentes (210).

También se han utilizado diversas entrevistas estructuradas para niños y adolescentes, de cara al diagnóstico, el CAPS-C (Clinical Administered PTSD Scale for Children), (211), está modelado a partir del CAPS de adultos, y actualmente se puede decir que es el gold estándar para el diagnóstico del TPET en niños, según el DSM IV, otra posible opción es la de usar el ADIS-C-PTSD Module (Anxiety and Depression Interview Schedule for Children) (212).

Respecto al tratamiento del TPET en niños y adolescentes, las intervenciones a realizar son similares a las que se realizan en adultos:

1) Intervenciones tempranas: El objetivo de dichas intervenciones tiene por objeto el que el niño pueda tener un sentimiento de seguridad dentro de la familia, el que pueda conocer la situación tanto de la familia como de sus amigos cercano, y también el favorecer la comunicación, así como el evitar los secretos familiares, también el clarificar lo sucedido. Son pocas las intervenciones concretas protocolizadas, pero dentro de ellas las más usadas son el debriefing aplicado en niños (213).

2) Terapias cognitivo-comportamentales: A pesar de que son las técnicas más utilizadas, llama la atención que existe poca información sobre los elementos eficaces de dichas intervenciones, sí se conoce que las técnicas cognitivo conductuales han demostrado una eficacia moderada en el tratamiento de niños y adolescentes (214), sin

embargo no es conocido con exactitud, dada la variedad de técnicas utilizadas cuáles son los elementos que resultan eficaces, por lo que se puede concluir que la eficacia es moderada (215). Dentro de estas técnicas la mayoría de los estudios se han realizados sobre niños y adolescentes víctimas de abusos sexuales.

3) Grupos psicoterapéuticos con niños con TPET o síntomas de TPET: Una de las intervenciones realizadas se basaba en diferentes técnicas con aplicación grupal, entre ellas destacaba el uso de dibujos, técnicas de relajación, la reconstrucción cognitiva sobre lo sucedido... Combinándolo con entrevistas individuales, estas técnicas resultaron eficaces, reduciendo los síntomas de ansiedad y depresión respecto al grupo de control, en un grupo de niños y adolescentes supervivientes a la Guerra de los Balcanes (216).

Otra intervención desarrollada en niños de 11 a 14 años, es el tratamiento grupal en víctimas de la violencia en su ciudad o de situaciones de guerra (217), se utilizaron 20 sesiones con grupos de 5 a 7 niños, los resultados fueron eficaces para la resolución de las situaciones de duelo, si bien hubo pocos cambios respecto a la clínica depresiva, las técnicas fueron similares a las antes mencionadas.

Intervenciones de grupo con técnicas cognitivo-conductuales también han demostrado ser eficaces, como los usados tras el terremoto de Grecia y Turquía (218), o las usadas con refugiados en California víctimas de la violencia (219).

Independientemente del enfoque todas las intervenciones tienen en común el tratar de resaltar las estrategias individuales de los niños de coping, el trabajar las distorsiones cognitivas sobre lo sucedido, y el trabajo sobre la clínica intrusiva y evitativa.

Otras técnicas utilizadas: El EMDR es una técnica utilizada en adultos, sobre la que existe poca información de su aplicación en niños, sin embargo existen algunos estudios en niños que han resultado eficaces (220,221). Las técnicas narrativas, ya sean orales o escritas, centradas en la expresión de los sentimientos asociados al trauma, han resultado también ser eficaces, y una poderosa herramienta para el tratamiento del TPET, aunque son pocos los estudios hasta el momento desarrollados (5,222).

Tratamientos farmacológicos: El tratamiento farmacológico en niños y adolescentes que han sufrido experiencia traumáticas no es el tratamiento de elección, pero en casos en los que aparezca sintomatología intensa se puede valorar el tratamiento farmacológico, existen pocos estudios al respecto, siendo las bases el

añadir un tratamiento farmacológico solo en situaciones de clínica grave y durante el menor tiempo posible (214).

Lo traumático en ancianos:

Varios son los estudios que se han realizado sobre la población anciana estudiando las respuestas tras acontecimientos traumáticos, en primer lugar uno de los mitos es que el TPET tiene unas cifras de prevalencia menores en ancianos que en el resto de la población, sobre esto podemos decir que la prevalencia varía en los diferentes estudios entre el 2% recogido para la población española (5) hasta el 11% en una muestra de ancianos de población alemana.

Respecto al tipo de estrategias de coping, tan importantes para la adaptación, afrontamiento y superación de la situación traumática, otro estudio realizado con diferentes grupos de edad, demostró que las estrategias de coping eran comunes, y que no estaban determinadas por la edad (15), y que además cuando en cualquiera de los grupos etarios aparece sintomatología del tipo pensamientos intrusivos o conductas evitativas existían mayores problemas de salud en general.

Además se vio que las estrategias de afrontamiento para los desastres de tipo tecnológico (supervivientes de accidentes), eran similares, lo que va en contra de la creencia de que los ancianos tengan mayor vulnerabilidad tras vivir situaciones traumáticas, o más dificultades en la adaptación.

LA RESILIENCIA.

Desarrollo de sintomatología ante hechos traumáticos. Factores de riesgo. El coping:

A pesar de que numerosas ocasiones el ser humano se encuentra bajo situaciones traumáticas, no todo el mundo desarrolla síntomas clínicos, es decir, a parte del prerrequisito para poder desarrollarlo (el haber sido testigo o sufrir una situación traumática), hay otros factores que van a influir para que se desarrolle sintomatología o no. Por ejemplo, en la población norteamericana, un alto porcentaje sabemos que ha estado expuesto a lo largo de su vida a estas situaciones traumáticas, sin embargo solo un pequeño porcentaje desarrolla síntomas clínicos (111), se conoce que uno de los factores que más influyen en el desarrollo de síntomas tras el trauma vivido es la

severidad de éste (223) (es decir, es más fácil que un individuo desarrolle un TPET si tiene un accidente de tráfico con víctimas, que si solo es una colisión). Detrás de esta “severidad del trauma”, puede que se encuentre una variable estudiada que se conoce que influye, es el percibir la vida de uno en peligro, factor que sí que se ha implicado con el desarrollo de clínica tras una experiencia traumática (224), a pesar de todo, la severidad del trauma no explica por sí solo la posibilidad de desarrollar síntomas, sino que otros factores contribuyen e influyen también en ello. Estos factores pueden dividirse en factores que tienen que ver con la situación traumática, y los que tiene que ver con factores del individuo (225), como pueden ser la personalidad y el género.

El género: Las mujeres muestran casi el doble de posibilidades de desarrollar un TPET a lo largo de su vida (13 por 6%) (225), en principio sí es cierto que tengan mayor riesgo de asaltos de tipo sexual, sin embargo los hombres tienen mayor riesgo de sufrir peleas, actos violentos y accidentes de tráfico. De esta forma parece que las mujeres son más vulnerables que los hombres para tras cualquier tipo de hecho traumático desarrollar síntomas de TPET (226). La razón para ello no es del todo clara, aunque sí parece que puede tener que ver con diferentes estrategias de coping, marcadas por el sexo. Sin embargo para otros autores el mayor riesgo de desarrollo de TPET no tiene tanto que ver con esto sino con la situación traumática vivida (70).

En un metaanálisis realizado se encontró que los factores de mayor riesgo para el desarrollo de clínica tras una vivencia traumática son la severidad y la intensidad del trauma, la falta de apoyo social y el nivel de estrés habitual previo del individuo (76), de estos, tanto el estrés como el apoyo social van a ser factores que se van a producir tras la exposición a la situación traumática.

Rasgos caracteriales y patología psiquiátrica previa: El haber sufrido sintomatología psiquiátrica previa, del tipo ansiosa, afectiva o de abuso de sustancias es también un factor de riesgo para el desarrollo de clínica tras una situación traumática, de igual forma que lo tienen los trastornos de personalidad antisocial o evitativo (227). También la historia familiar de patología ansiosa o afectiva se ha considerado como un factor de riesgo, al igual que el neuroticismo (227).

Otros estudios de factores de riesgo: Son numerosos los estudios realizados para determinar cuáles son los factores de riesgo que pueden contribuir en el desarrollo de síntomas tras una situación traumática, algunos de los que también se han implicado son el tener historia de patología psiquiátrica previamente, separación de los padres en

la niñez y el tener historia en la familia de patología psiquiátrica (19). Otro factor implicado es el haber vivido una situación traumática previa, de las situaciones traumáticas, la que más se asocia con el desarrollo de síntomas es el haber sufrido violencia de tipo sexual, al igual que el asalto violento o el haber sufrido previamente 2 ó más situaciones traumáticas (228), sin embargo no todos los estudios son concluyentes en este sentido, y en algunos el haber vivido una situación traumática previa puede resultar protector, si el individuo ha conseguido adaptarse sanamente.

La intencionalidad en el trauma es otras de las cuestiones que se han estudiado, sin que de nuevo existan resultados concluyentes (224), la hipótesis inicial suponía que las situaciones traumáticas en las que existía intencionalidad (violación tortura), eran más difíciles de superar que aquellas que se podía considerar naturales (terremotos, volcanes...), sin embargo los estudios han apuntado en diferentes direcciones (224).

El poder hablar sobre la situación traumática con alguien es otro de los factores que han sido estudiados, de nuevo con resultados en ambas direcciones, los que encuentran que no influyen el que se desarrolle posteriormente síntomas (224), y los que lo encuentran como un factor protector para no desarrollarlo (229).

Otras cuestiones sobre las que no hay acuerdo es la influencia en el desarrollo de síntomas según biografía del superviviente: el tener historia de malos tratos en la familia, historia de separación de padres, historia de patología psiquiátrica en la familia, si bien en algunos estudios se ha hablado sobre que son un factor de riesgo (230,231), otros estudios no lo han hallado (232).

Otro factor que se ha encontrado como un factor de riesgo para el TPET es si el trauma es algo puntual (accidente de tráfico, pelea...), o algo continuado en el tiempo (tortura, abusos en niños...), este segundo tipo de situación traumática se ha encontrado con mayor asociación para el desarrollo de síntomas (232).

La disociación periepisódica: Actualmente existe un debate de cara a considerar si los cuadros disociativos que pueden producirse tras la situación traumática constituyen un fenómeno “defensivo” mental del individuo, para la elaboración del trauma, o por si por el contrario suponen un factor de riesgo para el desarrollo de clínica posterior. No se conoce todavía si la disociación es una respuesta al trauma cognitiva y dependiente de ella o si tiene que ver con la personalidad del individuo. Hasta el momento sí se reconoce que la disociación es un importante factor de riesgo para el posterior desarrollo de síntomas y sujetos con TPET tienen puntuaciones más altas en escalas de síntomas disociativos, para algunos autores la

disociación peritraumática es el mejor predictor para el posterior desarrollo de TPET (233).

Otro factor de riesgo, aunque no compartido por todos los investigadores es el nivel de inteligencia bajo. Por otro lado, como se ha comentado, el apoyo social se considera como fundamental para la superación de una situación traumática, si bien, en los casos en los que este no está presente, algunos investigadores apuntan a que no es tanto una causa, como una consecuencia de la situación traumática vivida, y por tanto no puede considerarse un factor de riesgo (en esta línea es algo parecido a lo que sucede con el consumo de tóxicos, que no se conoce con exactitud si es un factor de riesgo o una consecuencia de un coping maladaptativo).

El coping se ha definido como la capacidad de modificar aspectos adversos del ambiente que influyen en el individuo y la capacidad de minimizar el miedo o estrés interno que estos pueden producir (234), parece claro que la capacidad de cada individuo para afrontar la situación traumática y analizar las consecuencias para él, así como hacer las inferencias de lo que significa para su vida determinará desarrollo de síntomas, es decir, las diferentes estrategias de coping influir en la clínica, evolución y pronóstico tras una vivencia traumática (235).

Por ejemplo, cuando se estudian las consecuencias clínicas de traumas que tiene que ver con accidentes de tráfico, se conoce que los individuos que reconocen la responsabilidad en lo sucedido desarrollan mejores estrategias de coping que aquellos que responsabilizan a otros de lo sucedido, siempre y cuando mantengan la capacidad de percibir los síntomas bajo su control, de otra manera esta responsabilización resulta muy nociva (236) (desde la culpabilización), si bien estos hallazgos no han podido hasta el momento asociarse a otro tipo de situaciones traumáticas. Sí parece que diferentes estrategias de coping son útiles ante diferentes situaciones traumáticas, y que por ejemplo las estrategias basadas en la emoción, más que en la resolución se asocian a mayor riesgo de síntomas como embotamiento afectivo y evitación (237).

La resiliencia:

Es un término que se utiliza tanto en física, la capacidad de un material de recobrar su forma original después de haber sido sometido a presiones, en ingeniería, la capacidad de los materiales de absorber energía cuando son deformados y también en el campo de la psicología. La resiliencia es la capacidad de las personas de adaptarse, afrontar y sobreponerse a situaciones de dolor emocional, tragedias o situaciones

vitales adversas (238). El concepto de resiliencia es algo cambiante, de manera que una persona tras sobreponerse a alguna de estas situaciones puede salir fortalecida a nivel individual, a partir de aquí se habla del crecimiento postraumático, además es un concepto elástico, no fijo, de forma que la resiliencia de un individuo puede ser distinto en diferentes momentos de su vida, según las circunstancias y el contexto del momento, por ello la resiliencia está constituida y determinada por factores de personalidad, de carácter y por el contexto ambiental (6). Además es necesario marcar los límites con el concepto de invulnerabilidad (6), la adaptación al hecho traumático es siempre relativa y modificada por diferentes factores como se ha señalado, de forma, que no es posible encontrar a una persona invulnerable, ante cualquier tipo de estímulo (o situación adversa), pero sí a personas con una gran capacidad de resiliencia, capaces de sobreponerse a situaciones muy adversas, a partir de la optimización de los recursos tanto individuales como de su contexto social.

La resiliencia posibilita el poder tener una reacción normal, entendiendo normal como adaptativa, en un medio anormal, adverso, y con ello la consiguiente adaptación.

Por ello este concepto va a en contra del determinismo (239), según el cual un individuo ante una situación traumática concreta va a sufrir unas determinadas consecuencias, que estaría posibilitadas únicamente por la situación traumática vivida, se considera según este concepto al sujeto un ente pasivo, incapaz de sobreponerse por mucho esfuerzo que ponga ante el hecho traumático. Según el concepto de resiliencia la respuesta ante un mismo hecho traumático va a poder ser muy diferente, según el propio sujeto, sus circunstancias vitales y su contexto social (239). Leyendo las obras de Víctor Frankl (240), Primo Levy (241) o Jean Amery (242), supervivientes a campos de exterminio, y con experiencias traumáticas comunes, vemos como la resiliencia y el aprendizaje postraumático es muy distinto entre los tres, a pesar de la vivencia del hecho común. La concepción por ejemplo de Frankl, más optimista coloca al ser humano en una posición mejor, más autónoma e individual ante un hecho traumático, huyendo de las visiones pesimistas del determinismo.

Los factores que van a poder influir en la resiliencia según diferentes estudios serían los siguientes: (16, 238, 239, 243, 244, 245, 246)

1) El apoyo social: La relación del sujeto que ha sufrido el hecho traumático con el entorno social próximo facilita varias cosas, asociadas a la resiliencia (5,247):

- El sentirse querido, apoyado, comprendido y no cuestionado.
- La expresión emocional.

-La elaboración de una narrativa propia, individual, que coloque al sujeto en una posición digna ante el hecho traumático, permitiendo darle un sentido interno a la experiencia, colocando al individuo en un lugar más seguro.

-Facilitar las estrategias de afrontamiento ante el hecho traumático.

2) El vínculo: Es de vital importancia en la superación de acontecimientos traumáticos, el niño, en los primeros años de su vida, a partir de la relación con el cuidador o progenitor, aprende a identificar y representar estados mentales de los otros, esta capacidad de poder comprender los estados mentales de los otros permite la vinculación (199).

Los sujetos que durante los primeros años del desarrollo, por los motivos que sean no aprenden esta capacidad son más vulnerables al desarrollo de patología psiquiátrica, y es más fácil que no se adapten a situaciones traumáticas. El hecho de que el niño durante el desarrollo haya tenido relaciones de apego seguras es un factor de protección ante el trauma, mientras que por el contrario si no se ha adquirido esta capacidad de mentalización, se tiende a desarrollar patología psiquiátrica (trastornos de personalidad, depresiones...) y es un factor de riesgo ante las vivencias traumáticas.

3) Pertenencia al grupo: La movilización del grupo, dando un lugar a las víctimas, un reconocimiento y un apoyo va a facilitar la superación de los hechos traumáticos, a partir de la cohesión grupal y la formación de una identidad grupal común. El contrario sería la negación o no aceptación de la víctima, que pasa ser humillada por su grupo, lo que dificulta enormemente la superación del hecho traumático (244), ya sea a partir de la negación de su experiencia o desde la violencia, nos encontramos en estos casos con un individuo avergonzado, humillado y negado que difícilmente encontrará un lugar para la expresión del hecho traumático.

En este sentido, determinadas actitudes del grupo hacia las víctimas, homenajes, conmemoraciones, tienen sentido y ayudan al sujeto a la superación del trauma, a partir del reconocimiento y el apoyo del grupo a su experiencia, base para el respeto que se necesita en estas situaciones por parte del colectivo grupal (248).

4) Vivir el día a día: La recuperación del ritmo de vida normal del individuo facilita el que no exista una ruptura biográfica, o del sistema de creencias, el recuperar su trabajo, sus actividades, en definitiva su vida previa al hecho traumático va a dar un sentido y una coherencia a su historia, su narrativa, que facilita la superación de lo traumático. Si esto no sucede el sujeto puede quedarse con la idea de ruptura vital tras el trauma, que difícilmente superaría de esta forma (249).

5) Aceptación de la pérdida de control: El mundo, a pesar de que en ocasiones a través de sesgos cognitivos, que nos defienden y colocan en una posición menos vulnerable no siempre es un lugar seguro, para poder colocar la experiencia traumática debemos asumir que vivimos en un mundo en el que existe una dosis de imprevisibilidad y de incertidumbre en el que podemos en cualquier momento de nuestra vida encontrarnos ante un hecho traumático. Si el sujeto traumatizado no se coloca en esta posición, puede vivir el trauma desde la negación, lo que lleva a la rabia y el enfado, posiciones desde donde no es sencilla la superación del mismo (250).

6) Visión optimista de lo traumático: Aunque resulte paradójico, siempre en una experiencia vital, por muy negativa que resulte, se pueden extraer consecuencias positivas. Esto es aplicable en los hechos traumáticos, en los que se pueden extraer conclusiones positivas sobre las capacidades del traumatizado para adaptarse, superar la situación traumática, o del apoyo del entorno social (238).

7) Darle un sentido a la experiencia: El hombre, trata de dar un sentido, de explicar en un contexto más amplio la experiencia traumática, de integrarla en una visión personal, que no tiene que estar guiada por la lógica o por la consecuencia de los hechos, es una creación propia del individuo, que en ocasiones solo él comparte, pero que le ayuda a la superación del trauma. Al dar una coherencia a su experiencia dentro de su biografía individual, es una narrativa personal, que permite dar una coherencia a un hecho que necesita tenerla, esto va en contra de la visión pesimista y negativa, que se pueda dar de otra forma, de una existencia basada en el azar y en la que el ser humano es sujeto pasivo sobre el que recaen las desgracia (251).

Resiliencia. Los factores de protección ante las experiencias traumáticas:

Como ya se ha dicho solo un pequeño porcentaje de las personas que sufren experiencias traumáticas desarrollan posteriormente TPET o sintomatología del orden psiquiátrico, en la población española se calcula que en torno al 85% de los sujetos que viven una situación traumática (del tipo que sea), es capaz de superar dichas situaciones sin tener que consultar a profesionales, y de sus discursos posteriores incluso algunos llegan a sentirse más fuertes tras la situación traumática (6). Incluso dentro de los pacientes que desarrollan sintomatología clínica un 65% se resuelve sin complicaciones (6). Es necesario estudiar los factores que van a favorecer esta superación del trauma, entendiendo que generalmente el ser humano tiene recursos suficientes para ello, y que a lo largo de la historia de la humanidad el hombre ha

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

convivido con dichas experiencias, ya sea a través de la experiencia de la violencia generada por el hombre, como a través de fenómenos naturales u otros hechos traumáticos, superándolo en la mayoría de las ocasiones sin psiquiatras, psicólogos o profesionales de la Salud Mental, sino a través de sus propios recursos o del apoyo de otros.

Van a ser varios los factores que influyan en la resolución o no del suceso traumático, aunque como se ha señalado, la tendencia natural del ser humano es la de superar estos hechos traumáticos de forma natural, a partir de lo que se define como resiliencia, que es una capacidad humana que está a su vez influida por otros factores.

Según los estudios, los factores principales de protección al trauma serían los siguientes: (201, 238, 239, 252), factores que favorecen la superación de la situación en el caso de que estén presentes:

1) Que el suceso traumático sea único, limitado en el tiempo y no intencionado:

Es normal que se viva como menos traumático algo limitado en el tiempo y que puede ser vivido como fruto del azar, sin intención (un desastre natural o un accidente de tráfico), que un suceso intencionado y repetido, abusos sexuales repetidos por ejemplo o torturas. Los mecanismos de superación del acontecimiento traumático resultan más complejos, y la adaptación más difícil cuando el trauma no resulta comprensible, o fruto de la maldad humana por así decirlo y sin ningún otro sentido.

2) Sensación de cierto control sobre el suceso traumático vivido (247): Al igual que en la superación de acontecimientos psicológicos, reacciones adaptativas, transiciones de rol, el hecho de poseer un locus de control interno, es decir, el considerarse como un sujeto activo, que con sus acciones podrá modificar la situación para poder afrontarla, adaptarse y superarla es un indicador de buen pronóstico. Al contrario que la vivencia de un locus de control externo, en el que el sujeto se considera como un ente pasivo, que sufre las consecuencias de determinados acontecimientos, pero que no puede hacer nada, para poderlo superar, y está a expensas de que las circunstancias cambien para poderse adaptar.

Los sujetos con un locus de control interno podrán superar más fácilmente estas situaciones que los que lo viven como una desgracia en la que poco o nada pueden hacer, externalizando y considerándose de alguna forma víctimas. En los sucesos traumáticos se da también esta característica, de manera, que la percepción de tener cierto control, de poder hacer algo ante la situación traumática facilita la superación,

por ejemplo, un secuestrado, que se encuentra merced de los secuestradores, sin que pueda hacer nada para poderse liberar, más que esperar a que el gobierno de turno cumpla las exigencias de sus secuestradores, o que la familia pague el rescate, va a tener más difícil la superación del acontecimiento traumático que el superviviente a un incendio, que puede tratar de salir cuanto antes, buscar puertas de emergencia o incluso ayudar a heridos, es decir, que con cierto margen de maniobra puede elegir entre diferentes acciones dentro de la vivencia traumática.

3) Vivir el acontecimiento en el contexto de un grupo cohesionado (6): Resulta más sencillo el superar un secuestro de una familia, o a un accidente de aviación con varios supervivientes que funcionen como un grupo cohesionado, que si el superviviente es uno solo, o si en el accidente de aviación el grupo funciona en contexto paranoide, sin apoyo entre sus miembros (algo similar que lo que se pretendía en los campos de concentración con la figura de los capos).

4) Entrenamiento previo, expectativas previas de la posibilidad de trauma (6): En este sentido por ejemplo, los simulacros entre la población civil israelí, o el entrenamiento en bomberos, policía y personal sanitario facilita la adaptación a las situaciones traumáticas, además facilita la cohesión grupal entre el grupo amenazado, y evitan el ser superado por una situación traumática real. También el haber vivido situaciones traumáticas previas en la biografía del individuo se considera un factor protector, si es que han sido realmente superadas, en caso contrario ya se ha comentado que actúa como un factor de riesgo.

5) Género masculino: A pesar de que los hombres están expuestos a lo largo de su vida a más acontecimientos traumáticos, especialmente accidentes de tráfico y actos violentos, las mujeres desarrollan más estrés traumático que los hombres (13% frente al 6%) y también más sintomatología ante hechos traumáticos. Las mujeres sufren con mucha mayor frecuencia violencia sexual, un acontecimiento traumático de gran intensidad y difícil superación, lo que en parte explica esta diferencia de género (231).

6) Edad adulta: Como es natural, los acontecimientos traumáticos son más sencillos de superar cuando el individuo tiene su carácter formado, que en la edad infantil, que aún no se tienen los recursos personales suficientes. En estos casos es fundamental el apoyo de los progenitores.

7) Existencia de cauces culturales para la expresión emocional producida por el acontecimiento traumático, o bien de la expresión del dolor por las pérdidas humanas. Es decir la posibilidad de tener un medio seguro, en el que poder realizar la expresión

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

emocional, un medio en el que pueda sentirse aceptado, comprendido y seguro va a facilitar la superación del acontecimiento traumático. Forman parte de este proceso determinados rituales, que tiene como fin el poder superar esta situación, como funerales, entierros, actos de homenaje, de reconocimiento...que además van a facilitar que la imagen de los fallecidos quede salvaguardada.

8) Ausencia de secuelas físicas por el atentado: El no quedar dañado por el hecho traumático a nivel físico facilita indudablemente la superación, si quedan secuelas de alguna manera, cada vez que esta se manifiestan, ya sea por dolor, incapacidad...la mente va a volver al recuerdo del hecho traumático, lo que dificulta la superación y adaptación a lo cotidiano.

9) Nivel educativo medio-alto.

10) Nivel intelectual medio-alto: Ambos factores ayudan a la superación del hecho traumático.

11) Buena salud física previa: En la misma línea que el hecho de que no haya secuelas físicas.

12) Bajos niveles de ansiedad previa y de depresión: La existencia de patología psiquiátrica previa dificulta la adaptación ante hechos traumáticos, que a su vez pueden exacerbar la clínica psiquiátrica previa, o provocar recidivas de dichas sintomatología.

13) Reactividad normal al estrés previa y durante el trauma (Por ejemplo frecuencia cardíaca o tensión arterial), esto es un indicador de la reactividad física ante situaciones de estrés (como un trauma), que va a marcar la capacidad en parte de adaptación ante estas situaciones.

14) Buenas condiciones sociolaborales:

15) Buen soporte social: Es algo fundamental, de forma que pueda canalizar la expresión de emociones respecto al hecho traumático, el sentirse en un lugar seguro, en este sentido es fundamental la reacción del entorno, de cara al apoyo, y que el individuo traumatizado pueda sentirse integrado en el contexto social. Resultará más sencilla la superación si el individuo tiene actividades sociales, y varios grupos en los que relacionarse.

16) Estabilidad familiar: En la misma línea que el anterior, el apoyo familiar es vital para canalizar la expresión emocional y la vivencia de pertenencia a un entorno seguro.

17) Ausencia de antecedentes psiquiátricos familiares o personales.

18) Ausencia de hábitos tóxicos: En los individuos que sufren un acontecimiento traumático se pueden producir concomitantemente a la reacción al hecho traumático abuso o dependencia a tóxicos, como forma de salir del sufrimiento o mitigarlo, si existen antecedentes de abuso de tóxicos es más fácil que se puedan recurrir a ellos, con las consecuentes dificultades en la expresión emocional y la superación por el déficit en el afrontamiento.

19) Rasgos de personalidad: Indudablemente los rasgos de personalidad van a tener influencia en la capacidad de adaptación ante cualquier circunstancia vital, la forma que tenemos de ver el mundo, de estar en él y de relacionarlo va a determinar la vivencia que tengamos sobre los sucesos vitales y van a determinar las estrategias de afrontamiento, las conductas destinadas a la resolución del acontecimiento, así como el funcionamiento cognitivo ante dicha situación. De esta forma, rasgos caracteriales como la alta extroversión, la sociabilidad, el bajo neuroticismo, al igual que el elevado autoconcepto y la alta autoestima, creencias positivas hacia el mundo y el papel de uno mismo en él van a ser factores que faciliten la superación del trauma (227). Finalmente la facilidad en la identificación y la expresión emocional, asociados en parte a la personalidad, también serán factores que determinen buen pronóstico en la evolución.

20) Estilo y capacidad de afrontamiento del trauma: Las habilidades positivas de afrontamiento, la ausencia de la evitación del hecho traumático, la capacidad y posibilidad de hablar del acontecimiento traumático (siempre que surja de forma espontánea y desde la víctima), los intentos de dar y encontrar una explicación coherente al hecho traumático, principalmente si uno se da un papel activo en el mismo (locus interno), facilita una alternativa narrativa, hace que el hecho traumático no se enquisté, provocando una ruptura en la línea vital biográfica de la víctima y una ruptura de sus sistemas de creencias. Estas son cualidades positivas de cara a la superación del hecho traumático.

Por tanto todos estos factores se han asociado con mejores capacidades resilientes, permitiendo una mejor evolución tras una situación traumática.

De esta manera estos factores de protección se consideran que pueden actuar de tres maneras: (6)

1) Modelo compensatorio: Las cualidades individuales, así como el apoyo externo, principalmente social, compensan y contrarrestan las secuelas del trauma.

2) Modelo de desafío: Las situaciones de estrés pueden ser vividas como un reto, disparando las capacidades yoicas de adaptación y competencia.

3) Modelo de inmunidad: Los rasgos caracteriales antes señalados previenen de las secuelas del trauma.

Los factores de protección al trauma en la población infantil han sido también estudiados (243), ya que el carácter, la personalidad no están todavía conformados los aspectos que más van a tener que ver en la superación del trauma son el apoyo externo, principalmente del núcleo familiar y en edades más tardías (adolescencia) el apoyo social, los factores que se han estudiado como protectores serían el género masculino en adolescencia y femenino en prepúberes, buen cociente intelectual, ausencia de déficit orgánico, ausencia de separaciones tempranas de los progenitores, buena red social, tendencia al acercamiento y la socialización, padres competentes y presencia de al menos un progenitor (mejor lógicamente si hay dos) (253).

Estrategias de coping resilientes:

Los factores psicosociales determinan e influyen también en la resiliencia y el aprendizaje postraumático, de la misma manera que también pueden influir en la aparición de clínica psiquiátrica ante una vivencia traumática. Los siguientes factores se han asociado con la resiliencia, de manera que pueden ser protectores, favoreciendo la respuesta adaptativa ante situaciones de estrés.

Reactividad emocional positiva:

El optimismo se ha visto como una emoción asociada a la resiliencia, también se ha asociado con una mejor salud mental (254), física (255), y mejor respuesta ante situaciones de estrés mantenidas (256), también se ha visto que individuos con niveles elevados de optimismo tiene menores porcentajes de clínica depresiva ante estresantes crónicos y patología orgánica (cirugías, cánceres) (257).

La importancia de las emociones positivas (258), indica que en una situación de estrés o traumática aparecen simultáneamente emociones tanto positivas como negativas, mientras que estas últimas acortan el campo cognitivo y afectivo, acotándolo solo a situaciones de ataque-fuga, dificultando la respuesta adaptativa al estrés, las emociones positivas producen una extensión del campo cognitivo hacia la exploración, la flexibilidad cognitiva disminuyendo la respuesta al estrés, al existir más opciones de respuesta (258). Esto lleva a la activación de estrategias de coping (enfrentamiento

activo), de cara resolver la situación estresante. Los individuos con clínica depresiva se caracterizan por bajos niveles de búsqueda de estímulos positivos, un acortamiento del campo cognitivo y una memoria de fijación más activa para vivencias negativas (259), y por tanto peores estrategias de coping (con las dos hipótesis de si es una causa o una consecuencia).

Aunque el papel de la dopamina es vital en el sistema de recompensa, también conviene conocer que en muchas ocasiones esto está basado en una base genética, o en una vulnerabilidad previa.

El humor también se ha visto como una característica asociada a las estrategias de coping positivo, esto se ha visto en algunos estudios (259), del mismo modo la vía por la que el humor se ha visto como una estrategia de coping positivo es a partir de que produce una reducción de la vivencia de estrés, atrae el apoyo social y se asocia a expectativas de cambio basadas en las acciones del individuo. Ante estímulos “humorísticos”, se ha visto una activación del núcleo accumbens, así como de la amígdala, que parecen ser las estructuras que median en el proceso positivo del humor (259) (al igual que en el sistema de recompensa).

Flexibilidad cognitiva:

El estilo exploratorio positivo es una cualidad, descrita por Seligman (260), para detallar una forma de afrontar los problemas y dificultades de la vida. El estilo exploratorio se asocia con la resiliencia. Según Seligman los individuos que muestran un estilo exploratorio positivo son individuos que ven los problemas como resolubles, que ante una dificultad que surja no piensan que vaya a influir en todas las esferas de su vida, sino que tratan de limitarla al área que realmente influye, y que ante una dificultad no tratan de buscar culpables o responsables en el exterior o responsabilizarse ellos mismos, sino que tratan de buscar una solución. El tener un estilo exploratorio negativo se ha asociado con depresión en niños (260).

Reestructuración cognitiva:

Dentro de las situaciones estresantes que los individuos pueden vivir, no todos ellos las van a percibir y a procesar cognitivamente de la misma forma, es decir, ante una situación estresante concreta, el significado que extraiga cada individuo, y por tanto las conductas ante ella pueden ser diferentes (261). Por ejemplo, individuos resilientes pueden percibir estas situaciones traumáticas de una manera menos agresiva

o peligrosa, de forma que se facilita el optimismo y los mecanismos de coping, para la resolución de la misma, de esta manera para algunos individuos una situación estresante puede ser vivida como un desafío, los individuos más resilientes ven los estresantes del día a día como retos, y de una forma más positiva que los no resilientes, lo que facilita la adaptación y resolución de los acontecimientos (261).

Además, esta visión de las situaciones traumáticas facilita que el individuo pueda tomar conciencia de cualidades positivas suyas, de cara a la resolución de la situación, y también es útil de cara al aprendizaje postraumático, el conseguir sacar algo positivo de una situación negativa o traumática, para poder aplicarlo en el futuro (262). El aprendizaje postraumático se ha visto asociado con una serie de características que son adquiridas tras superar la experiencia traumática, como pueden ser: Aceptación de los otros, incremento del sentido de humanidad y de pertenencia social, incremento de la autoestima y la aceptación de uno mismo, cambios en la filosofía de vida, en las prioridades y en las perspectivas, desarrollo de estrategias de coping eficaces... (263). Los últimos estudios de neuroimagen muestran que esta respuesta está mediada principalmente por el cortex prefrontal y la amígdala (263).

La aceptación:

Es otra de las características del individuo que se ha considerado importante para la superación de las situaciones traumáticas, es una de las cualidades que se ha visto como facilitadora de estas situaciones, encontrándose resultados positivos tanto en pacientes supervivientes a atentados como en familias con hijos enfermos de cáncer (257) en las que se ha visto asociado con mejores estrategias de afrontamiento. En general podemos decir que los individuos que no aceptan una situación traumática no pueden elaborar estrategias adecuadas para su afrontamiento, ya que todavía están en la fase previa de aceptar que lo que ha sucedido es real e irreversible (258). La aceptación está muy relacionada con el optimismo.

Es importante diferenciar entre aceptación y resignación, la aceptación sería algo que puede facilitar el cambio, mientras que la resignación es una posición pasiva, que no suele llevar a tratar de cambiar algo, sino que coloca al sujeto en una posición de indefensión, desde la que es más complicado cualquier respuesta hacia la aceptación y posterior superación de la situación traumática de una forma madura (260). Por ejemplo los grupos de Alcohólicos Anónimos utilizan una frase que resumiría esto:

“Señor dame fuerzas para aceptar lo que no puedo cambiar, coraje para cambiar lo que sí puedo y sabiduría para poder diferenciarlas”.

Espiritualidad:

Tanto la espiritualidad como la religión se han visto útiles en la aceptación de tragedias y el darle un significado, ambos se han asociado con la superación de situaciones traumáticas y la utilización de mecanismos de afrontamiento eficaces (264,265). Existen numerosos estudios que relacionan la religiosidad y la espiritualidad con bajas tasas de depresión (tanto estudios transversales como longitudinales) (264), con menores tasas de suicidios (265), con menores tasas de depresión tras operaciones quirúrgicas (266). La religiosidad y espiritualidad se han asociado con recuperaciones más rápidas tras cuadros depresivos, además se ha visto que los individuos con estas características utilizan estrategias de afrontamiento basadas en sus prácticas religiosas o espirituales, lo que incrementa las tasas de remisión (264).

La espiritualidad y la religiosidad muestran asociación con los receptores 5HT1A (ya hemos visto su papel en la respuesta al estrés), esto se ha visto a partir de los efectos de drogas como el LSD, el psilocibes y la mezcalina, que actúan sobre este receptor, produciendo sensaciones místicas, de espiritualidad y de religiosidad (267).

El altruismo:

Es otra característica que se ha visto como positiva en la superación de situaciones traumáticas. En individuos que tras situaciones traumáticas se dedicaron a prestar ayuda o apoyo a otras víctimas se ha visto como una característica positiva. La primera vez que esto se observó fue estudiando a individuos que había sobrevivido a bombardeos y se habían dedicado a ayudar a otros durante los mismos, tenían menores tasas de depresión o TPET (268), otros ejemplos lo tenemos en diferentes asociaciones creadas para ayudar a individuos que han vivido situaciones traumáticas compuestas por individuos que también han pasado esas situaciones (Madres del Dos de Mayo en Argentina, Madres contra la Drogadicción...)

Apoyo social:

El apoyo social es uno de los componentes que más ha sido estudiado, en cuanto a resultar beneficioso para la superación de las situaciones traumáticas y la enfermedad, para ello se basa en la estructura de red social, los componentes y el tipo

de relaciones sociales. El bajo apoyo social se ha asociado con mayor morbilidad en enfermedades médicas, y con peores tasas de recuperación de cuadros depresivos y TPET (269), la asociación positiva entre mayor apoyo social y mejores tasas de recuperación de cuadros depresivos y TPET se ha visto en numerosos grupos sociales, en viudas, escolares... (270). La ausencia de apoyo social se ha asociado con depresiones, distimia, TPET, es importante también que el apoyo social más útil es diferente para las diferentes edades de la vida, mientras que para adolescentes el apoyo más útil es el de los padres, en individuos de mayor edad es el de la pareja (271). El apoyo social evita estrategias de afrontamiento de enfermedades mentales que pueden resultar perjudiciales, como el abuso de alcohol y drogas, facilita la elaboración de estrategias de afrontamiento adecuadas, evita los sentimientos de soledad y facilita la mejora en la autoestima y los sentimientos de autoeficacia (272).

Hormonas:

Los mecanismos que median en la socialización, y en las relaciones con los otros son extremadamente complejas, siendo mediadas por múltiples estructuras cerebrales, vías y neurotransmisores, sin embargo, hay dos hormonas de las que se conoce su importancia, la oxitocina y la vasopresina.

La oxitocina es una hormona que desempeña un importante papel en el parto, la lactancia y el desarrollo de las interacciones sociales (273), por ejemplo el déficit en ratas lactantes de oxitocina hace que no reconozcan a su madre, siendo restablecido este reconocimiento cuando la rata lactante vuelve a recibir oxitocina, también desempeña un papel en la labor protectora de las ratas madres con sus recién nacidos. También la oxitocina tiene un papel ansiolítico, en situaciones de estrés y ansiedad se produce una liberación de oxitocina, que en ratas se asocia con una reducción de la secreción de ACTH y una disminución del eje hipotálamo-adrenal (273).

De esta manera parece que el apoyo social tiene una función protectora para el desarrollo de estrés ansiedad y TPET, a través de múltiples vías, siendo en ello importante el papel de la oxitocina.

Los roles sociales:

El modelado social tiene un importante papel en el desarrollo de la personalidad, y por tanto de características propias del individuo como la resiliencia. En cada etapa de la vida existen modelos sociales que ayudan al individuo al desarrollo

de su personalidad, a través en muchas ocasiones de conductas imitativas, que posteriormente son integradas en el repertorio interpersonal, esto es especialmente importante en algunas etapas, fundamentalmente del desarrollo, como la niñez y la adolescencia, momentos en que además existe una mayor flexibilidad neuronal y del Sistema Nervioso Central.

La presencia de un modelo social en adolescentes, se asocia con consecución de nuevas metas, reforzamiento de la autoestima, de la constancia y valores como el del logro de metas a través del trabajo (274). En un estudio entre adolescentes se encontró que aquellos que tenían esta figura, este modelo social a seguir tenían menor consumo de tóxicos, problemas de delincuencia, y mejores resultados académicos (independientemente de que esta figura de referencia fuese un hermano, un padre o un profesor) (274). Este modelo social no son siempre los padres, sino también compañeros de colegio mayores, amigos adultos de la familia, entrenadores...La presencia de este modelo social ayuda al desarrollo de estrategias eficaces para evitar el estrés y la ansiedad o la elaboración de estrategias de afrontamiento y que en el caso de que aparezcan, que puedan resultar maduras y eficaces.

Estrategias de afrontamiento:

Existen numerosas estrategias de afrontamiento descritas, podemos clasificarlas a grandes rasgos en dos tipos, las activas, entre las que estarían la aproximación al problema y el enfoque del problema, y las pasivas, entre las que estarían la evitación del problema y el enfoque del problema a través de la emoción (275).

Las enfermedades mentales que se producen tras estresantes vitales, desarrollo de depresiones reactivas, TPET, cuadros de ansiedad, se asocian generalmente con estrategias de afrontamiento pasivas, como negación del problema, evitación, consumo de tóxicos, mientras que los individuos que ante los mismos estresantes no desarrollan síntomas, consiguiendo superar la situación, se asocian a estrategias de afrontamiento activas, como la búsqueda de apoyo social, el enfrentamiento con el problema, la búsqueda de posibles soluciones... (275). En estudios con adolescentes se ha visto la asociación entre la clínica psiquiátrica y las estrategias de afrontamiento pasivas, así como su asociación negativa con estrategias de afrontamiento activas (275). Sin embargo todo esto parece todavía más complejo, ya que no solo la aparición de cuadros psiquiátricos tiene que ver con estrategias de afrontamiento, sino también que

las enfermedades mentales pueden modular las estrategias de afrontamiento, por lo que nos encontramos ante una influencia mutua entre ambos aspectos a modo de feedback (276).

El mecanismo fisiológico a través del cual actúan las estrategias de afrontamiento en enfermedades como el TPET parece que es por un lado disminuir la respuesta de miedo ante el estímulo condicionado, y por otro lado disminuir la respuesta fisiológica ante dicho estímulo, por lo que se produce una de sensibilización ante la situación traumática (276).

Ejercicio físico:

La utilidad del ejercicio físico para la mejoría de diversas enfermedades, incluidas las psiquiátricas ha sido avalada por numerosos estudios (277), sin embargo los mecanismos por lo que esto se produce son complejos. Entre las hipótesis está la de producción de endorfinas durante el ejercicio, pero también se ha observado en individuos que hacen ejercicio aerobio una reducción del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, con una reducción de los niveles de ACTH y cortisol (277), por último parece que el ejercicio físico aerobio produce una mejoría en la plasticidad, conectividad y generación de sinapsis en determinadas áreas cerebrales como el hipocampo (278).

Resiliencia: ¿Estado o proceso?:

A lo largo de las numerosas investigaciones y estudios sobre la resiliencia hay una pregunta en la que la mayoría de los autores no se han puesto de acuerdo. Cuando hablamos de resiliencia, si estamos hablando de un constructo, presente en todos los individuos, y que aparecerá cuando se den una serie de circunstancias ambientales externas adversas que requerirán de su uso, independientemente de la circunstancia a la que se tenga que enfrentar el individuo, sus circunstancias personales y ambientales en ese momento, estaríamos hablando de un estado, algo constante e invariable para cada individuo. Por el contrario, si se trata de un constructo variable, que estará determinado por las circunstancias concretas del individuo o la situación a la que se tenga que enfrentar, entonces estaríamos hablando de un proceso, de algo modificable, y que en un individuo podría aparecer en mayor o menor grado en diferentes momentos y etapas de su vida. Quizás lo más adecuado sería hablar de la resiliencia como una cualidad, un estado, algo presente en todos los individuos en mayor o menor grado, pero que sin

embargo no se expresa de la misma manera ante diferentes circunstancias (tanto según el estresante o la situación traumática como el momento vital del individuo), lo que hará que un mismo individuo pueda mostrar capacidades de resiliencia diferentes ante estresantes o situaciones traumáticas en diferentes momentos de su vida, seguramente en relación a los aspectos mencionados que influyen en la resiliencia que se acaban de mencionar (apoyo social, antecedentes previos, biografía...), con lo que el constructo de resiliencia será más parecido a un proceso.

Esta definición sería más acorde con lo que se observa en los estudios, es decir, cualquier individuo ante una situación adversa o traumática utilizará mecanismos de resiliencia para su superación, pero estos mecanismos no serán los mismos para los diferentes individuos, y ni siquiera para un mismo individuo en diferentes momentos de su vida.

Esto nos indica que a pesar de que la resiliencia es una cualidad o constructo, presente en todos los seres humanos, un estado, su aplicación o uso va a estar mediado por las circunstancias individuales de cada individuo, y su aplicación y éxito también va a estar determinada por el contexto ambiental. Por poner otro ejemplo será más fácil para un individuo utilizar los mecanismos de resiliencia ante una situación traumática, si dispone de una salud mental previa adecuada, un buen apoyo socio familiar y un contexto de estabilidad laboral, que para este mismo individuo si no dispone de ese contexto, por ello lo adecuado no es tratar de diferenciar si la resiliencia es un estado o un proceso, ya que en este caso la categorización puede que no sea lo más adecuado.

El paso de mayor vulnerabilidad para no superar situaciones traumáticas (menos resiliencia), a menor vulnerabilidad (mayor resiliencia) es un proceso, pero la resiliencia en sí es una cualidad innata de los individuos, aunque como se ha comentado existen una serie de factores que influyen en que pueda o no desarrollarse según el momento vital del individuo, sus circunstancias interpersonales...

La resiliencia a lo largo del tiempo:

Uno de los primeros que definió el concepto de resiliencia fue Rutter (1979), que definió la resiliencia como un factor protector ante la posibilidad de desarrollar una psicosis, Rutter definió a los individuos resilientes como aquellos que poseía una buena autoestima, autoeficacia, con unas relaciones sociales satisfactorias y un buen repertorio de habilidades de cara a la resolución de problemas.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Druss (280) definió a los individuos resilientes a aquellos que tenían el suficiente coraje y optimismo para poder adaptarse a las situaciones adversas viendo lo positivo de estas situaciones. Kaplan (281) definió a los individuos resilientes como aquellos que no sucumben a la enfermedad, otros han definido a los individuos resilientes como aquellos que tiene una elevada autoestima, autoeficacia o creencia en sus capacidades ante las situaciones adversas (283).

Jacelon en 1997 (282) definió tras hacer una revisión sobre las diferentes publicaciones que existían sobre la resiliencia y sus definiciones, trató de definirla en cuatro campos:

- Patrón disposicional: Características físicas y psicosociales.
- Patrón filosófico: Creencias y valores personales.
- Patrón situacional: Cómo ve el individuo el mundo.
- Patrón relacional: Roles sociales y relaciones interpersonales.

La resiliencia es considerada una característica de la personalidad que persiste en la edad adulta (282) cuando la salud está en declive, la resiliencia se ha asociado con numerosos factores, como la satisfacción con la vida (282), la moral (282), la adaptación al estrés (283), bajos niveles de depresión (282), mejor salud (282) y actividades para la promoción de la salud (283).

La resiliencia ha sido estudiada en numerosos grupos de población, por lo que dentro de los estudios habría que diferenciar en los que han sido hecho en grupos de riesgo, mujeres maltratadas, supervivientes a guerras, conflictos étnicos, agresiones sexuales, incestos..., o bien en minorías étnicas (población negra e indios Apalache en Estados Unidos... y otros estudios que han sido realizados en población general tras situaciones traumáticas (atentados, desastres naturales, supervivientes a otros tipos de violencia), por otro lado sería útil diferenciar también entre estudios realizados en población civil y en militares, policías, bomberos, que lógicamente tienen un entrenamiento específico para actuar en situaciones que podrían resultar traumáticas al resto de la población, por suerte, no expuesta habitualmente a este tipo de situaciones.

Las definiciones de resiliencia pueden variar según en qué tipo de población se esté analizando, algunos de los ejemplos son estos:

Autor	Población	Definición
Wagnild (1990) (284)	General	La capacidad para recuperarse y mantener comportamientos adaptativos tras trauma.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Autor	Población	Definición
Greenspan (1981) (285)	Niños	La capacidad para realizar de manera exitosa las tareas de cada uno de los estadios evolutivos
Hunter y Chandler (1999) (286)	Adolescentes de institutos de ciudad	Proceso defensivo caracterizado por no usar procesos como el aislamiento, la agresión o la negación como un proceso de supervivencia
Mandleco y Peery (2000) (287)	Niños y adolescentes	La capacidad para responder, superar y desarrollarse a pesar de los estresores vitales que aparezcan.
Earvolino/Ramirez (2007) (288)	Diversos grupos sociales	Característica adaptativa que permite al individuo sobrevivir a pesar de las experiencias vitales desafortunadas.
Rew (2001) (289)	Adolescentes sin techo	Creencia en la propia competencia propia y aceptación de uno mismo y su vida.
House e Ingersoll (1998) (282)	Adolescentes de institutos	La habilidad para tener éxito madurar y obtener competencias en un contexto de circunstancias adversas y obstáculos
Walnig y Young (1993) (290)	Mujeres adultas	La habilidad para sobrevivir y afrontar el cambio y las circunstancias adversas.

El fenómeno de la resiliencia nos habla por tanto de que algunos individuos tienen una buena adaptación a la vida, a pesar de haber pasado por situaciones y experiencias que podrían haberles acarreado graves secuelas, lo que indica que estos individuos tienen una capacidad para superar situaciones de riesgo para su salud (física o psíquica), y para la adaptación a la adversidad.

El concepto de resistencia no sería lo mismo que competencia social, que habla de la capacidad para adaptarse a una circunstancias relacionales o interpersonales, que aunque pueden ser de riesgo, no implica la adaptación a otras situaciones adversas ni traumáticas (288).

De esta manera estaríamos hablando de que un individuo podría ser resiliente ante unas circunstancias ambientales pero no otras, y que incluso un individuo podría superar una situación adversa o traumática en un momento de su vida pero no en otro (pudiendo ser muy similares ambas).

Al hablar de resiliencia no podemos por ello tener una actitud reduccionista en cuanto a analizar al individuo y la situación traumática concreta, sino que es importante las experiencias pasadas para su aplicación, dicho de otra forma, el haber superado situaciones traumáticas o adversas en el pasado (siempre que el individuo haya logrado realmente su readaptación) fortalece o capacita la resiliencia para poder

superar más adelante otras situaciones adversas o traumáticas, o bien dificulta la aplicación de los mecanismos de resiliencia en el futuro, seguramente si no se ha superado correctamente el trauma previo.

Esto lleva a ver a la resiliencia como una susceptibilidad a la adaptación, (y la secuela en caso de no lograrlo sería la enfermedad mental en ocasiones), a las circunstancias ambientales, o más bien a los cambios ambientales (del tipo que sean).

Por ello en la resiliencia tenemos que hablar de variables de proceso, o en mecanismos, basados en el contexto personal, sociofamiliar y en las experiencias pasadas, que determinarán o no el éxito en la superación de situaciones adversas del tipo que sean a través de la aplicación de mecanismos resilientes según éstas.

La construcción de narrativas y la resiliencia:

Tras una experiencia traumática no todas las respuestas de las víctimas son iguales, mientras que algunas “quedan atrapadas en la situación traumática”, con imposibilidad de continuar sus vidas, acabando en una situación de ruptura biográfica, del sistema de creencias, o con la sensación de que en su vida existe un antes y un después de la situación traumática, otras son capaces de lograr reconstituir dicha experiencia traumática en una experiencia en la que puede quedar algo positivo, para poder aplicarlo en su vida (6).

El individuo victimizado por contra, en muchas ocasiones queda “atrapado” en ese papel de víctima, proyecta y culpabiliza al entorno de su situación, y queda en una posición que dificulta cualquier cambio, los individuos que logran afrontar el trauma consiguen obtener experiencias positivas en algunos aspectos, pueden extrapolar su experiencia para otros aspectos de su vida en los que les son útiles, e incluso llevan a cabo conductas como ayudar a otras víctimas, a través del altruismo.

De cara a las narrativas se podría diferenciar entre dos tipos de trauma, los que llamaremos colectivos, producidos por accidentes, desastres naturales, o conflictos bélicos, y los que llamaremos individuales, ya sean malos tratos, agresiones sexuales, secuestros, las implicaciones de ambos tipos de trauma son diferentes para el individuo (15). En una misma narración de un trauma, los individuos que muestran mejor pronóstico son los que logran obtener de una situación negativa (el trauma), algo positivo, como puede ser la sensación de verse más fuertes para afrontar en un futuro otras situaciones similares, la percepción de una nueva espiritualidad, el optimismo

ante el apoyo social, la sensación de que han descubierto a personas cercanas que no conocían.... (255).

El constructivismo aboga porque el individuo elabora en diferentes momentos de su vida diferentes realidades y significados, sobre un mismo hecho, y que eso es lo que marca la actuación ante esos hechos, diferenciando por tanto la percepción, la vivencia, el significado y el cómo se afrontó en cada uno de los momentos (255). El constructivismo narrativo presenta la idea de que el individuo elabora y reelabora diferentes historias desde el presente hasta el pasado, con lo que afronta el presente de forma coherente con las narrativas que va elaborando, que ha elaborado en el pasado, y que por tanto pueden ser variables (255). Estas narrativas, en los traumas individuales, pueden verse alteradas por varios factores, por un lado que el individuo traumatizado, en muchas ocasiones tiene la sensación de que nadie puede comprender lo que está contando, o no va a ser creído porque es algo que sólo ha vivido él, por otro lado, porque determinados traumas, como los abusos sexuales o el incesto nunca son contados.

Las diferentes corrientes psicoterapéuticas han tratado de manejar dichas situaciones traumáticas de diferentes formas, los psicodinámicos abogaban porque el individuo integrase la situación traumática dentro del significado de la situación para su vida, uno mismo y el mundo, los cognitivistas hablaban de que se tratase de dar un significado a la experiencia traumática, para algunos autores era necesario para la superación de la experiencia traumática que el individuo pudiese integrar otro tipo de vivencias positivas, para poder encontrar una contraposición a dicha experiencia traumática (256).

Freedy (115) abogaba por una discusión de la situación traumática, a través de la expresión de los recuerdos, los pensamientos y los sentimientos asociados. Otras técnicas basan la resolución del trauma en “llegar a ser supervivientes” (237), para ello se basan en narrativas del trauma en un primer lugar y luego la misma narrativa incluyendo mecanismos de resiliencia y de control. El objetivo sería la recuperación de las víctimas de sus vidas y sus recursos. La base de contar y volver a contar las situaciones traumáticas trata de que la mente humana haga continuamente esfuerzos por encontrar significados y relacionarlos a las situaciones que vive en el presente, tratando de darles un significado.

Uno de los aspectos fundamentales de las técnicas narrativas es que hay que dejar el tiempo necesario al paciente para la elaboración de la narrativa, no es necesario

trabajar si el paciente no está preparado, o no se encuentra en posición de poder hablar sobre ello (2), por otro lado, cuando el paciente esté elaborando la narrativa hay que desviar la atención hacia los sentimientos y los pensamientos positivos y adaptativos ligados a la narración, incidiendo y señalándolos, además el terapeuta tiene que darse cuenta de los posibles significados positivos para el paciente en la narración para señalarlos, evitando expresar sus sentimientos ante la narración (2).

El crecimiento postraumático:

Indica la posición en la que se encuentra el individuo tras la superación de la experiencia traumática, el individuo sale fortalecido, con una visión más positiva de sí mismo y de sus recursos, y un mejor autoconcepto. En esta línea encontramos las obras de Víctor Frankl, Rogers y Fromm, además de tipos de terapia se basan en esto (la logoterapia de Frankl). La idea de la logoterapia es la de dar un sentido a la existencia y a la experiencia traumática, encontrar una meta, una razón, un porqué, y luchar conforme a ello (240). En este sentido los cambios en las prioridades vitales, en la percepción de uno mismo y el entorno social en el contexto individual son factores asociados al crecimiento postraumático (240).

Un ejemplo de resiliencia:

Durante el periodo de elaboración de esta tesis, se produjo la liberación del ex ministro de justicia colombiano Fernando Araujo, el día 31 de diciembre del 2006, aprovechando un ataque aéreo del ejército colombiano había logrado escapar del campamento de las FARC, donde había estado cautivo 6 años 1 mes y un día, tras deambular por una montaña selvática sin comida ni agua durante 5 días encontró a un pastor, que le indicó cómo llegar a la aldea más cercana. El día 5 de enero del 2007, dio una conferencia de prensa, en Cartagena de Indias, que fue recogida por el periódico El País en su edición del 18 de enero del 2007 (291), puede ser oportuno el recoger algunos fragmentos de esta entrevista, ya que dadas las condiciones tan duras en las que estuvo el secuestrado, el tiempo de cautiverio, y la incertidumbre con la que vivió, es un claro ejemplo de resiliencia, y de cómo Araujo utilizó los medios con los que contaba para sobreponerse a dicha situación, para sobrevivir en unas condiciones muy duras durante seis años. Esta es la reproducción de esa primera entrevista concedida a los seis días de escapar.

“Los primeros días temía estar soñando, la libertad nunca se pierde, soy plenamente consciente de que estoy libre, estoy viviendo la realidad...”, “No me siento obligado a olvidar, es una experiencia que viví, y a la que tengo que sacar rendimiento para ser mejor persona”. Durante el cautiverio fue abandonado por su segunda esposa, con la que llevaba siete meses casado, y que durante los años que Araujo estuvo desaparecido volvió a casarse, “Una persona que ha sufrido la privación de la libertad durante seis años debe entender mejor que cualquier otra persona que la libertad es la esencia del ser humano. Ella tomó una decisión libremente, y debo respetarla”.

En el momento del secuestro tenía 46 años, pasado el primer mes de cautiverio se preguntó cuál era su responsabilidad como prisionero *“Mi responsabilidad no era estar preocupado por lo que pudieran estar haciendo mis hijos, mi responsabilidad era cuidar de mi mismo. Tengo que vivir el presente me dije. Eso significó un subidón emocional enorme”.* Decidió también mantenerse en buena forma física *“Necesitaba hacerlo para tener buena salud, para aguantar las marchas cuando nos trasladábamos de campamento a campamento (en el último año estuvo en 26 campamentos diferentes), y porque siempre tuve la intención de escapar”.* Como su espacio era muy reducido, apenas 3 metros, por 3, trotaba en el mismo sitio y hacía flexiones de pecho y rodillas, *“no tenía permiso para andar por el campamento, solo para ir al sanitario que era un hueco un poco más allá, para lavarme me traían un cubo con agua”.*

Los primeros meses fueron los más duros. Como intentó escaparse estuvo 6 meses atado a un árbol con una soga *“Eso limitó al máximo mis movimientos, desde el primer momento me advirtieron que su comportamiento conmigo dependía de cómo yo me comportase con ellos”.* Tenía dos mudas de ropa para cambiarse cada sábado. Disponía de un peine, un cepillo y pasta de dientes, y un rollo de papel higiénico. *“Pensaba pedir permiso para llevarme todo y mostrar a mis hijos que lo importante no es tener mucho sino contentarse con poco”.*

Normalmente a las seis de la tarde se acostaba, dormía rápidamente hasta la media noche y tenía dos horas de insomnio, pero volvía a dormir *“eso me ayudaba a recortar el tiempo, si uno es ministro el tiempo no alcanza, todo hay que hacerlo lo más rápidamente posible, pero allá es al revés. En un lugar de bañarme en diez minutos tardaba media hora, también extendía el tiempo de la comida (todos los días lo mismo arroz, pasta, frijoles y lentejas). Así sentía que el tiempo pasaba más rápido”.*

“Como quería sacarle provecho a mi condición de secuestrado, decidí practicar la virtud: la paciencia. En el secuestro uno obligatoriamente debe ser paciente. La paciencia es la virtud que permite la realización de lo que se quiere hacer, estar tranquilo...cada vez que me impacientaban, decía: tengo la capacidad de posponer el deseo...y así fui cultivando la paciencia”. ¿Nunca perdió la paciencia en esos 2222 días de secuestro? “No nunca. Tenía sentimientos de frustración, de dolor, de tristeza, de nostalgia. A veces decía: se me acabó la paciencia, estoy desesperado, pero miraba a mi alrededor y me decía ¿qué alternativa tengo?, solo tener más paciencia.

Uno de los momentos más difíciles fue cuando el presidente de Colombia Álvaro Uribe en octubre del 2006 no cerró el acuerdo para intercambiar guerrilleros con secuestradores de las FARC encarcelados. *“Dije mierda, esto se rompió. Me sentí muy defraudado, ¿qué hago?, volver a armarme de paciencia. Los momentos de frustración eran frecuentes. En un momento uno veía una luz, y al instante se apagaba. Entonces pensé, sembré un semillita, va creciendo, se murió la planta....Vuelvo y siembro otra semilla de esperanza. Así de fantasía, así sepa uno que no son reales”.*

Dios aparece con frecuencia en su discurso, *“Gracias a Dios logré escaparme”.* Dios, dice Araujo me mostró el camino cuando estaba perdido en los días de fuga, aclara sin embargo que no es religioso. *“Uno necesita compañía, estaba muy solo”.* Encontró esa compañía en un artículo de su hermana, publicado en un periódico local. Se titulaba *¿Por qué me confundo y me agito ante los problemas de la vida si Jesús está conmigo?* Recortó el artículo, lo guardó y lo memorizó, el texto le acompañó durante los 6 años. *“Me ayudó a mantenerme con una actitud positiva. Cuando me sentía triste, nostálgico, derrotado, encontraba en la gratitud la mejor medicina...En lugar de hundirme daba gracias a Dios por lo bueno de mi vida, los hijos, los padres, los hermanos, los éxitos personales...”.*

Tenía dos libretas, en una apuntaba lo que estudiaba, las frases o temas sobre los que quería profundizar cuando recuperase la libertad, *“La utilizaba para distraer la mente, para estar ocupado”.* La otra era una especie de diario. Allí anotaba los mensajes que escuchaba de mi familia (también a los dos años de cautiverio le dejaron una radio). *“luego los contestaba y les contaba lo que me había pasado en esos días, para sentir que mantenía una conversación. También anotaba asentimientos, frases de amor”.*

¿Escribía sobre Mónica (su mujer)?, *“Escribí sobre el dolor, sobre la incertidumbre, el día que cumplí los 6 años de cautiverio escribí sobre ella. Fue un acto de amor, a*

pesar de ya sabía que me había abandonado” (al no recibir en los programas de radio noticias sobre ella preguntó a los secuestradores, que le dieron la noticia).

Con los guerrilleros hablaba poco. Uno de sus temas era el fútbol. También les habló del dolor por el abandono de Mónica *“Ellos me decía, eso cuando salga encuentra otra...no tienen la capacidad de empatizar con el secuestrado, no son conscientes del daño tan profundo que le están causando”*.

Pasaba semanas sin hablar con nadie *“Cuando lo iba a hacer no me salía la voz. Lo que nunca perdía fue el diálogo conmigo mismo, el diálogo íntimo”* En ese diálogo analizó muchos sueños *“Fui aprendiendo a interpretarlos...creo que son mensajes del pasado, inconclusos...soñaba mucho con el mar,...entendí con los sueños reflejaban mi estado de ánimo”*.

El 31 de diciembre del 2006, tras un ataque aéreo del ejército logró escapar, hoy su temor es que de nuevo intenten secuestrarle a él o a alguien de su familia. Pero confía en Martín Caballero, comandante de las FARC, responsable de su secuestro, *“En la guerra que el batalla tiene claro el concepto de dignidad. Pienso que va a respetar el hecho de que huyese, el tenía obligación de intentar que yo no escapará, y yo tenía la obligación de huir”*.

LOS ATENTADOS COMO CAUSA DE EXPERIENCIA TRAUMÁTICA:

Psicopatología tras lo traumático. Respuestas clínicas ante los atentados: La influencia en la demanda.

Tal como describen los criterios diagnósticos de las clasificaciones, el vivir un hecho traumático puede originar una serie de respuestas en el individuo, que pueden llegar a ser síntomas, originando sufrimiento. Estas manifestaciones llegan a repercutir en el día a día del individuo, en su vida cotidiana, de manera que van a interferir en sus relaciones interpersonales, en su trabajo, en su ánimo...Cuando estas manifestaciones clínicas producen un sufrimiento que el paciente considera que no es capaz de poder superar/manejar por sí mismo, o con ayuda de su entorno, se produce la decisión de consultar, lo que habitualmente suele ser a alguien cercano en primer término, familiares, pareja, amigos (292). Si en esta primera consulta el individuo no encuentra

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

remedio a su sufrimiento se produce la consulta a los los servicios sanitarios, Atención Primaria en primer lugar, y desde aquí si se considera necesario, Atención Especializada, estaríamos hablando en este caso de que para llegar a los servicios sanitarios el usuario ha superado tres filtros, en primer lugar la decisión de consultar sobre lo que le sucede a familiares y amigos, en segundo lugar la de consultar a (en nuestro país la Atención Primaria), y en tercer lugar, en el caso de que su médico de cabecera lo estime oportuno y le deriva a Atención Especializada (Salud Mental en este caso), el acudir. Además existen otros dos filtros, el que el médico de cabecera derive al paciente a Salud Mental, y el que una vez allí se continúe con su tratamiento y no sea dado de alta. En el caso de los atentados del 11M, y dado su repercusión social, los primeros filtros fueron muy laxos, en el sentido de que la mayoría de la gente decidió consultar a Atención Primaria, y que desde aquí se produjo una derivación prácticamente inmediata a Atención Especializada de todos los pacientes (eran las instrucciones recibidas), por lo que la demanda en los servicios de Salud Mental fue todavía mayor. Además la influencia de los medios facilitó las consultas de los afectados, eliminando en parte los filtros sobre si consultar o no.

Tras un hecho traumático sin precedentes en España, muchos de los que estuvieron presentes en los diferentes trenes, o participaron en la ayuda en los primeros momentos, pueden sufrir una sintomatología clínica determinada, que en el caso de los que sufrieron directamente los atentados va a ser mayoritariamente una reacción aguda ante estrés y que si se mantienen en el tiempo originaría un TPET, con una psicopatología asociada que consistirá en la mayoría de los casos a grandes rasgos en síntomas evitativos respecto a la vivencia traumática, síntomas de hiperexcitación y síntomas intrusivos, y de embotamiento afectivo, que pueden ser temporales o mantenerse en el tiempo. Esta sintomatología clínica que la mayoría de las personas va a sufrir tras un hecho traumático, ya sea temporal o mantenida, junto a otro tipo de clínica que puede aparecer en la población afectada por tener familiares o amigos entre las víctimas o heridos, ya sea depresiva tras la pérdida de un ser querido, de orden psicótico... desencadenará la demanda específica, en cuanto a que está originada por un hecho concreto (los atentados del 11M) y los efectos en la salud mental de la población de éstos.

Por otro lado también puede ser una demanda inespecífica, formada por pacientes que consultan con una sintomatología determinada pero que esta no tiene que ver en principio con los atentados del 11M, pueden ser vecinos de Alcalá, pero no

conocen a víctimas ni heridos, y no estaban en los trenes siniestrados, esta demanda se va a sumar a la inicial, especialmente dentro de los Servicios de Salud Mental, y acrecentada por el escaso filtro que fue en esta situación la Atención Primaria, originando un grupo de pacientes con una psicopatología específica, en relación al estrés de los atentados, o inespecífica, demanda que aparece coincidiendo en el tiempo con los atentados, pero sin relación directa con ella (292).

Los antecedentes de los atentados terroristas: respuestas psicológicas a los atentados del 11S en Nueva York.

Los atentados terroristas de Nueva York y Washington el 11 de septiembre del 2001 (11S) supusieron el mayor atentado terrorista en la historia de los Estados Unidos, evidentemente, sus consecuencias hacen que puedan ser definidos como un hecho traumático, (cumple el criterio A de TPET según DSM IV).

Se conoce que la presencia de estos acontecimientos suponen para el ser humano indicadores de mayor riesgo de desarrollo no solo de TPET sino también de de otros síntomas psiquiátricos y de enfermedades físicas, además de que aumentan el uso de servicios de salud (293). Estas cifras pueden ser todavía mayores si el acontecimiento traumático es obra del ser humano, y no por ejemplo una catástrofe natural. Hasta el momento de los atentados del 11S el mayor atentado en suelo de Estados Unidos fue el atentado en el edificio federal de Oklahoma, donde se hallaron a los 6 meses una prevalencia de TPET en un tercio de los supervivientes (294).

Sobre los atentados en Nueva York, las primeras cifras de estudios indicaban que a los 3-5 días de los atentados un 44% de los habitantes de Nueva York tenían síntomas de TPET (295). Estudios posteriores demostraron que a las 5-9 semanas de los atentados en los habitantes que vivían más cerca del lugar del atentado (el sur de la calle 110), existían criterios de TPET en un 7.5% de los habitantes y de depresión 9.7% (295), además los habitantes que residían cerca del lugar del atentado tenían casi tres veces más posibilidades de desarrollar un TPET que los que vivían lejos (295). En un estudio realizado 2 meses después de los atentados, el criterio geográfico era uno de los predictores de riesgo de TPET, de forma que los habitantes cercanos al lugar del atentado tenían un riesgo de TPET del 11.2%, casi 3 veces mayor que el riesgo del global de la población estadounidense (4.35%) (295). Esto da muestra de la importancia de la localización geográfica ante desastres de esta magnitud, y de que cuanto más cerca se vive de ellos más riesgo existe de desarrollar patología.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Esta prevalencia se encontró asociada también al número de horas viendo la TV en los días posteriores al atentado, en concreto a la visión de hechos traumáticos en la televisión (296), existiendo mayor riesgo de sintomatología cuantas más horas de TV sobre los atentados se hubiesen visto (de nuevo surge la duda de si es una estrategia mal adaptativa de coping o bien es una consecuencia). También existían mayores tasas de sintomatología en aquellos que habían sufrido por familiares o amigos, muertos en los atentados o heridos (296), también era mayor en aquellos que tenían amigos o familiares militares, aunque esta diferencia no era estadísticamente significativa (294).

En un principio se consideró que si bien el riesgo de sufrir un TPET, era mayor en ciudadanos que se encontraban en Nueva York que en el resto de habitantes estadounidenses, que se encontrase en otro lugar, pero que estas diferencias eran marcadas por los factores sociodemográficos, y si realizaba una corrección estadística en este sentido no habría tanta diferencia. Esta hipótesis demostró ser errónea, ya que cuando se realizó la corrección según estos factores sociodemográficos, la población que se encontraba en la ciudad de Nueva York tenía un riesgo relativo de 2.9 (1.4-5.8) de sufrir un TPET, corrigiendo según la edad, sexo, etnia, raza y educación, por tanto mayor que el de un ciudadano que ese día no se encontrase en Nueva York, lo que aboga a favor del factor de riesgo que supone la cercanía del acontecimiento traumático para el desarrollo de sintomatología (295).

El seguimiento posteriormente realizado, a los dos meses de los atentados, sobre los habitantes estadounidenses también dio cifras en este sentido, el 16.6% de los habitantes de Nueva York tenían síntomas de estrés agudo, en el distrito de Columbia era del 14.9%, mientras que en otras áreas metropolitanas era del 12.3% y en el resto de los estados unidos era del 11.1%, finalmente en el global de la población estadounidense los síntomas de estrés agudo eran del 11.6% (295). Por tanto si en los días posteriores a los atentados, el riesgo relativo era mayor de TPET en la población de la ciudad de Nueva York, a los dos meses, esta cifra se igualaba, siendo muy pareja en todo Estados Unidos, sin que existiesen diferencias significativas (295). Tampoco en el seguimiento a los dos meses se observaron diferencias significativas en cuanto a riesgo relativo, en ciudadanos que tenían familiares o amigos heridos de desarrollar estrés agudo (15.3%), por 10.3% de los que no tenían familiares o amigos, o los que tenían familiares o amigos en el ejército (14.9% de desarrollar estrés agudo por 10.6% de los que no tenían familiares o amigos en el ejército), sin que existiesen diferencias significativas tampoco (297), según datos del observatorio nacional norteamericano.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Por tanto, descartado el criterio geográfico, el único factor que sí resultó implicado en el riesgo de desarrollar síntomas de estrés agudo era el número de horas de televisión vistas los días posteriores, existiendo mayor riesgo de estrés agudo cuantas más horas de televisión se hayan visto al día, 7.5% para los que habían visto menos de cuatro horas semanales, 9.4% para los que ven de cuatro a siete horas, 15.6% para los que habían visto de ocho a once y 18% para los que veían más de 12 horas semanales de televisión dedicada a los atentados, estas diferencias sí son estadísticamente significativas (296). Este hallazgo se puede interpretar como que el número de horas vistas de televisión sea una consecuencia del hecho traumático, o bien una estrategia de coping mal adaptativa, para la superación del hecho traumático (298), el género también resultó un criterio selectivo, existiendo mayor riesgo de clínica de estrés agudo para las mujeres (296).

Se estudió también las respuestas en los niños menores de once años en familias que residían cerca del lugar del atentado, si bien sí que existían en estos niños síntomas como problemas de sueño (29.9%), irritabilidad (24.3%) y ansiedad de separación de sus padres (26.5%), no existían diferencias significativas al compararse con el resto de niños estadounidenses, aunque estas cifras indican la mayor vulnerabilidad de los niños ante estas situaciones (295).

Finalmente sí destaca que el riesgo relativo de desarrollo de TPET fuese mayor a los dos meses en Nueva York (área urbana) y en Washington que en el resto de Estados Unidos (295). Aunque no existen diferencias significativas, el hecho de que fuese mayor en Nueva York que en Washington puede tener que ver con el tipo de atentado que sufrieron esas ciudades, mientras que en Nueva York, las Torres Gemelas se encontraban en el centro de la ciudad, y el riesgo percibido es por tanto mayor, en Washington se atacó el Pentágono, centro situado a las afueras, militar y de inteligencia, lo que pudiera influir en que el riesgo percibido por la población fuese menor (295).

Evolución de la sintomatología tras el 11S: Por lo tanto las reacciones a los atentados en la población estadounidense fueron muy acusadas, a los 3-5 días, el 44% de los norteamericanos tenían al menos 1 de los 5 tipos de síntomas de TPET (295). En el seguimiento realizado hasta los seis meses tras los atentados en la población neoyorquina se encuentran los siguientes hallazgos, en los habitantes de Nueva York que residían al sur de la calle 110 (más cercanos al lugar del atentado), la prevalencia

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

de probable TPET, en cuanto a la sintomatología fue al mes del 7.5%, decreciendo a los 4 meses al 1.7% y a los seis meses al 0.6%, mientras que la prevalencia de sintomatología de estrés agudo, fue del 17.4% al mes, del 4% a los cuatro meses y del 4.7% a los 6 meses (295), por lo tanto, la evolución en general, sin necesidad de recurrir a las redes de Salud Mental es buena generalmente buena, y la sintomatología evoluciona de manera benigna con el tiempo en la mayoría de la población.

Relación entre variables sociodemográficas y desarrollo de TPET en la población de Nueva York tras los atentados del 11S (295).

a) Edad: La edad no demostró ser un factor que influyese en el desarrollo de TPET, seis meses después del atentado, entre la población de 18-24 años el riesgo de PTSD era del 6.8%, entre 25-34 años fue del 7.3%, entre 35-44 fue del 6.7%, entre 45-54 del 10%, entre 55-64 del 7.1% y finalmente en los mayores de 65 fue del 4.8%, si bien no son diferencias estadísticamente significativas. Si este riesgo se evalúa al mes las cifras tampoco son estadísticamente significativas, la edad por lo tanto no es un factor que según este estudio influya en el riesgo de desarrollar sintomatología. Los datos evaluados al mes indican cifras de riesgo relativo mayor, 18-24 años 23.3% de riesgo de TPET, entre 25-34 años un 8.9%, entre 35-44 años un 38.1%, entre 45-54 años un 14.1%, entre 55-64 años un 14.1% y en mayores de 65 un 21% de riesgo de TPET.

b) Género: Al mes de los atentados el riesgo de TPET era mayor en hombres 26.5% por 14.6% en mujeres, cifras que se invertían a los 6 meses, 7.1% en hombres por 7.5% en mujeres, si bien no existen diferencias significativas.

c) Raza: a los 30 días, los ciudadanos blancos tenían un 18.4% de riesgo de TPET, en afroamericanos era de un 24%, en asiáticos era del 25.8%, en hispanos era del 14.4% y en ciudadanos de otras razas del 36.4%, a los 6 meses, las cifras eran de un 5.5% en raza blanca, de un 7.3% en afroamericanos, un 5.8% en asiáticos, un 10.2% en hispanos y un 9.5% en otras razas. Aunque las diferencias tampoco eran estadísticamente significativas, llama la atención el descenso del riesgo en ciudadanos de raza blanca tan marcado a los seis meses, al igual que en afroamericanos y asiáticos y en otras razas, mientras que en hispanos, el riesgo casi no disminuía, siendo en ciudadanos de otras razas y en asiáticos, donde el descenso era mayor.

d) Nivel educativo: Al mes de los atentados en ciudadanos sin estudios, el riesgo de desarrollo de TPET era del 40%, en ciudadanos que tenían estudios en High

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

School (instituto) del 22.2%, en ciudadanos que habían llegado a la universidad sin completar los estudios era del 6.4%, aumentando en los que tenían los estudios en la universidad acabados al 11.1% y en los que tenían trabajo ligado a sus estudios universitarios del 14.5%. Las cifras a los 6 meses disminuían en este riesgo en todos los grupos, 12.1% para el grupo sin estudios, 4.5% estudios en instituto, 6.3% en estudios universitarios y 10.3% para el grupo con estudios que trabajan en algo relacionado con ello, incrementándose el riesgo solo en el grupo con estudios universitarios al 7.3%, sin que haya diferencias significativas.

e) Ingresos económicos: En estos subgrupos tampoco existían diferencias significativas, los puntos de corte se establecieron en cuanto a ingresos anuales en menos de 20000\$ anuales, al mes el riesgo de TPET del 24.8% y a los seis meses del 12.8%, de 20000-30000\$ anuales, riesgo de TPET al mes del 33.8% y a los seis meses del 4.7%, de 30000 a 40000\$ anuales riesgo de TPET del 14.9% al mes y del 9.9% a los seis meses, 40000-50000\$ anuales, riesgo de TPET del 9.6% al mes y de 6% a los seis meses, de 50000 a 75000\$ anuales, riesgo del 9.2% al mes y del 5.6% a los seis meses, de 75000 a 100000\$ anuales riesgo de TPET del 10.6% al mes y del 11.1% a los seis meses y finalmente de más de 100000\$ anuales, riesgo al mes del 8% y a los seis meses del 3.2%, si bien las diferencias no son estadísticamente significativas ($p < 0.08$), si llama la atención la tendencia a tener menor riesgo de desarrollar clínica cuanto mayores son los ingresos económicos, especialmente se ve esta tendencia al mes de los atentados, mientras que a los seis meses esto no es tan claro.

Los factores sociodemográficos que sí han demostrado en estos estudios diferencias significativas en cuanto al riesgo de desarrollo de TPET son los siguientes:

f) Estado civil: Los pacientes que demostraron mayor riesgo de sintomatología, tanto al mes como a los seis meses fueron los separados (64.5% al mes y 14.55% a los seis meses), los divorciados (15% al mes y 19.6% a los seis meses) y los que convivían sin estar casados (40.6% al mes y 22.6% a los seis meses), estas cifras eran menores en casados (12.3% al mes y 5.3% a los seis meses), los que nunca habían estado casados (17.3% al mes y 5.3% a los seis meses), y en los viudos (7.5% al mes y a los seis meses), por lo que sí parece que el convivir solo, los separados, los divorciados, o no estar casado, aunque no en los viudos supone un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología.

g) Apoyo social: Sin duda es un indicador del riesgo de clínica, es un factor que disminuye el riesgo del desarrollo síntomas, para pacientes con apoyo social alto, al

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

mes de los atentados el riesgo de sintomatología aguda era del 25% y a los seis meses del 3.6%, en pacientes con apoyo social medio era del 16.6% al mes y del 8.9% a los seis meses, mientras que en pacientes con apoyo social bajo el riesgo al mes era del 22.1% y a los seis meses disminuía solo al 9.4%.

h) Otros acontecimientos traumáticos, la presencia de acontecimientos traumáticos previos supone un factor de riesgo para desarrollar psicopatología, de esta forma se analizó la presencia de estos acontecimientos en los ciudadanos, y su influencia en el riesgo de síntomas, entendiendo como tales el haber sufrido pérdidas en familiares o amigos, actos de violencia a uno mismo o conocidos o situaciones en las que se percibiese que la vida de uno, de sus familiares o amigos estuviese en riesgo previamente a los atentados.

-Acontecimientos traumáticos antes del mes del 11S: Aunque las cifras no eran importantes en el riesgo al mes de sintomatología, 24.1% para los que no habían tenido acontecimientos traumáticos antes del 11S, 30.1% para los que habían tenido alguno, 19.6% para los que habían tenido dos o tres y más de 14.2% para los que habían tenido más de cuatro, estas cifras si influyen en la evolución a los seis meses, siendo de 2.5% el riesgo de TPET para los que nunca habían sufrido ninguno, 4.1% para los que habían sufrido uno, 10.9% para los de dos o tres y 15.1% para los que habían sufrido cuatro o más acontecimientos traumáticos previos.

-Acontecimientos traumáticos en el año previo al 11S: También aquí existía influencia en la evolución a los seis meses, 3.7% de riesgo para TPET en los que no habían sufrido acontecimientos traumáticos en el año previo al 11S, 11.9% para los que habían tenido uno y 12.4% para los que habían tenido dos ó más.

-Acontecimientos traumáticos tras el 11S: También se ve en las cifras que influye en la evolución en pacientes que sufrieron tras el 11S otro acontecimiento traumático, al mes no destaca nada relevante, 20.61% de riesgo de síntomas para los que no los habían sufrido ningún acontecimiento traumático y 18.36% para los que sí, pero su influencia es indudable a los seis meses, 6% de riesgo de TPET para los que no lo habían sufrido y 18.5% de riesgo para los que habían vivido algún acontecimiento traumático tras los atentados. En estos tres ítems si que existen diferencias estadísticamente significativas cara a la evolución en el riesgo de desarrollo de clínica ($p<0.05$).

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares

Manhattan al sur de la calle 110

Ciudad de Nueva York (global)

	Prevalencia de probable PTSD	Intervalo	Prevalencia de TPET subsindrómico	Intervalo	Prevalencia de probable TPET	Intervalo	Prevalencia de TPET subsindrómico	Intervalo
1 mes tras el 11S	7.5%	5.7-9.3%	17.4%	14.8-20%				
4 meses tras el 11S	1.7%	0.4-3%	4%	2.2-5.8%	2.3%	1.5-3.1%	4.8%	3.7-5.9%
6 meses tras el 11S	0.6%	0.3-0.9%	4.7%	2.5-6.9%	1.5%	0.8-2.2%	5.3%	3.7-6.9

Esta tabla resume las cifras de prevalencia de TPET según la localización geográfica de residencia del individuo.

Este estudio (299), de seguimiento sobre afectados en los atentados terroristas de Nueva York indican varias cosas, por un lado lo rápido que disminuye la prevalencia del TPET en la población general neoyorquina. Por otro lado que a los 6 meses la mayoría de los pacientes que cumplían criterios de TPET eran personas que habían estado directamente afectados por los atentados, en concreto dos tercios habían estado implicados directamente por un tercio que no, lo que por otro lado indica que los efectos del atentado se extienden a toda la población urbana. Por otro lado la prevalencia a los seis meses de TPET era del 36.7%, entre los ciudadanos que se encontraban en las Torres Gemelas, los estudios al respecto indican que la prevalencia de TPET desciende durante el primer año tras el acontecimiento traumático (297), los estudios realizados en veteranos de la Guerra de Vietnam indican que solamente un tercio de los casos tienden a cronificar (300), sin embargo en estudios longitudinales realizados en supervivientes a violaciones y accidentes de tráfico, más de la mitad de los casos mantenían criterios de TPET a los seis meses (301).

En el estudio prospectivo en habitantes de Nueva York (295), llama la atención que un 5.3% cumplían a los seis meses criterios de probable TPET, además se produjo

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

un incremento en el uso de los servicios de Salud Mental en la ciudad, indicador de que las secuelas de los atentados perduraron en la población (302).

Los datos sobre la importancia de los factores sociodemográficos indican que también existen grupos con mayor riesgo de desarrollar TPET (303), así como la importancia del apoyo social. Finalmente la pérdida de empleo es un factor de riesgo para que se mantenga la clínica de TPET (303).

Otros estudios sobre TPET tras atentados terroristas:

A pesar de que sean los atentados del 11S en Nueva York, uno de los caso más estudiados sobre la prevalencia de TPET en población civil tras atentados terroristas, existen otros estudios la misma temática, en concreto otro estudios sobre consecuencias de atentados.

Los siguientes estudios están completados sobre muestras de pacientes que cumpliesen estos criterios: 1) Víctimas de atentados terroristas, no se incluyen víctimas de actos políticos o de actos “espontáneos” (víctimas de actos violentos cometidos por individuos sin reivindicaciones terroristas, muertos por disparos de algún individuo por ejemplo), 2) se incluyen estudios que hayan utilizado alguna escala para determinar la prevalencia de TPET, 3) estudios que existiesen previos al 11S (entre 1980 y 2001). (297). Como se observa, con muestras más pequeñas, las cifras de TPET son bastante elevadas a los seis meses.

Estudio	Muestra	Suceso/Fecha	Prevalencia TPET	Síntomas de población	Tipo de población
Abbenhaim 1992	254	Actos terroristas en Francia 1982-1987	18% (10.5-30.7%)	Irritabilidad, reexperimentación, sentimientos de vulnerabilidad	Civil
Curran 1990	27	Coche bomba Irlanda del Norte 1987	50% a los 6 meses		Civil
Shalev 1992	12	Suicida en autobús en Israel 1992	33% a los 6 meses		Civil
Trappler y Friedman 1996	11	Atentado en sinagoga judía en Nueva York 1996	36.4%	Clínica ansiosa, depresiva y de TPET	Civil

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Wilson 1997	76	Policías en el Ulster 1993-1994	5% a los 7-10 meses de los atentados		Policías
-------------	----	---------------------------------	--------------------------------------	--	----------

Resumen de las cifras de prevalencia de TPET tras actos terroristas.

¿Produce un hecho traumático un aumento del uso de servicios sanitarios?. El uso de los servicios de Salud Mental y de medicación en Nueva York tras el 11S:

Un estudio posterior fue el realizado en la ciudad de Nueva York, se analizaron las variables sociodemográficas, y su relación con el uso de los Servicios de Salud Mental y de medicación (304). Se estudiaron variables como la raza (blanca, asiática, afroamericana, hispanos u otros), educación (no ha llegado al instituto, instituto acabado, universidad sin acabar, universidad acabada, doctor), edad (18-24, 25-44, 45-64 o más de 65), Traumas previos (no, uno, dos o tres, cuatro o más), acontecimientos traumáticos en el pasado (no, sí), incremento del consumo de alcohol (no, sí), TPET (no, sí), crisis de ansiedad durante o tras los atentados (no, sí), acontecimientos traumáticos en los 12 meses previos a los atentados (no, sí) y si eran factores que influían en el uso de los Servicios de Salud Mental o en el uso de medicación.

La siguiente tabla habla de los hallazgos:

Descripción del uso de servicios sanitarios en Salud Mental tras el 11S (6 meses):
(302)

Raza	Porcentaje del total	Porcentaje de usuarios de Servicios de Salud Mental
-Blanca	39.9	10.7
-Asiática	5.3	8.5
-Afroamericana	25.3	5.2
-Hispana	24.6	5.4
-Otras	4.9	4.7
Educación		
-Menos de instituto	11.5	6.2
-Instituto finalizado	25.3	3.8
-Universidad sin acabar	22.1	8.6
-Universidad acabada	3.4	7.7
-Doctor	10.8	15.9
Edad		

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

-18-24	5.2	3.9
-25-44	47.8	7.9
-45-65	27.2	10.5
-Mayor de 65	9.8	4.3
Traumáticas a lo largo de la vida		
-No	30.3	3.5
-Uno	23.5	5.8
-Dos ó tres	27.1	9.6
-Cuatro o más	19.2	13.4
Acontecimientos traumáticos en los 12 meses previos		
-No	55.8	4.8
-Uno	28.1	7.9
-Dos o más	16.1	16.6
Incremento de consumo de alcohol		
-No	93.8	6.5
-Sí	6.2	18.8
Clínica depresiva		
-No	92.2	6
-Sí	7.8	26.9
Crisis de pánico		
-No	83.2	6.8
-Sí	16.7	11.5
Clínica de TPET		
-No	91	6.1
-Sí	9	22.1

De esta forma, analizando los datos sociodemográficos se observa que (302):

-Uso de servicios según la raza: La raza que más acudió a Salud Mental fueron los blancos (10.7%), seguidos de los asiáticos (8.5%), con diferencia las razas que más los usaron, destaca que el resto de razas, afroamericanos, hispanos y otras razas acudieron a los Servicios de Salud Mental en menor medida (5.2, 5.4 y 4.7%). Estos hallazgos pueden estar en relación a que sean los blancos los ciudadanos con mayor facilidad para acudir a los servicios de Salud Mental, ya sea por motivos económicos, de integración social o de conocimiento de su existencia, sin embargo si atendemos a la ratio según el global de habitantes la raza asiática es la que más usa los servicios sanitarios.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

-Uso de los servicios según nivel educativo: Los resultados son poco concluyentes, si bien son los ciudadanos con mayor nivel educativo los que más acuden (15.9%), en el resto de grupos no se cumple la relación entre mayor nivel educativo y más uso, los que menos lo usaron fueron los que tenían grado de instituto (3.8%), seguido de los que no tenían estudios en instituto (6.2%), los que tenían título universitario (7.7%), y los que habían llegado a la universidad (8.6%). Son los pacientes con nivel educativo alto (universitarios y doctores), los que presentan la ratio más alta de uso de los servicios, en este caso a mayor nivel educativo mayor uso de lo sanitario.

-Uso de los servicios según edad: Parece que los individuos con menor edad y mayor edad fueron los que necesitaron usar menos los servicios (3.9% de 18 a 24 años, y 4.3% mayores de 65 años), el grupo que más los uso fueron los de 25 a 44 años, con bastante diferencia (7.9%), y de 45 a 65 años (10.5%), como posible explicación los autores hablan la hipótesis del filtro que suele existir en el uso de servicios especializados, que es mayor generalmente para ancianos y jóvenes que para el resto de estratos, pero parece que si este filtro no existiese, tampoco se observa una relación entre el uso de servicios y la edad. Sin embargo, de nuevo según la ratio, son los individuos más jóvenes los que mayor frecuencia sanitaria de uso tienen.

-Existencia de acontecimientos traumáticos en la vida del paciente: Esta es una variable que parece que se correlaciona con el uso de los servicios, la existencia de traumas previos, es un factor de riesgo, para el desarrollo de sintomatología, en concreto cuantos más traumas hayan existido más fácil es que se desarrolle, y por tanto, que se acuda a los servicios especializados. Si no había existido trauma previo solo un 3.5% de individuos acudieron a los servicios de Salud Mental, cifras que van aumentando conforme existen más traumas, 5.8% si ha existido un trauma, 9.6% si han existido dos o tres y un 13.4% si han existido cuatro o más.

-Existencia de acontecimientos traumáticos en los doce meses previos al atentado: Al igual que el dato anterior, es un factor que influye en el desarrollo de clínica tras un acontecimiento traumático, más incluso, porque a mayor cercanía de otro acontecimiento traumático hay más riesgo de que se produzca sintomatología. En concreto 4.8% de probabilidad de uso si no ha habido acontecimientos traumáticos, 7.9% si ha existido uno y 16.6% si han existido 2 o más en el último año, de nuevo es un factor determinante el que existan acontecimientos traumáticos, y más cuanto más cerca se hayan producido, como se observa en el uso de los servicios.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

-Aumento del consumo de alcohol y uso de servicios: Existe una relación entre el consumo de alcohol y el TPET, de modo que se puede considerar una estrategia de coping mal adaptativa, cuando existen dificultades para el afrontamiento, o la elaboración de una narrativa dentro del esquema vital para integrar la experiencia traumática, lógicamente es un factor que influye en el uso de los Servicios de Salud Mental, de forma, que si no existe aumento del consumo de alcohol, el uso es de un 6.5%, cifra que se triplica si existe aumento del consumo, hasta un 18.8% de individuos usaron los Servicios de Salud Mental.

-TPET y uso de servicios: Lógicamente los individuos que desarrollaron clínica de TPET usaron más los servicios, 22.1%, mientras que si no existía clínica el uso bajaba al 6.1%.

-Depresión y uso de servicios: Las cifras de uso si no existía clínica depresiva eran similares a las de si no existía clínica de TPET, 6%, pero si había clínica depresiva, el uso era todavía mayor, 26.9%, la clínica depresiva pasa menos desapercibida para los individuos, y también para familiares y amigos, por lo que consultarían más.

-Crisis de pánico y uso de servicios: Si no había existido crisis de pánico solo el 6.8% de individuos acudía a Salud Mental, mientras que las cifras se incrementaban hasta el 11.5% si había existido, parece que era un motivo que hacía que los individuos consultasen más, pero menos que en el caso de que existiese clínica de TPET o de depresión, se puede entender que las crisis de pánico son menos disruptivas que la depresión o el TPET para la vida del individuo.

Uso de medicación tras los ataques del 11S (a los 6 meses): (305)

Raza	Porcentaje del total	Porcentaje de usuarios
-Blanca	39.9	11.9
-Asiática	5.3	8.2
-Afroamericana	25.3	4.7
-Hispana	24.6	4.5
-Otra	4.9	5.6
Edad		
-18-24	15.2	1.4
-25-44	47.8	7
-45-64	27.2	12.4
-mayor de 65	9.8	8.1

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Estado civil		
-Casado	44.9	7.5
-Separado/divorciado/viudo	16.6	13.3
-Soltero	35.3	5.6
-Convivencia no casado	3.2	6.8
Apoyo social		
.-Bajo	30.7	7.5
-Moderado	37.4	9.8
-Alto	31.9	5.7
Seguro de salud		
-No	20	2.3
-Sí	80	8.8
Acontecimientos traumáticos en el pasado		
-Ninguno	30.3	4.3
-Uno	23.5	6.2
-Dos o tres	27.1	9.4
-Cuatro	19.2	12.7
Acontecimientos traumáticos en los últimos 12 meses		
-No	55.8	3.9
-Uno	28.1	9.7
-Dos o más	19.2	17.4
Incremento del consumo de alcohol		
-No	93.8	7.1
-Sí	6.2	16.4
Clínica de TPET		
-No	91	6.5
-Sí	9	19.8
Depresión		
-No	92.2	5.8
-Sí	7.8	29.7
Crisis de pánico durante o tras los ataques		
-No	83.3	6.5
-Sí	16.7	13.7

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

En esta segunda parte del estudio podemos ver, como, existen unos resultados similares en el uso de medicación y en el uso de servicios sanitarios, descrito previamente:

-Uso de medicación y raza: Llama la atención el hecho de que sea la raza blanca los que reciben más veces medicación (39.9%), quedando bastante detrás el uso de fármacos en las otras razas, 5.3% la asiática, 25.3% la afroamericana, 4.5% la hispana y 5.6% otras razas, existiendo diferencias significativas estadísticamente entre ellas. Si bien en cuanto a ratio, es de nuevo la raza asiática la que con más frecuencia toma psicofármacos.

-Uso de medicación y edad: Los individuos que más recibieron fármacos fueron los comprendidos entre 45 y 64 años (12.4%), seguido de los sujetos mayores de 65 años (8.1%), y luego los de 25-44 años (7%), y por último los de 18-24 años (1.4%), no existen diferencias significativas, ni tampoco una relación entre mayor o menor y edad y recibir tratamiento farmacológico. Valorando la ratio, y aunque no existen diferencias significativas es la población de más edad la que recibe tratamiento farmacológico con más frecuencia.

-Uso de medicación y estado civil: Aunque tampoco existen diferencias significativas, los individuos que más fármacos reciben son los separados-divorciados o viudos (13.3%), cifras mayores que en el resto de subgrupos, que están bastante más parejas, casados 7.5%, los que habitan en pareja sin casarse, 6.8% y los solteros 5.6%, también en este caso la ratio es mayor para este grupo.

-Uso de medicación y apoyo social: Este subgrupo llama la atención, no solo porque no existen diferencias significativas, sino porque el grado de apoyo social no influye positivamente en que se reciban o no fármacos, es decir, no se da lo que se puede esperar, que es a mayor aporte social mejor pronóstico y menor uso de medicación, así los individuos con un apoyo social moderado son los que más fármacos reciben, 9.8%, seguido de los de apoyo social bajo, 7.5% y finalmente los que tienen un alto apoyo social, 5.7%, pero en este caso el apoyo social no es un factor protector para la toma de psicofármacos tras un acontecimiento traumático.

-Uso de mediación y daños físicos: Este sí que es un indicador de recibir tratamiento farmacológico, existiendo diferencias significativas ($p < 0.05$), los individuos que sufrieron daños físicos reciben tratamiento farmacológico en mayores ocasiones que los que no, 2.3% por 8.8%.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

-Uso de medicación y seguro de salud: De nuevo aparecen diferencias significativas ($p<0.05$), los individuos que tenían un seguro de salud recibieron medicación con mayor frecuencia que los que no lo tenía, 8.8% por 2.9%.

-Uso de mediación y presencia de acontecimientos traumáticos: En este ítem, si bien sí que existe un gradiente, en cuanto a que a mayor número de acontecimientos traumáticos mayores dosis de medicación, los individuos que no habían tenido traumas previos a lo largo de su vida recibieron tratamiento farmacológico en el 4.3% de los casos, los que habían tenido un trauma en su vida en un 6.2%, 2 ó más traumas en un 9.4% y finalmente 4 ó más traumas a lo largo de su vida en un 12.7%. Esto indica que la presencia de traumas previos se asocia con la sintomatología producida, y por ende con los fármacos recibidos, en relación a la situación clínica, si bien solo existen diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$) en el último subgrupo, los que han sufrido 4 ó más traumas a lo largo de su vida, previamente a los atentados.

-Uso de medicación y acontecimientos estresantes en los doce meses previos: De nuevo existe una relación, entre la existencia de acontecimientos estresantes en los últimos doce meses y el uso de medicación, de manera que esto determina el mayor uso de fármacos, así los individuos que no los habían sufrido, recibieron tratamiento farmacológico en un 3.9% de los caso, los que habían sufrido un acontecimiento estresante en el último año en un 9.7%, y los que habían tenido 2 ó más en un 17.4%, de nuevo existen diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$).

-Uso de medicación e incremento del consumo de alcohol: Los individuos que experimentaron un aumento en el consumo de alcohol, recibieron mayores dosis de medicación que los que no lo incrementaron, 16.4% por 7.1%, de nuevo existen diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$).

-Uso de medicación y presencia de criterios de TPET: También aquí existen diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$), los que sí recibieron este diagnóstico usaron medicación en mayor medida que los que no, 19.8% por 6.5%, llama la atención sin embargo que los individuos con criterios clínicos de TPET recibieron medicación, aunque en mayor frecuencia que los que no, pero aún así en un porcentaje bajo (no llegó al 20%).

-Uso de medicación y depresión: También los individuos con criterios de depresión recibieron tratamiento farmacológico con más frecuencia que los que no 29.7% por 5.8%, con diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$), pero también

llama la atención que quizás sea bajo el número de individuos con cuadros depresivos que la recibieron.

-Uso de medicación y crisis de pánico: También los pacientes con crisis de pánico recibieron medicación en mayores casos que los que no la tuvieron, 13.7% por 6.5%, también existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

Analizando las cifras del estudio vemos que los aspectos estudiados que guardan relación con el uso de los servicios sanitarios tras 6 meses y el uso de medicación (en los 6 meses posteriores) en los que existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$), y que podemos considerar como aspectos que influyen en la gravedad inicial del cuadro, y con la evolución serían estos: La presencia de acontecimientos traumáticos en el pasado, presencia de acontecimientos traumáticos en los doce meses previos a los atentados, la presencia de cuadros depresivos, incrementos del consumo de alcohol, síntomas de TPET y crisis de pánico (este último sólo en cuanto al uso de medicación).

Estudios sobre evolución tras los atentados del 11S en trabajadores del Pentágono: (306)

Otro estudio realizado a los trece meses de los atentados, en trabajadores del Pentágono, lugar en el que se estrelló otro de los aviones en el 11S trataba de determinar a los trece meses las cifras de pacientes con criterios para TPET o depresión. Se envió un cuestionario a los trabajadores del Pentágono, se enviaron 680 mails, preguntando por la posibilidad de contestar a las preguntas, respondieron 212 personas, 142 hombres (67%), y 70 mujeres (33%), 142 estaban casados (67%). Se usaron los cuestionarios de "Impact Events Scales" para estudiar la presencia de TPET y para determinar la presencia de depresión el Patients Health Questionary Depresión Scale. Los resultados fueron comparados con los obtenidos por los mismos autores en un estudio realizado también entre trabajadores del pentágono a los 7 meses, en este estudio se obtuvieron unas cifras de TPET para el 14% de los que respondieron, encontrándose una asociación entre la presencia de TPET y sujetos con elevados niveles de disociación peritraumática tras los atentados, gran respuesta emocional inicial y niveles bajos de seguridad percibida (306).

En este caso las cifras que se dieron indicaron a los trece meses fueron de un 23% de posibles casos de TPET, y un 4% de posibles cuadros de depresión, las cifras de TPET son comparables con el 14% obtenido a los 7 meses, pero los casos de

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

depresión mayor son menores que las cifras en la población general, una posible explicación para los autores es que esta muestra está compuesta con individuos con elevados niveles socioculturales y económicos, además de tener empleo fijo se observó que los individuos que habían estado más cerca del lugar en el que se estrelló el avión tenían mayor riesgo de TPET (306). Además los individuos con posible TPET tenían mayor comorbilidad con cuadros depresivos, menores niveles de seguridad percibida, tanto en su casa como fuera de ella, lo que indica elevados niveles de clínica de TPET, evitación, hiperexcitación y clínica intrusiva. También se encontró que las mujeres tenían 5.4 veces más riesgo que los hombres de desarrollar TPET (306).

Funcionamiento de la red de Salud Mental (307):

Desde el momento en el que se conocieron los atentados y la magnitud de la tragedia, desde la Oficina Regional de Salud Mental, la primera actuación fue la de en las primeras horas tratar de movilizar a la mayor cantidad de profesionales sanitarios de Salud Mental en la Comunidad de Madrid. Eran todavía las primeras horas de la catástrofe, y no se conocían todavía con exactitud datos relativos a la cuantía de la tragedia, por tanto se envió un primer fax a los centros y hospitales, en la que se pedía ralentizar la actividad de ese día (jueves laborable), y estar a la espera de más información. Al mismo tiempo se comenzó a recoger un listado con voluntarios (profesionales de Salud Mental), que estuviesen dispuestos a participar en labores asistenciales, recogiendo el nombre, profesión, teléfono y disponibilidad horaria.

Cuando se comenzaron a conocer datos sobre el número de víctimas y la magnitud de la tragedia se comenzó a trabajar en la fase de impacto, estructurada en dos ramas. Por un lado, centrada en los hospitales de la CAM, que eran donde acudían tanto los heridos de diversa consideración, como los familiares y amigos de las víctimas, que era coordinada por los jefes de servicio de psiquiatría. Por otro lado, desde el momento en el que se organizó el recinto del IFEMA, como tanatorio improvisado donde se realizaba el reconocimiento de las víctimas se centró aquí otro foco de intervención

Se enviaron desde la Oficina Regional una serie de directrices generales para el manejo terapéutico de dicha situación. Se realizaron durante los días que iban desde el 11 al 14 de marzo una organización en turnos, cubiertas por profesionales sanitarios de la red y voluntarios, para tratar de cubrir la atención, de por un lado los familiares y amigos de víctimas que se encontraban en el IFEMA, los familiares y amigos de

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

víctimas que se encontraban en los hoteles habilitados (en los casos en los que eran de fuera de Madrid), y finalmente en los tanatorios en los que iban acudiendo los muertos y los familiares (principalmente en la Almudena), pero también en Alcalá de Henares, en el polideportivo el Juncal, utilizado como tanatorio provisional, y en el que trasladaron algunos de los féretros de los muertos procedentes de Alcalá de Henares. En dichos lugares la labor de acompañamiento de familiares y amigos se trató de que fuese lo más organizada posible, encontrándose entre los profesionales intervinientes, tanto profesionales de la Red de Salud Mental (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales), como voluntarios del Colegio Oficial de Psicólogos, como voluntarios espontáneos, la sensación, dado el gran número de voluntarios, fue de cierto caos, y muy difícil de poder organizar, especialmente en la primera noche en el IFEMA.

Dentro de esta intervención inicial se trató de organizar en tres grupos (mañana, tarde y noche), englobando unos 140 profesionales, tratando de que estuviese formado cada uno de los grupos por profesionales del mismo área, para facilitar la coordinación. Estos grupos se dividían partiendo con los familiares hacia los tanatorios, en el momento en el que comenzaron a salir víctimas identificadas del IFEMA.

Al mismo tiempo el grupo de psicólogos del SUMMA, y psicólogos aportados por el Colegio Oficial de Psicólogos, organizó durante 24 horas una asistencia sanitaria telefónica hasta el 22 de marzo a familiares para facilitar información y los trámites a seguir.

Del mismo modo, se abrió una consulta, desde el 15 al 19 de marzo, coordinada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, en la Universidad Complutense, para que pudiesen ser atendidos familiares y amigos de víctimas que estaban todavía en proceso de identificación, la demanda fue sin embargo escasa.

Finalizada la fase inicial de impacto, que contó con profesionales sanitarios y voluntarios comenzó esta fase, la más larga, que tenía como objetivo el lograr tratar a todas las víctimas tanto directas como indirectas de los atentados, esta fase fue realizada por profesionales sanitarios.

El 22 de marzo se constituyó una comisión, formada por representantes de la Consejería de Sanidad, Ayuntamiento de Madrid, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa y Consejería de Castilla la Mancha, a partir de la cual se aprobó un Plan de Atención de Salud Mental a los Afectados por el 11M. Que sería coordinada por la Consejería de Sanidad, a partir de la Oficina Regional de Salud Mental.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

A partir de aquí se trató en primer lugar de dar una atención adecuada para el número de población expuesta, que se calculó en unas 80000 personas, a partir de los datos sobre estudios previos de evolución tras el 11S. En cuanto a la demanda, se calculó que tendrían secuelas un 3% a los 3 meses (unos 2400 pacientes), y un 1% a los 9 meses, unos 600 pacientes, elaborándose a partir de estos datos el Plan.

Posteriormente se centró la intervención en tres ámbitos, el primero con la creación de una unidad de tratamiento a intervinientes, personas que han intervenido directamente en las labores de rescate, identificación tras los atentados, en total la demanda fue escasa, únicamente 40 casos. El segundo en niños y adolescentes, creándose dos unidades de tratamiento específicas en Alcalá y Vallecas, y el tercero centrado en los afectados de los atentados.

Se crearon 37 plazas de psiquiatra, 19 de psicólogos y 9 Auxiliares Administrativos, no como unidades específicas para tratar a los afectados, con el fin de evitar una posible victimización, como sucedió con el Síndrome de la Colza en los 80, sino de hacer frente a la demanda específica y la inespecífica que se preveía. Al mismo tiempo se evitó que existiera lista de espera para los afectados.

Se creó también una red de atención telefónica de 24 horas al día para afectados directos, que desapareció en junio del 2004, y una unidad móvil infantil, que se desplazaba a los colegios para la detección y tratamiento de casos, compuesta por dos psicólogo, un psiquiatra, un auxiliar y un técnico conductor.

En cuanto a los datos asistenciales se realizaron un total de 3243 primeras consultas en toda la CAM (tanto en CSM, como urgencias u otros dispositivos), y 14497 consultas de revisión, una media de 4.47 consultas de media. De estas un 60% correspondían a mujeres y un 40% a hombres. De ellas el 77% se realizó el primer año, 2004, en concreto el 73% de las revisiones y el 94% de las primeras consultas.

Durante los tres primeros años se han realizado en total 17740 consultas, 16069 en mayores de edad y 1672 en menores de 18 años.

Las áreas geográficas donde la demanda fue mayor fueron Alcalá, Coslada y Vallecas.

En cuanto a población inmigrante, el colectivo con más demanda fueron los ecuatorianos, seguido de rumanos, colombianos y marroquíes, si bien la incidencia de demanda más alta es la de los rumanos, que dobla casi a ecuatorianos. El porcentaje de pacientes inmigrantes tratados a nivel global fue del 15.5%.

Otros estudios sobre el 11 de marzo:

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Sobre los atentados del 11M existen también estudios de prevalencia, en concreto Ferrando (308) realizó un estudio sobre prevalencia de TPET, depresión y ansiedad en tres grupos de muestra expuestos de alguna manera a los atentados, el primero formado por supervivientes a dicho atentado, el segundo formado por residentes de Alcalá de Henares y el tercero formado por policías que atendieron a las víctimas durante las primeras horas, contactando con ellos entre las cinco y las doce semanas tras los atentados. Utilizando la escala Davidson para la valoración de TPET y la MINI para despistaje de patología psiquiátrica.

La muestra de pacientes que habían estado en los atentados, estaba formada por 127 afectados directos, 485 residentes en Alcalá de Henares y 185 policías. El 57.5% de los que estuvieron en los trenes, 25.9% de los residentes de Alcalá y el 3.9% de los policías refirieron en el momento de la entrevista patología psiquiátrica de cualquier tipo. El mayor predictor de patología psiquiátrica fue el uso previo de medicación psicotrópica previa al 11M.

Funcionamiento de la red de derivación en el área 3:

Tras el 11M, dada la magnitud de la catástrofe y la gran cantidad de afectados dentro del área 3 se diseñó un procedimiento para que todos los afectados (directos o indirectos) acudiesen con la mayor premura posible a los Centros de Salud Mental. Así se recibían en el mismo momento en el que acudían al CSM a los pacientes que espontáneamente llegaban (sin ser derivados desde ningún servicio sanitario o social), asignándoles en ese momento un terapeuta de referencia, cumpliendo con las instrucciones de la Oficina Regional.

Desde los Centros de Atención Primaria se había notificado que se derivase a todos los pacientes que acudiesen en relación al 11M de forma urgente al CSM de referencia, desde la urgencia psiquiátrica del Hospital de la misma manera se derivaba al CSM, y se había notificado que se hiciese lo mismo con los posibles afectados que acudiesen a los Servicios Sociales en relación a los atentados.

Una vez que eran evaluados en el CSM tras llegar de las maneras descritas, desde aquí se podía, si se estimaba oportuno por la posibilidad de beneficiarse de ello, derivar a los grupos terapéuticos que se realizaban en otro dispositivo del área, el Hospital de Día, dicho centro no es una modalidad de tratamiento concreto, sino que desde allí se realizaron con los pacientes afectados por los atentados una serie de tratamientos específicos diseñados para tratar a dicha población, que incluían grupos

terapéuticos de afectados (previa entrevista clínica exploratoria para ver la indicación), pero también atención individualizada si era necesario, así como actividades terapéuticas concretas (visitas a las estaciones de RENFE...). Por tanto la modalidad de tratamiento incluida en el estudio Hospital de Día consiste no solo en grupos terapéuticos de atención a los afectados, sino en una serie de intervenciones, con sus técnicas y estrategias específicas para estos pacientes.

Lo más destacado por tanto del funcionamiento de la red es la derivación de manera urgente al CSM desde Atención Primaria y otros dispositivos, así como la inexistencia de listas de espera, con la asignación in mediata de un profesional, que evaluaba al paciente en ese momento, lo que acabó con los posibles filtros previos.

Importancia científica del proyecto:

Los atentados del 11M, por suerte han sido la primera ocasión en la que en España se ha tenido que hacer frente a una catástrofe terrorista de ésta magnitud. En el imaginario colectivo figuran otras catástrofes, las inundaciones de Levante del 83, la tragedia del camping de Biescas, el accidente aéreo del aeropuerto de los Rodeos, pero que pueden considerarse diferentes, en el sentido de que no hubo agentes humanos que los originasen, al menos de manera directa y voluntaria, a diferencia de los atentados del 11M.

También la historia moderna de España está desgraciadamente plagada de atentados, actos estos sí originados por humanos, con el fin de provocar el terror en la población. ETA ha sembrado el terror durante casi 40 años de la historia reciente de España, pero ni siquiera sus atentados más sangrientos, el Hipercor de VIC, el atentado contra la casa cuartel de la Guardia Civil en Zaragoza se acercaron siquiera en cuanto a letalidad, número de muertos y potencia al atentado islamista del 11M.

Por lo tanto, desde el punto de vista de la Salud Mental, el 11M supuso un reto, en cuanto a la posibilidad de poder estudiar por un lado la eficacia de las primeras intervenciones que se realizaron, la atención a las víctimas y familiares durante las primeras horas, y posteriormente en el recinto del IFEMA, donde se ubicó el tanatorio inicialmente y donde se realizó la identificación de los cadáveres, recibiendo atención psicológica los familiares de las víctimas. De poder evaluar el grado de eficacia de dichas intervenciones, así como de los protocolos de emergencia ante atentados terroristas, y su funcionamiento.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Por otro lado, también permite el poder estudiar la eficacia y la utilidad de los programas de derivación, e intervención desde esas primeras horas hacia los dispositivos especializados de atención en Salud Mental, y sus aspectos a mejorar. Dentro del estudio de los pacientes que acudieron a Salud Mental, este proyecto trata de estudiar, tanto las variables sociodemográficas, qué tipo y perfil de paciente es el que fue atendido, qué tipo de intervenciones se realizaron, cuáles resultaron más eficaces, cuáles ineficaces, cuál fue el seguimiento posterior que se realizó sobre las víctimas, qué factores resultaron de buen y mal pronóstico en dicha evolución, (a partir del estudio de variables tanto individuales, como sociales, como demográficas, como de evolución), qué factores influyeron sobre la adherencia al tratamiento, estudiando los pacientes que completaron el tratamiento y cuáles abandonaron antes de tiempo, y cuáles son los factores que influyen sobre dicha adherencia al tratamiento.

Otro punto importante es el estudio del funcionamiento de la red de asistencia en el Área 3, estudiando cuáles fueron los circuitos de derivación, y qué dispositivos desempeñaron una labor durante el tratamiento. El hecho de que el estudio se iniciase pasados año y medio de la catástrofe permite también profundizar en el estudio de los mecanismos de resiliencia o aprendizaje postraumático, entendiendo esto como el crecimiento personal y el trabajo propio de las víctimas de cara a la superación de la situación traumática, planteándonos el conocer cuáles son los factores, tanto individuales, como de tratamiento, así como sociales que determinan este aprendizaje.

En definitiva este proyecto va a tratar de determinar cuáles son los factores que influyen sobre la evolución ante una situación traumática, estudiando las variables sociodemográficas, individuales, sociales y de tratamiento que determinan la evolución, va a estudiar el funcionamiento de la red de Salud Mental ante una tragedia como esta y en concreto el funcionamiento de la red del Área 3 durante el seguimiento, tratando de analizar hasta que punto se pudo atender a una demanda tan alta como la que se supone tras un atentado terrorista de esta magnitud.

Esta es la primera ocasión en la que en España se va a poder realizar un estudio sobre estas cuestiones, y con un número importante de pacientes, lo que permitirá extraer conclusiones sobre las respuestas a situaciones traumáticas, y la evolución clínica de los pacientes. También permitirá el poder conocer la evolución de la demanda y analizar aspectos relacionados sobre ella.

Utilidad del proyecto en el Sistema Nacional de Salud:

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

El conocimiento sobre el uso de los recursos dentro del Sistema Nacional de Salud permite conocer en qué puntos el funcionamiento ha sido adecuado y en cuáles no ha sido lo más correcto, ya sea por no haber podido cubrir la demanda recibida o por no haber podido dar una atención adecuada en su caso.

En nuestro estudio por un lado nos encontramos ante la oportunidad de poder analizar el funcionamiento ante un hecho traumático sin precedentes en la historia de la Salud Mental, y por ende de poder analizar de qué manera funcionaron los recursos, si fueron suficientes, si fueron deficitarios en qué puntos lo fueron y en qué puntos fueron exitosos. Por otro lado el permitir estudiar qué aspectos pueden ser mejorados y en qué puntos.

Dado que tras los atentados del 11M la demanda que recibieron los Servicios de Salud Mental fue importante estamos ante la oportunidad de analizar la demanda recibida ante una situación traumática, lo que permitiría poder estructurar las intervenciones ante dichas situaciones para un futuro, si se realiza un adecuado análisis de la demanda. Esto puede permitir enfocar en el futuro programas de intervención específicos, que subsanen los errores que se puedan haber cometido, para poder hacer frente en el futuro a demandas de este tipo.

Independientemente de los resultados que se obtenga, el poder conocer a un año y medio vista la evolución natural de la población ante una situación traumática y a tres años vista los factores de resiliencia que han utilizado, permite estudiar en qué puntos la red de asistencia merece ser reforzada, en cuáles debe permanecer intacta y qué puntos deben ser modificada. También el estudiar qué recursos fueron los más usados, cuáles los menos, y a nivel de derivación analizar si la demanda fue cubierta, y los individuos que lo necesitaban pudieron acudir a Salud Mental.

Definición del proyecto:

El siguiente proyecto trata de estudiar la respuesta ante una situación traumática de un grupo poblacional, el del Área 3 de la CAM, tras los atentados del 11M. Esta población fue especialmente afectada por los dichos atentados, debido a que los trenes en los que estallaron las bombas habían salido o pasado por las poblaciones de Alcalá y de Torrejón (los dos núcleos urbanos más importantes del Área 3). El proyecto trata de estudiar por un lado la influencia de este tipo de hechos traumáticos en dicha población, hecho traumático que difiere de otro tipo de situaciones a los que puede estar expuesta la población, debido a que este fue un hecho traumático que afectó a

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

nivel global a la población difiriendo de situaciones traumáticas que afectan al individuo, (como agresiones, violencia sexual...) y de otro tipo de hechos traumáticos que afectan a nivel global a la población (terremotos, inundaciones, riadas...), que son originadas por fenómenos naturales, y no, por el hombre como en este caso.

El objetivo es el estudiar las respuestas del global poblacional ante este tipo de hechos, ya sean respuestas clínicas, a nivel de sintomatología predominante, (afectación en las esferas social, laboral y familiar de los afectados), respuestas de aprendizaje postraumático o resiliencia (y la influencia en ella de los hechos individuales y sociales), y también el análisis de la demanda, así como la respuesta de los servicios sanitarios ante la catástrofe.

Otro factor a tener en cuenta es que la respuesta a las situaciones traumáticas está influida por el contexto social en el que se producen así como por el tipo de relaciones grupales que se establecen entre el individuo traumatizado y su contexto familiar, social... Por suerte en España nunca se había sufrido una atentado de esta magnitud, si bien es cierto que durante los últimos años, otros países, como los Estados Unidos sí que habían sufrido este tipo de actos terroristas, y que aquí sí que se habían realizado estudios sobre la respuesta tanto del individuo, como del grupo social ante estas catástrofes. Se conoce que estas respuestas varían según el contexto social, y que esto modifica dicha respuesta a la situación traumática en el individuo, pero estas respuestas no habían tenido la oportunidad de ser estudiadas en España. Como ejemplo de la importancia en el imaginario social ante estas respuestas encontramos el ejemplo del tsunami de Indochina, los estudios realizados allí sobre la respuestas ante una tragedia de dicha magnitud mostraban que muy pocos supervivientes, o familiares de víctimas sufrían clínica psiquiátrica en relación a lo sucedido, en principio la mentalidad social en esta zona del mundo vive la muerte como una continuación de la vida, y como algo natural, lógicamente muy influida esta respuesta por la religión predominante en estos países, lo que supuso que la respuesta fuese adaptativa en muchas ocasiones.

En nuestro estudio se trata de poder no solamente estudiar esta respuesta en la población española, sino también en la población extranjera residente en España (población extranjera fuera de su país), y de diferentes constructos sociales, hispanoamericanos, africanos, europeos...

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar la demanda y el uso de servicios de la población general ante una situación traumática, los atentados del 11M, a través del estudio de los pacientes que acudieron al CSM de Alcalá de Henares.

Objetivos específicos:

Objetivo específico primero:

Analizar las respuestas de la población atendida ante dicha situación traumática, realizando un seguimiento de la evolución y de los factores que influyen en dicha evolución.

Objetivo específico segundo:

Analizar la valoración de la población atendida sobre la atención sanitaria de Salud Mental recibida durante el proceso de tratamiento.

Objetivo específico tercero:

Conocer la valoración y percepción propia de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática.

Objetivo específico cuarto:

Conocer los factores de resiliencia que han ayudado a la población atendida al afrontamiento de la experiencia traumática.

Hipótesis:

Hipótesis nulas:

1. Hipótesis nula primera: La demanda de asistencia en el CSM del Alcalá de Henares no se ve influida ni modificada por la existencia de hechos traumáticos previos relevantes, en este caso los atentados terroristas del 11M.

2. Hipótesis nula segunda: La respuesta ante hechos traumáticos y la evolución clínica de la población general del Área 3 no se ve influida por variables sociodemográficas, individuales, clínicas, de tratamiento o variables de evolución de los individuos afectados.
 - 2.1 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica de la población no está influida por variables sociodemográficas.
 - 2.1.1 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influido por el sexo de los pacientes
 - 2.1.2 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influido por la nacionalidad de los pacientes
 - 2.1.3 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influido por el estado civil de los pacientes.
 - 2.1.4 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influida por el tipo de convivencia de los pacientes.
 - 2.1.5 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se influida por el nivel de estudios de los pacientes.
 - 2.1.6 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influida por el nivel sociolaboral de los pacientes.
 - 2.1.7 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influida por la situación laboral de los pacientes previa a los atentados
 - 2.1.8 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve

influida por el hecho de que los pacientes tuviesen o no los papeles en regla.

2.2 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica de la población no se ve influida por variables clínicas.

2.2.1 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influida por el tipo y grado de afectado.

2.2.2 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influida por el tipo de sintomatología clínica que los pacientes presentan mayoritariamente.

2.3 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica de la población no se ve influida por variables individuales.

2.3.1 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influida por el hecho de que el paciente tenga antecedentes de tratamiento psiquiátrico.

2.3.2 La respuesta ante hechos traumáticos y la evolución clínica no se ve influida porque el paciente tenga antecedentes de sucesos traumáticos en el pasado.

2.3.3 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influida porque el paciente se encontrase solo o acompañado cuando estallaron los trenes o recibió la noticia

2.3.4 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influida porque el paciente tuviese historia de pérdidas recientes en su biografía

2.3.5 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influida porque el paciente fuese o no usuario habitual del tren.

2.3.6 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influida porque el paciente fuese o no usuario habitual de esa línea de tren.

2.4 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica de la

población no se ve influida por variables de tratamiento.

- 2.4.1 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica no se ve influida por el lugar desde donde fue derivado hasta Salud Mental.
- 2.4.2 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica no se ve influida por el dispositivo en el que recibió tratamiento el paciente.
- 2.4.3 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica no se ve influida por el tipo de tratamiento que recibe el paciente.
- 2.4.4 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica no se ve influida por el número de días que pasaron hasta que acudió al CSM por primera vez.

2.5 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica de la población no se ve influida por variables de evolución.

- 2.5.1 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica no se ve influida por el hecho de que se produzcan retornos tras el alta.
- 2.5.2 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica no se ve influida por el hecho de que el paciente haya acudido a la urgencia psiquiátrica.
- 2.5.3 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica no se ve influida por el hecho de que el paciente haya realizado intentos de suicidio.
- 2.5.4 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica no se influida porque el paciente recibiese la ILT durante el tratamiento.

- 3. Hipótesis nula tercera: No es posible determinar la valoración de la población atendida en salud mental sobre la atención recibida. Dicha valoración no se ve influida por variables sociodemográficas, individuales, clínicas, de tratamiento o de evolución.

3.1 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por variables sociodemográficas.

- 3.1.1 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por el sexo de los pacientes.
- 3.1.2 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por la nacionalidad de los pacientes.
- 3.1.3 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por el estado civil de la población atendida.
- 3.1.4 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por el tipo de convivencia de la población atendida.
- 3.1.5 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por el nivel de estudios de la población atendida.
- 3.1.6 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por el nivel sociolaboral de la población atendida.
- 3.1.7 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por la situación laboral de los pacientes atendidos.
- 3.1.8 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida porque los pacientes tengan en regla los papeles de residencia o no.

3.2 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por variables clínicas.

- 3.2.1 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por el tipo de y grado de afectado en los atentados de los pacientes.
- 3.2.2 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por el tipo de sintomatología predominante que presentan los pacientes.

3.3 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por variables individuales.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- 3.3.1 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida porque el paciente tenga antecedentes de tratamiento psiquiátrico.
 - 3.3.2 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida porque el paciente tenga antecedentes de hechos traumáticos en su biografía.
 - 3.3.3 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida porque el paciente se encontrase solo o acompañado en el momento en el que sucedió el atentado o recibió la noticia.
 - 3.3.4 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida porque el paciente tenga historia de pérdidas recientes en su biografía.
 - 3.3.5 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida porque el paciente fuese usuario habitual de los trenes siniestrados.
 - 3.3.6 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida porque el paciente fuese usuario habitual de las líneas de tren siniestradas.
- 3.4 La valoración de la población atendida no se ve influida por variables de tratamiento.
- 3.4.1 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por el lugar desde donde fue derivado el paciente a Salud Mental.
 - 3.4.2 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por el dispositivo en el que el paciente recibió tratamiento principalmente
 - 3.4.3 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por el tipo de tratamiento que recibieron los pacientes.
 - 3.4.4 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve

influida por el número de días hasta pasaron hasta que acudió al CSM por primera vez.

3.5 La valoración de la población atendida no se ve influida por variables de evolución.

3.5.1 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida porque se produjesen retornos tras el alta de pacientes.

3.5.2 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida porque el paciente acudiese durante el tratamiento a la urgencia psiquiátrica.

3.5.3 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida porque el paciente realice intentos de suicidio durante el tratamiento.

3.5.4 La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida porque el paciente recibiese la ILT durante el tratamiento.

4. Hipótesis nula cuarta: No es posible conocer la percepción subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática. Dicha percepción subjetiva sobre la superación no se ve influida por variables sociodemográficas, individuales, clínicas, de tratamiento o de evolución clínica.

4.1 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por variables sociodemográficas.

4.1.1 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por el sexo de los pacientes.

4.1.2 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por la nacionalidad de los pacientes.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- 4.1.3 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por el estado civil de los pacientes.
 - 4.1.4 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por el tipo de convivencia de los pacientes.
 - 4.1.5 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por el nivel de estudios de los pacientes.
 - 4.1.6 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por el nivel socioeconómico del paciente.
 - 4.1.7 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por la situación laboral del paciente cuando se produjeron los atentados.
 - 4.1.8 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida porque los pacientes tuviesen los papeles de residencia en regla.
- 4.2 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por variables clínicas.
- 4.2.1 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por el tipo y grado de afectación de los pacientes.
 - 4.2.2 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influido por el tipo de sintomatología que predominantemente presentaban los pacientes.
- 4.3 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por variables individuales.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- 4.3.1 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida porque el paciente tuviese antecedentes de tratamiento psiquiátrico en el pasado.
 - 4.3.2 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida porque el paciente tuviese antecedentes de hechos traumáticos en su biografía.
 - 4.3.3 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida porque el paciente se encontrase solo o acompañado cuando estallaron los trenes o cuando recibió la noticia.
 - 4.3.4 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida porque el paciente tuviese en su biografía historia de pérdidas recientes.
 - 4.3.5 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida porque el paciente fuese usuario habitual de los trenes siniestrados.
 - 4.3.6 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida porque el paciente fuese usuario habitual de esa línea de tren.
- 4.4 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por variables de tratamiento.
- 4.4.1 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por el lugar desde donde el paciente fue derivado a Salud Mental.
 - 4.4.2 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por el dispositivo donde recibió tratamiento.
 - 4.4.3 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por el tipo de tratamiento que el paciente recibió predominantemente.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- 4.4.4 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por número de días que pasaron hasta que acudió al CSM por primera vez.
- 4.5 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por variables de evolución.
 - 4.5.1 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida porque el paciente retornase tras recibir el alta.
 - 4.5.2 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida porque el paciente haya acudido a la urgencia psiquiátrica durante el periodo de tratamiento.
 - 4.5.3 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida porque el paciente realizase durante el tratamiento intentos de suicidio.
 - 4.5.4 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida porque el paciente recibiese la ILT durante el tratamiento.
- 5 Hipótesis nula quinta: No se pueden conocer los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática. Dichos factores de resiliencia no se ven influidos por variables sociodemográficas, individuales, clínicas, de tratamiento o de evolución clínica.
 - 5.1 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por variables sociodemográficas.
 - 5.1.1 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por el sexo de los pacientes.

- 5.1.2 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por la nacionalidad de los pacientes.
 - 5.1.3 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por el estado civil de los pacientes
 - 5.1.4 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por el tipo de convivencia de los pacientes.
 - 5.1.5 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por el nivel de estudios de los pacientes.
 - 5.1.6 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por el nivel socioeconómico de los pacientes.
 - 5.1.7 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por la situación laboral de los pacientes.
 - 5.1.8 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos porque el paciente tenga los papeles de residencia en regla.
- 5.2 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por variables clínicas
- 5.2.1 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por el tipo y grado de afectado del paciente el paciente.
 - 5.1.2 Los factores de resiliencia que los paciente considera que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por el tipo de sintomatología predominante que tenía el paciente.

5.3 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por variables de individuales.

5.3.1 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos porque el paciente tuviese antecedentes de tratamiento psiquiátrico.

5.3.2 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos porque el paciente tuviese antecedentes de hechos traumáticos en su biografía.

5.3.3 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos porque el paciente se encontrase solo o acompañado cuando estallaron los trenes o recibió la noticia.

5.3.4 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos porque el paciente tuviese historia de pérdidas recientes en su biografía.

5.3.5 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos porque el paciente fuese usuario habitual de los trenes siniestrados.

5.3.6 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos porque el paciente fuese usuario habitual de esa línea de tren afectada.

5.4 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por variables de tratamiento.

5.4.1 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más

- les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por el lugar desde donde el paciente fue derivado a la red de Salud Mental.
- 5.4.2 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por el dispositivo de la red de Salud Mental donde el paciente recibió tratamiento.
- 5.4.3 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por el tipo de tratamiento que el paciente recibió predominantemente.
- 5.4.4 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por el número de días que pasaron hasta que el paciente acudió por primera vez al CSM.
- 5.5 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por variables de evolución.
- 5.5.1 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos porque el paciente haya retornado a la red de Salud Mental tras el alta.
- 5.5.2 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos porque el paciente haya acudido a la urgencia psiquiátrica durante el transcurso del tratamiento.
- 5.5.3 Los factores de resiliencia que los paciente consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos porque el paciente haya realizado intentos de suicidio durante el tratamiento.
- 5.5.4 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más

les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos porque el paciente haya recibido la ILT durante el tiempo de tratamiento.

Hipótesis alternativas:

1. Hipótesis alternativa primera: La demanda de asistencia en el CSM de Alcalá de Henares se ve influido y modificado por la existencia de hechos traumáticos relevantes, como los atentados terroristas del 11M.

2. Hipótesis alternativa segunda: La respuesta ante hechos traumáticos y su evolución clínica se ve influida y modificada por variables sociodemográficas, individuales, clínicas, de tratamiento o de evolución de los individuos afectados.
 - 2.1 La respuesta ante hechos traumáticos y la evolución clínica de la población está influida por variables sociodemográficas.
 - 2.1.1 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se ve influido por el sexo de los pacientes
 - 2.1.2 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se ve influido por la nacionalidad de los pacientes
 - 2.1.3 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se influido por el estado civil de los pacientes.
 - 2.1.4 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se ve influida por el tipo de convivencia de los pacientes.
 - 2.1.5 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se influida por el nivel de estudios de los pacientes.
 - 2.1.6 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se ve influida por el nivel socioeconómico de los pacientes.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- 2.1.7 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se ve influida por la situación laboral de los pacientes previa a los atentados
 - 2.1.8 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se ve influido por el hecho de que los pacientes tuviesen o no los papeles en regla de residencia.
- 2.2 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica de la población se ve influida por variables clínicas.
- 2.2.1 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se ve influida por el tipo y grado de afectado.
 - 2.2.2 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se ve influida por el tipo de sintomatología clínica que los pacientes presentan mayoritariamente.
- 2.3 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica de la población se ve influida por variables individuales.
- 2.3.1 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se ve influida por el hecho de que el paciente tenga antecedentes de tratamiento psiquiátrico.
 - 2.3.2 La respuesta ante hechos traumáticos y la evolución clínica se ve influida porque el paciente tenga antecedentes de sucesos traumáticos en el pasado.
 - 2.3.3 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se ve influida porque el paciente se encontrase solo o acompañado cuando estallaron los trenes o recibió la noticia
 - 2.3.4 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se ve influida porque el paciente tuviese historia de pérdidas recientes en su biografía
 - 2.3.5 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se ve influida porque el paciente fuese o no usuario habitual del tren.
 - 2.3.6 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se

ve influida porque el paciente fuese o no usuario habitual de esa línea de tren.

2.4 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica de la población se ve influida por variables de tratamiento.

2.4.1 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica se ve influida por el lugar desde donde fue derivado hasta Salud Mental.

2.4.2 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica se ve influida por el dispositivo en el que recibió tratamiento el paciente.

2.4.3 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica se ve influida por el tipo de tratamiento predominante que recibe el paciente.

2.4.4 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica se ve influida por el número de días que pasaron hasta que acudió al CSM por primera vez.

2.5 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica de la población se ve influida por variables de evolución.

2.5.1 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica se ve influida por el hecho de que se produzcan retornos tras el alta.

2.5.2 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica se ve influida por el hecho de que el paciente haya acudido a la urgencia psiquiátrica.

2.5.3 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica se ve influida por el hecho de que el paciente haya realizado intentos de suicidio.

2.5.4 La respuesta ante este hecho traumático y su evolución clínica se influida porque el paciente recibiese la ILT durante el tratamiento.

3. Hipótesis alternativa tercera: La valoración de la población atendida sobre la atención recibida en los recursos sanitarios puede ser conocida. Dicha valoración se ve influida por variables sociodemográficas, individuales, clínicas, de tratamiento y de evolución.

3.1 La valoración de la población atendida en Salud Mental se influida por variables sociodemográficas.

- 3.1.1 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por el sexo de los pacientes.
- 3.1.2 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por la nacionalidad de los pacientes.
- 3.1.3 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por el estado civil de la población atendida.
- 3.1.4 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por el tipo de convivencia de los pacientes.
- 3.1.5 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por el nivel de estudios de la población atendida.
- 3.1.6 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por el nivel socioeconómico de la población atendida.
- 3.1.7 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por la situación laboral de los pacientes atendidos.
- 3.1.8 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida porque los pacientes tengan en regla los papeles de residencia.

3.2 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por variables clínicas.

- 3.2.1 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por el tipo y grado de afectación en los atentados de los pacientes.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- 3.2.2 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por el tipo de sintomatología predominante que presentan los pacientes.
- 3.3 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por variables individuales.
 - 3.3.1 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida porque el paciente tenga antecedentes de tratamiento psiquiátrico.
 - 3.3.2 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida porque el paciente tenga antecedentes de hechos traumáticos en su biografía.
 - 3.3.3 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida porque el paciente se encontrase solo o acompañado en el momento en el que sucedió el atentado o recibió la noticia.
 - 3.3.4 La valoración de la población atendida en Salud mental se ve influida porque el paciente tenga historia de pérdidas recientes en su biografía.
 - 3.3.5 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida porque el paciente fuese usuario habitual de los trenes siniestrados.
 - 3.3.6 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida porque el paciente fuese usuario habitual de las líneas de tren siniestradas.
- 3.4 La valoración de la población atendida se ve influida por variables de tratamiento.
 - 3.4.1 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por el lugar desde donde fue derivado el paciente a Salud Mental.
 - 3.4.2 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

influida por el dispositivo en el que el paciente recibió tratamiento principalmente.

- 3.4.3 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por el tipo de tratamiento predominante que recibieron los pacientes.
- 3.4.4 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida por el número de días hasta pasaron hasta que acudió al CSM por primera vez.

3.5 La valoración de la población atendida se ve influida por variables de evolución.

- 3.5.1 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida porque se produjesen retornos tras el alta de pacientes.
- 3.5.2 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida porque el paciente acudiese durante el tratamiento a la urgencia psiquiátrica.
- 3.5.3 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida porque el paciente realice intentos de suicidio durante el tratamiento.
- 3.5.4 La valoración de la población atendida en Salud Mental se ve influida porque el paciente recibiese la ILT durante el tratamiento.

4. Hipótesis alternativa cuarta: La percepción subjetiva sobre el grado de superación de la experiencia traumática puede ser conocida. Dicha percepción subjetiva está influida por variables sociodemográficas, individuales, clínicas, de tratamiento y de evolución.

4.1 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por variables sociodemográficas.

- 4.1.1 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- de la experiencia traumática se ve influida por el sexo de los pacientes.
- 4.1.2 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por la nacionalidad de los pacientes.
 - 4.1.3 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por el estado civil de los pacientes.
 - 4.1.4 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por el tipo de convivencia de los pacientes.
 - 4.1.5 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por el nivel de estudios de los pacientes.
 - 4.1.6 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por el nivel socioeconómico del paciente.
 - 4.1.7 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por la situación laboral del paciente cuando se produjeron los atentados.
 - 4.1.8 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida porque los pacientes tuviesen los papeles de residencia en regla.
- 4.2 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por variables clínicas.
- 4.2.1 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por el tipo y grado de afectación de los pacientes.
 - 4.2.2 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influido por el tipo de sintomatología que predominantemente presentaban los pacientes.

- 4.3 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por variables individuales.
 - 4.3.1 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida porque el paciente tuviese antecedentes de tratamiento psiquiátrico en el pasado.
 - 4.3.2 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida porque el paciente tuviese en su biografía historia de hechos traumáticos en el pasado.
 - 4.3.3 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida porque el paciente se encontrase solo o acompañado cuando estallaron los trenes o cuando recibió la noticia.
 - 4.3.4 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida porque el paciente tuviese en su biografía historia de pérdidas recientes.
 - 4.3.5 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida porque el paciente fuese usuario habitual de los trenes siniestrados.
 - 4.3.6 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida porque el paciente fuese usuario habitual de esa línea de tren.

- 4.4 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por variables de tratamiento.
 - 4.4.1 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia se ve influido por el lugar desde donde el paciente fue derivado a Salud Mental.
 - 4.4.2 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por el dispositivo donde recibió tratamiento.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- 4.4.3 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por el tipo de tratamiento que el paciente recibió predominantemente.
- 4.4.4 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por número de días que pasaron hasta que acudió al CSM por primera vez.
- 4.5 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida por variables de evolución.
 - 4.5.1 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida porque el paciente retornase tras recibir el alta o no
 - 4.5.2 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida porque el paciente haya acudido a la urgencia psiquiátrica durante el periodo de tratamiento.
 - 4.5.3 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida porque el paciente realizase durante el tratamiento intentos de suicidio.
 - 4.5.4 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática se ve influida porque el paciente recibiese la ILT durante el tratamiento.
- 5 Hipótesis alternativa quinta: Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática pueden conocerse y estudiarse. Dichos factores se ven influidos por variables sociodemográficas, individuales, clínicas, de tratamiento y de evolución.
 - 5.1 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la situación traumática pueden conocerse. Estos factores de resiliencia se ven influidos por variables sociodemográficas, individuales, clínicas, de tratamiento o de evolución.

- 5.1.1 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por el sexo de los pacientes.
 - 5.1.2 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les ayudado a la superación de la situación traumática se ven influidos por la nacionalidad de los pacientes.
 - 5.1.3 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por el estado civil de los pacientes
 - 5.1.4 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por el tipo de convivencia de los pacientes.
 - 5.1.5 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por el nivel de estudios de los pacientes.
 - 5.1.6 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por el nivel socioeconómico de los pacientes.
 - 5.1.7 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por la situación laboral de los pacientes.
 - 5.1.8 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos porque el paciente tenga los papeles de residencia en regla.
- 5.2 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por variables clínicas
- 5.2.1 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por el tipo y grado de afectación por el atentado.
 - 5.2.2 Los factores de resiliencia que los paciente considera que más les

han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por el tipo de sintomatología mayoritaria que tenía el paciente.

5.3 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por variables de individuales.

5.3.1 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos porque el paciente tuviese antecedentes de tratamiento psiquiátrico.

5.3.2 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos porque el paciente tuviese antecedentes de hechos traumáticos en su biografía.

5.3.3 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos porque el paciente se encontrase solo o acompañado cuando estallaron los trenes o recibió la noticia.

5.3.4 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos porque el paciente tuviese historia de pérdidas recientes en su biografía.

5.3.5 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos porque el paciente fuese usuario habitual de los trenes siniestrados.

5.3.6 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos porque el paciente fuese usuario habitual de las líneas de tren afectadas.

5.4 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han

ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por variables de tratamiento.

5.4.1 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por el lugar desde el paciente fue derivado a la red de Salud Mental.

5.4.2 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por el dispositivo de la red de Salud Mental donde el paciente recibió tratamiento.

5.4.3 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por el tipo de tratamiento que el paciente recibió predominantemente.

5.4.4 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por el número de días que pasaron hasta que el paciente acudió por primera vez al CSM.

5.5 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos por variables de evolución.

5.5.1 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos porque el paciente haya retornado al CSM tras el alta.

5.5.2 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos porque el paciente haya acudido a la urgencia psiquiátrica durante el transcurso del tratamiento.

5.5.3 Los factores de resiliencia que los paciente consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

influidos porque el paciente haya realizado intentos de suicidio durante el tratamiento.

- 5.5.4 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática se ven influidos porque el paciente haya recibido la ILT durante el tiempo de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra:

El estudio fue llevado de manera retrospectiva, naturalística, a partir del estudio de las historias clínicas del Centro de Salud Mental de los pacientes seleccionados (motivo de consulta en relación al 11M). El periodo de selección de las historias fue desde el 12 de marzo del 2004 hasta el 30 de junio del 2004, se considera que este periodo de tiempo es suficiente como para que los pacientes que tuviesen sintomatología clínica hubiesen acudido a consulta, más aún teniendo en cuenta que algunos pacientes iban a tardar en acudir, debido a hospitalizaciones prolongadas por las heridas del atentado. Durante este periodo de tiempo se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes que habían acudido al centro con un motivo de consulta en relación al 11M y que eran fáciles de identificar porque se abrió un procedimiento especial para atenderlos.

Se consideró que lo más adecuado no era solo revisar historias nuevas abiertas durante este tiempo, sino también de pacientes con historia antigua, que habían sido dados de alta, y que volvieron a acudir por este motivo (11M) al CSM durante este tiempo. El criterio para la inclusión fue el de demandar ayuda en relación a los atentados, por tanto se incluyeron tanto pacientes que habían estado en los trenes siniestrados el 11M, aquellos que habían perdido a familiares y amigos y algunos que no habían perdido a nadie durante los mismos, ni se encontraban allí, pero relacionaban su clínica con dichos atentados.

Sobre dichas historias clínicas los investigadores rellenaron un cuestionario en el que a partir de los datos recogidos en la historia se trataban de conocer una serie de variables (anexo 1), además de realizar un registro con las citas de Salud Mental durante el tiempo de seguimiento que recibieron (citas a las que acudieron y a las que no), las historias fueron consultadas durante el periodo de septiembre a diciembre del 2006, dos años y seis meses después de los atentados, un periodo lo suficientemente largo como para objetivar la evolución.

Posteriormente con esta base de datos se trató de contactar telefónicamente con los pacientes para que respondieran a las cinco preguntas de la segunda parte del estudio (anexo 2). El periodo durante el cual se realizó la encuesta fueron los meses de febrero y marzo del 2007.

Se realizó el estudio únicamente de las historias de adultos (mayores de 18 años), no incluyéndose ninguna historia de infantil en la muestra.

Variables

Se seleccionaron 104 historias que cumplían estos requisitos, y a través de la historia clínica se completo un cuestionario entre las que se encontraban las siguientes cuestiones (Anexo 1).

De cara a facilitar el estudio estadístico se agruparon las posibles respuestas, de esta manera, se establecieron posibles categorías a las respuestas del cuestionario. Las diferentes opciones de respuesta eran las siguientes:

-Sexo: Masculino, femenino.

-Nacionalidad podía ser: Española, de América latina, este de Europa, norte de África, África subsahariana, Asia, otro país europeo, otro país no europeo. Las posibles respuestas de categorías se realizaron teniendo en cuenta a la población inmigrante predominante en Alcalá.

-Estado civil: Soltero, casado, pareja de hecho, separado/divorciado, viudo.

-Convivencia: Solo, familia de origen, familia propia, convivencia con otras familias, otro tipo de convivencia.

-Estudios: Sin estudios, graduado escolar, bachillerato/COU o equivalente, diplomado, licenciado o doctor.

-Había acudido a la urgencia psiquiátrica durante el tiempo de seguimiento: Sí, no.

-Tipo de afectado: Afectado directo (no herido, herido leve, herido moderado, herido grave), afectado indirecto (hijos, padres, cónyuges, hermanos, familiares de segundo grado, amigos, conocidos), no afectados conocidos.

-Antecedentes de tratamiento psiquiátrico: Sí, no.

-Historia de pérdidas recientes (1 año): Sí, no.

-Antecedentes de hechos traumáticos en la historia del paciente (no afecta a la biografía del sujeto, parece que afectó en el pasado pero no en el presente, elementos del pasado parecen afectar en el presente, el hecho traumático cambió su vida, no aparecen hechos traumáticos relevantes).

-Se encontraba solo o acompañado cuando estallaron los trenes o recibió la noticia: Solo, acompañado.

-Número de días hasta que acudió por primera vez al CSM. Se rellenaba el número de citas a las que había acudido y a las que no (anotando los días).

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- Lugar de derivación: Espontáneamente, MAP, urgencia hospitalaria, otro especialista, otro dispositivo de Salud Mental, Servicios Sociales, Ministerio del Interior, Ventanilla única de Vallecas, líneas telefónicas, otros dispositivos.
- Realizó intentos de suicidio durante el tratamiento: Sí, no.
- Se produce el alta: Sí por mejoría, sí por abandono del paciente, sí por cambio de terapeuta, sí por cambio de domicilio, sí por otro motivo, no se produce el alta.
- Nivel sociolaboral: alto (trabajador profesional, autónomo con empleados), medio (trabajador cualificado, servicios o funcionarios), medio-bajo (trabajador no cualificado, comercio, construcción), bajo o muy bajo (desempleo, trabajador esporádico).
- Recibió la ILT durante el tratamiento: Sí, no.
- Situación laboral en el momento del 11M: En activo, en paro, trabajador sin contrato, estudiante, jubilado, labores del hogar, minusvalía.
- Era usuario habitual de ese tren: Sí, no.
- Era usuario habitual de esa línea de tren: Sí, no.
- En qué dispositivo recibió principalmente el tratamiento: Hospital de Día, CSM, urgencias del hospital, otro dispositivo.
- Tipo de sintomatología predominante: Según los criterios DSM IV, reexperimentación, evitativa, hiperarousal, afectiva, somática, psicótica, ansiosa diferente de criterios previos.
- Retornó al CSM tras recibir el alta: Sí, no.
- Qué tipo de tratamiento recibe principalmente: Fármacos, psicoterapia individual, psicoterapia de familia, psicoterapia de grupo, combinación de los otros (psicoterapia más medicación).
- Tenía los papeles de residencia en regla: Sí, no.
- CSM al que pertenece: Alcalá, Torrejón.

En todas las respuestas había una última opción (desconocido), para los casos en los que no se podía completar.

Las diferentes preguntas se agruparon en tipos de variables diferentes, para el posterior estudio, se consideraron que las variables podían ser: Clínicas, sociodemográficas, individuales, de evolución y de tratamiento.

Los cuestionarios fueron completados a través de las historias clínicas abiertas en el centro, en aquellas cuestiones que no podían ser concretadas a través de la

historia clínica se preguntaba a los profesionales que fuesen los terapeutas de los pacientes, sin embargo no en todos los casos pudieron concretarse todas las cuestiones. En ocasiones los pacientes habían ya sido dados de alta, en otras las cuestiones que pertenecían a la hoja de filiación no se habían rellenado...

Como segunda parte del estudio se realizó, pasados tres años de los atentados una encuesta telefónica a los afectados, realizada entre los meses de febrero y marzo del 2007, para determinar la valoración de los pacientes sobre los servicios sanitarios prestados, la superación de la experiencia traumática y los factores que más les habían ayudado a la superación de la experiencia traumática (factores de resiliencia).

La encuesta telefónica constaba de 5 preguntas, las siguientes: (Anexo 2)

En la entrevista telefónica se recogía literalmente lo que los pacientes contestaban, para poder elaborar posteriormente la lista de categorías y de etiquetas, si bien se han omitido algunas de las interjecciones o muletillas usadas, del tipo “uff”, “eh”, “bueno”...Esto principalmente en las preguntas cuatro y cinco, que son las dos únicas que no se contestan de manera dicotómica (Sí-No). Las tres primeras preguntas se podían responder solamente con sí o no.

Las respuestas emitidas por los pacientes durante la entrevista telefónica se recogen en el anexo 3 de manera literal.

Cuando se lograba contactar con el paciente, de manera siempre telefónica, a partir de los números que se tenían en los datos sociodemográficos de la historia clínica se le explicaba que se estaba realizando un estudio sobre la evolución de los pacientes que acudieron al CSM de Alcalá de Henares que habían acudido en relación a los atentados del 11M, y sobre la utilidad de los Servicios de Salud Mental, se les explicaba que el estudio era totalmente anónimo, que eran libres para contestar si querían, y que no les llevaría más de tres minutos contestar a las cinco preguntas. Además se respondían a las preguntas que los pacientes querían conocer sobre el estudio, los objetivos y su uso.

A través de las respuestas dadas por los pacientes en la entrevista telefónica se ha tratado de realizar un análisis del discurso, de forma que se puedan clasificar en

etiquetas comunes que agrupen las respuestas dadas por los pacientes en las preguntas número cuatro y número cinco, de esta manera, se han tratado de elaborar una serie de categorías y etiquetas en las que agrupar todas las respuestas emitidas. Se asume que siempre que se elaboran categorías se realizan de una manera artificiosa, y que supone una dificultad en cuanto a tener que agrupar respuestas que tienen algo en común de forma que puedan agruparse dentro de una misma categoría.

Esta elaboración etiquetas en las preguntas uno, dos y tres, no era necesaria, por el tipo de respuestas que los pacientes emitían (sí o no), y en la pregunta cuatro también fue sencillo sin embargo, ya que se pudo elaborar una lista a partir de las respuestas emitidas más sencilla.

El análisis de las respuestas a la pregunta número cinco es más complejo, de forma que se ha tratado de elaborar unas etiquetas que sean capaces de englobar cada una de las respuesta de los pacientes. A pesar de que se ha transcrito literalmente lo que decían se ha tratado de rescatar lo esencial respecto a los factores que creen que les han ayudado a superar la situación traumática (de resiliencia), es decir se han elaborado a partir de las respuestas de los individuos constructos, que puedan servir para el estudio de lo que la gente considera desde su punto de vista (subjetivo por tanto) que han sido los factores de resiliencia, lo que más facilitó su readaptación tras la experiencia traumática).

En los Resultados se explican cada una de las etiquetas, categorías y el porqué de su elección, sin olvidar el objetivo principal de esta categorización, poder trabajar más adelante con los grupos de respuestas, y que éstas engloben todas y cada una de las respuestas emitidas. La operativización de las respuestas según grupos era necesaria para el posterior estudio estadístico.

Control de sesgos:

Como en cualquier estudio hay una serie de factores que hay que tener en cuenta, debido a que pueden influir, modificar y alterar los resultados de las investigaciones, de esta manera entendemos que en nuestro estudio hay que tener en cuenta la existencia de posibles sesgos, entre los que destacamos:

-1.- Que la población a estudio tenga una serie de características especiales que influya en el resultado: El estudio es realizado sobre la población de un área geográfica

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

concreta (el Área sanitaria 3 de la CAM), que comprende una serie de localidades, Alcalá, Torres de la Alameda, Meco...Entendemos que esta población puede tener una serie de características, tanto propias, como a nivel grupal, que pueden diferir con el resto de la población, ya sea por compartir espacio geográfico, por nivel sociocultural...De esta manera la extrapolación de los resultados obtenidos en la muestra al resto de la población pudiera suponer un sesgo, en cuanto que el estudio comprende a esta población en concreto, y los resultados tendrán que ver con la respuesta de dicha población.

-2- Que la población adulta sea la única que ha sido estudiada: En este estudio han sido incluidos únicamente adultos, mayores de 18 años, quedando fuera la población infantil y adolescente, si bien sí que se atendieron casos de niños en nuestro CSM, ya sea por afectación directa (los menos), como por indirectas (sus padres o familiares fueron afectados del 11M), no incluimos en la muestra a menores de 18 años, siendo este un criterio de exclusión (menores de edad), por lo que los resultados obtenidos no pueden extrapolarse a la población infantil. Este estudio y sus resultados quedarán comprendidos para la población adulta.

-3-Que los resultados se vean modificados por el importante número de ciudadanos extranjeros : El hecho de que una parte importante de la población estudiada sea de origen extranjero por un lado permite la comparación de las variables según el lugar de procedencia, enriqueciendo el estudio, pero entendemos por otro lado que supone un sesgo, dada la gran variedad de poblaciones que estudiamos en la muestra, por un lado se hizo necesario agrupar a los individuos según áreas geográficas (este de Europa, norte de África...), agrupaciones que no dejan de ser ficticias, ya que los constructos sociales de un búlgaro y un rumano no tiene porqué ser iguales, o las capacidades de afrontamiento pueden diferir, sin embargo los agrupamos por el hecho de que procedan de un lugar geográfico cercano. Por otro lado, la extrapolación de los resultados obtenidos a la población general hay que tomarlo con cautela, debido a la importante muestra de población no nacida en España en la muestra.

-4-Que el número de familiares estudiados sea mucho menor que el de pacientes afectados directamente: Una parte importante del estudio comprendía el estudio de la situación traumática en los familiares de los afectados, pero llama la atención la

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

escasez de muestra de familiares de las víctimas, respecto al de afectados directos, que es mucho mayor, cuando debería ser al contrario (suponiendo que cada una de las víctimas pueda tener una familia que se vea afectada por lo sucedido a su familiar). Por ello hay que tomar con cautela los resultados obtenidos para este grupo, ya que por un lado la muestra es pequeña, y por otro lado no queda claro si es que los familiares no llegaron a consultar, o es que lo hicieron pero no en nuestro CSM, sino en otros dispositivos habilitados para ello, ya sea por el Ministerio del Interior, por las Asociaciones de Víctimas....

-5- Que el lugar y la hora en que se produjo el atentado influya en la población a estudio: El hecho de que el atentado tuviese lugar un día laborable, a primera hora de la mañana, y en un transporte público es un hecho que influye sobre la población afectada, debido a que los usuarios habituales de las líneas de tren, un día laborable (jueves), y a esa hora de la mañana (7:30), puede ser una población de un nivel socioeconómico, laboral y cultural determinado, lo que puede influir en la extrapolación de los resultados a la población general.

-6-Que el tiempo de recogida de la muestra sea insuficiente y parte de la población afectada quede fuera de la muestra: A pesar de que la muestra fue recogida durante un tiempo que se puede considerar suficiente como para que englobe a la mayoría de los afectados (tres meses y medio), hay que tener en cuenta que algunos de los afectados estuvieron hospitalizados durante bastante tiempo, lo cual puede influir en que acudiesen más tarde a los servicios sanitarios, y por otro lado, pueden existir individuos, que por otras circunstancias, o comenzasen con la sintomatología más tarde, o bien decidiesen consultar pasado este tiempo de tres meses y medio de captación de pacientes, por lo que no estarían incluidos en la muestra

-7-Que la muestra de población extranjera en el estudio esté influida por otras variable: Por último, destacar que el hecho de que los partido políticos en el gobierno en el momento del atentado, como los que gobernaron posteriormente, realizasen promesas de regularizar la situación de los extranjeros afectados y sus familias puede suponer un sesgo respecto a la población que acudió al CSM, suponiendo que no eran motivos clínicos los que hicieron que consultasen en algunos casos, sino la esperanza de poder residir legalmente en España, lo que esto puede influir en los resultados.

-8- *Que la demanda inespecífica tras un hecho traumático influya en la demanda recibida:* Una parte que consideramos importante dentro del estudio es el aumento de demanda inespecífica, por parte de pacientes en tratamiento posteriormente a los atentados, es decir, parece que tras los mismos, se produjo un empeoramiento en sintomatología clínica, de pacientes que se encontraban ya en tratamiento previamente por otro motivo, y que no fueron afectados por el atentado, ni tampoco sus familiares ni amigos. Este aumento de la demanda se produjo de varias maneras, un aumento de las urgencias, un empeoramiento de la sintomatología clínica, que hace que se tenga que ver al paciente con mayor frecuencia...Entendemos que la variable principal que puede determinar este aumento de la demanda, son los atentados, y la influencia de éstos en la población general, sin embargo esta muestra poblacional no está recogida, debido a que se trata de pacientes que ya se encontraban en tratamiento por otro motivo, y que experimentaron un empeoramiento sintomático, que coincide en tiempo con los atentados, y que podemos hipotetizar que este empeoramiento está en relación a los mismos, pero que sin embargo al no tratarse de pacientes nuevos, ni de pacientes que estuvieran en los trenes, o que tuvieran familiares o amigos en ellos, no han sido incluidos en el estudio. Si se incluyeron pacientes que estuvieron en su momento en tratamiento, y que volvieran a retomarlo tras los atentados, considerando (así lo referían los mismos), que el empeoramiento estaba en relación a dichos atentados.

Análisis de datos:

En las seis primeras partes del estudio, se han utilizado para el análisis de los datos estadísticos descriptivos. Estas seis partes hacen referencia al estudio de las variables sociodemográficas (primera parte), así como al análisis de los resultados de las respuestas de la encuesta telefónica, percepción de superación de la experiencia traumática (parte segunda), valoración de la adecuación y utilidad de la ayuda (partes tercera y cuarta), de la evolución (parte quinta), y de los factores de resiliencia (sexta parte). Se muestran los porcentajes en que se distribuye cada variable categórica.

En la séptima parte se muestran datos inferenciales sobre la asociación entre las variables sociodemográficas y las respuestas obtenidas en la encuesta telefónica (anexo 2). Se busca conocer si hay diferencias en percepción de superación de la experiencia traumática (pregunta uno), valoración sobre los servicios sanitarios (preguntas dos y

tres), evolución (pregunta cuatro) y los factores de resiliencia que los pacientes creen que más les han ayudado (pregunta cinco de la encuesta telefónica) y los factores sociodemográficos (datos del cuestionario sociodemográfico, anexo 1).

Dado que los datos de los que se dispone son categóricos (porcentaje de respuestas a cada opción de la encuesta) el contraste estadístico empleado es χ^2 . Se trata de una prueba de bondad de ajuste que contrasta si la proporción en la que se distribuyen las respuestas dentro de cada par de variables es esperable por azar o no. En este ámbito nos permite identificar las variables sociodemográficas que influyen sobre la elección de respuestas en la encuesta telefónica.

Considerando un intervalo crítico mínimo de 0,05 para este estudio, aquellos contrastes que resulten estadísticamente significativos implican una relación entre variables dependiente e independiente que sólo es explicable por azar en un 5% de los casos, lo cual lleva a rechazar la hipótesis de que no hay diferencias entre los sujetos en función de las variables independientes (hipótesis nula). Se acepta en esos casos que los porcentajes de respuesta de los sujetos está influido por la variable independiente en cada caso, pues su distribución no es la esperable por azar.

En la octava parte del estudio se muestran también en este apartado datos inferenciales sobre la asociación entre las respuestas obtenidas en la encuesta telefónica, buscando conocer si hay diferencias en la percepción de superación de la experiencia (pregunta uno), en función de la valoración sobre los servicios sanitarios (preguntas dos y tres), la evolución durante el seguimiento (pregunta cuarta) y los factores de resiliencia que los pacientes piensan que les han ayudado (pregunta cinco). El estadístico a utilizar es el contraste estadístico χ^2 que nos permite conocer la relación entre dichas variables.

En la parte novena se muestran datos inferenciales sobre la asociación entre los datos obtenidos en el cuestionario sociodemográfico (anexo 1), buscando conocer si hay asociación entre las distintas variables sociodemográficas entre ellas. El estadístico es χ^2 .

Finalmente en la última parte del estudio, en este apartado se contrasta la influencia de las variables sociodemográficas recogidas en el cuestionario sociodemográfico (anexo 1), sobre el número de citas que los pacientes recibieron

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

durante el tratamiento y el tiempo, hasta que acudieron a la primera cita en el CSM. El procedimiento estadístico empleado es el Análisis de Varianza (ANOVA), estadístico aplicado al análisis de la asociación entre una variable categórica (datos sociodemográficos) sobre una variable dependiente numérica (número de citas y tiempo hasta la primera cita).

RESULTADOS

I REGISTRO DE CASOS

1-VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

Se contabilizaron para el estudio 104 historias que incluían el criterio de inclusión (síntomatología o motivo de consulta en relación al 11M). Para el estudio de las variables sociodemográficas se consideró como válida la hoja de filiación, documento estadístico que recoge el centro, a través de los administrativos, durante la primera cita, previa a la evaluación del terapeuta, pudiéndose recoger en todas las historias, independientemente de si los pacientes continuaron en tratamiento o fueron dados de alta, si bien no en todas las historias pudieron recogerse todos los datos (al ser un documento estadístico hay pacientes que no quieren que se conozcan algunos datos suyos).

Sexo:

Se contabilizaron 67 mujeres y 37 hombres, el tiempo medio hasta la primera cita a la que acudieron en el CSM, tras el 11M fue similar 13.79 días para las mujeres y 11.92 para los hombres, sin embargo las mujeres recibieron más citas que los hombres de media (5.61 por 2.97), ($p < 0.05$) y además acudieron más a dichas citas (faltaron a las citas en menor medida que los hombres), no existen diferencias estadísticamente significativas el tiempo hasta la primera cita, pero sí en el número de citas a las que acudieron, mayor en el caso de las mujeres. La media de citas a las que se acudió en el global de la muestra fue de 4.67 citas. No se encontraron diferencias significativas respecto al lugar de derivación a Salud Mental (MAP, espontáneamente...) en el número de citas o el tiempo hasta la primera cita.

Nacionalidad:

La mayor parte de la población era española (56 pacientes, 54% de la muestra), seguido de pacientes de Europa del este (23, 22%), de América Latina (21, 20%), y en mucha menor medida subsaharianos (2, 1.9%) y del norte de África (1, 0.96%), no se

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

encontraron en la muestra pacientes procedentes de Asia, otros países europeos (diferentes a España y que no sean del este de Europa) ni de otro país no europeo (que no fuese asiático, africano o de América Latina), que eran las otras categorías posibles. No se encontraron diferencias significativas respecto al número de días hasta que acudieron, el número de citas que recibieron o el lugar de derivación a Salud Mental. Respecto a las medias intergrupos, la muestra de nacionalidad española tardó 11.29 días de media en acudir, la de América Latina 15.71 días de media y la del este de Europa 13 días, sin que existan diferencias significativas estadísticamente. En el caso del número de citas de media que recibieron, en el caso de los españoles fue de 5.13 de media, 4.62 en el de la población de América Latina y 3.39 en el de la población de Europa del este. En el caso de la población norteafricana y de África subsahariana, la muestra era tan escasa que no se podían establecer comparativas que resultasen significativas, aún así no existen tampoco diferencias significativas en las otras muestras.

Estado civil:

La muestra estaba compuesta por 42 solteros (40%), 47 casados (35%), 6 parejas de hecho (5.7%), 5 separados (4.8%) y 3 viudos (2.7%). No se encontraron diferencias significativas en el global de la muestra, si bien cuando se comparan cada una de las variables encontramos que en el número de días hasta que acudieron a la primera cita, fue de 10.79 en el caso de la población soltera, 14.32 en el de la población casada, 11.33 días en el de la población de parejas de hecho, 26.20 en el de los separados y 9.67 en el de la población viuda. Respecto al número de citas que recibieron fue de 4.85 citas para los solteros de media, 4.87 para los casados, 1.33 para las parejas de hecho, 7 para los separados-divorciados y 2 para los viudos. Sin que existan diferencias estadísticamente significativas. Llama por tanto la atención la similitud de cifras, excepto para la población separada-divorciada, que tardaron más en acudir a la primera cita y recibieron mayor número de ellas. Destaca también las pocas citas que recibieron la muestra de pacientes de parejas de hecho, respecto al resto de población (1.33), al igual que la población viuda (2 citas), si bien en este caso la muestra es pequeña.

Convivencia:

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

La muestra la forman 9 pacientes que vivían solos (8.6%), 28 con la familia de origen (27%), 52 con la familia propia (50%), 3 que convivían con otras familias (2.8%) y 11 que tenían otro tipo de convivencia (10.51%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el global de la muestra, aunque si se analizan las diferencias intergrupales encontramos que en el caso de la variable “días hasta que acudieron a la primera cita en el CSM”, en el caso de los pacientes con otro tipo de convivencia eran los que más tardaban en acudir al CSM (18.82), seguido de los que vivían con su familia propia (14.31 días), los que convivían solos, 10.44 días, y finalmente los que convivían con otras familias, (10.33 días) y los que convivían con su familia de origen (9.93 días), sin que existiesen a penas diferencias entre los 3 últimos subgrupos.

En cuanto al número de citas a las que acudieron, de nuevo no existen diferencias significativas en el global de la muestra, si bien, sí que existen diferencias intergrupos, siendo los pacientes que conviven con la familia de origen los que a más citas acuden (5.96 de media), muy parejo al número de citas a los que acudieron los que vivían solos (4.89), y con la familia propia, pero indudablemente existen diferencias, aunque no significativas con los otros 2 subgrupos, con una media de citas en los pacientes que convivían con otras familias de 2.33 y en los que tenían otro tipo de convivencia de 2.91 citas de media.

Nivel de estudios:

De nuevo no existen diferencias estadísticamente significativas en el global de la muestra, aunque en el análisis de la muestra por subgrupos encontramos que en cuanto al número de días hasta que acudieron a Salud Mental, los que más rápidamente acudieron es el grupo de los que tenían un nivel de estudios de licenciado, diplomado o doctor, 27 pacientes (25.96% de la muestra), con un media de 10.62 días hasta que acudieron a la primera cita, seguido del subgrupo de pacientes con un nivel de estudios de bachillerato o COU, 38 pacientes (36.5%), con 11.7 días de media, el subgrupo de pacientes con graduado escolar, 29 pacientes, 27.88%, que acudió a la primera cita tras 13.9 días y finalmente el subgrupo de pacientes sin estudios (10, 9.6%), que fueron los que más tardaron en acudir 17 días de media. Como se ve, el tiempo medio hasta la primera cita es directamente proporcional al nivel de estudios, a mayor nivel de estudios menos se tarda en acudir a la primera cita.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

En cuanto al número de citas a las que acudieron, tampoco hay diferencias estadísticamente significativas en el global de la muestra, siendo el número medio de citas a los que acudieron muy similar en el caso del subgrupo sin estudios y con bachillerato o COU (3.4 y 3.5 citas respectivamente), algo mayor en el subgrupo de diplomados, licenciados o doctores, 4.65 citas de media, y finalmente el subgrupo que acudió a más citas, el de pacientes con graduado escolar 6.92 citas de media.

Nivel socio-laboral:

Los diferentes subgrupos que se realizaron para la agrupación fueron los siguientes:

- Nivel alto, incluye autónomos con empleados, empresarios, profesional de un empleo.
- Nivel medio, incluye a trabajadores cualificados (servicios, funcionarios...).
- Nivel medio-bajo, incluye trabajadores del comercio o la construcción.
- Nivel bajo, incluye aquellos que no perciben ingresos habitualmente, trabajadores esporádicos, desempleados, también a los estudiantes, a las amas de casa y los jubilados.

Destacar que el criterio no fue el nivel económico de la familia, sino del paciente, es decir, puede haber amas de casa, con un nivel económico familiar alto, o incluso parados o jubilados, pero se ha tomado en cuenta el nivel de ingresos que perciben como variable, y no el nivel económico de la familia.

Este ítem no fue posible poderlo conocer en todos los pacientes, por diversos motivos, no querían contestarlo algunos pacientes, no figuraba en la hoja de filiación..., por lo que la muestra es más reducida, en 92 pacientes se pudo contestar a esta pregunta.

En cuanto a las diferencias globales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en número de días hasta que acudieron a la primera cita ni en el número de citas a las que acudieron.

A nivel de subgrupos, vemos que los que menos tardaron en ser derivados, es el subgrupo de nivel económico medio, 23 pacientes (25%), que tardaron 9.39 días de media, seguido del subgrupo de nivel alto, 11 pacientes (12%), que tardaron 12 días de media, y los subgrupos de nivel medio-bajo, 45 pacientes (48.9%) 12.38 días de media,

tardando todavía más en acudir el subgrupo de nivel bajo o muy bajo, 12 pacientes (13%), que tardaron 17.75 días de media en acudir.

En el número medio de citas a las que acudieron, van muy parejos el subgrupo de nivel económico alto y el bajo o muy bajo (5.55 y 5.5 citas de media), los que menos citas recibieron fueron el subgrupo de nivel medio (3.73 citas de media), y el subgrupo con mayor muestra, el de nivel medio-bajo, que acudieron a 4.27 citas de media.

Dentro del subgrupo de nivel bajo por contar con un número importante de pacientes estudiamos a las amas de casa, muestra de 5 (5.4% del global), encontrando en ellas que el número de días hasta la primera cita fue de 14.4, pero que acudieron a un número de citas más elevado que el resto de la muestra (8.8 citas de media).

Estudio de la derivación:

Otro de los factores que nos propusimos estudiar era la forma a la que habían acudido los pacientes al CSM, cuales habían sido esas vías, y comprobar cuales habían sido eficaces (en cuanto a una derivación temprana, objetivo de los dispositivos de salud ante esta tragedia), y cuáles no habían cumplido su función, de esta manera se determinó cuál había sido la vía de derivación hasta el CSM, estudiando el tiempo medio según los dispositivos, (hay que recordar que se eliminaron todos los filtros cara a una derivación rápida).

Sin duda el dispositivo que mayor número de pacientes derivó fue el Atención Primaria, 76 pacientes fueron derivados desde aquí (73% del total), acudieron al CSM espontáneamente 14 pacientes (13.47%), fueron derivadas desde las urgencias hospitalarias 9 pacientes (8.6%), desde otros dispositivos de Salud Mental fueron derivados 5 pacientes (4.8%), mientras que finalmente, desde los Servicios Sociales se derivó a 2 pacientes (1.9%).

En relación al número de días hasta que llegaron al CSM, los pacientes que llegaron antes fueron los que acudieron desde la urgencia hospitalaria (9.5 días), seguido de los que acudieron o desde otros dispositivos de Salud Mental y desde Servicios Sociales (10 días de media en ambos casos), los que acudieron derivados desde su MAP acudieron a los 13.93 días y los que lo hicieron espontáneamente a los 13.08 días, no hay diferencias estadísticamente significativas.

En el cuanto al número de citas que recibieron, los que acudieron espontáneamente fueron los que a menos citas acudieron, 2.69 citas de media, los que

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

acudieron derivados por su MAP acudieron a 4.23 citas de media, los que acudieron derivados desde Servicios Sociales a 11.5 citas, los derivados desde otros dispositivos de Salud Mental a 9.2 citas y los que acudieron derivados desde la urgencia a 7.88 citas de media. Existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

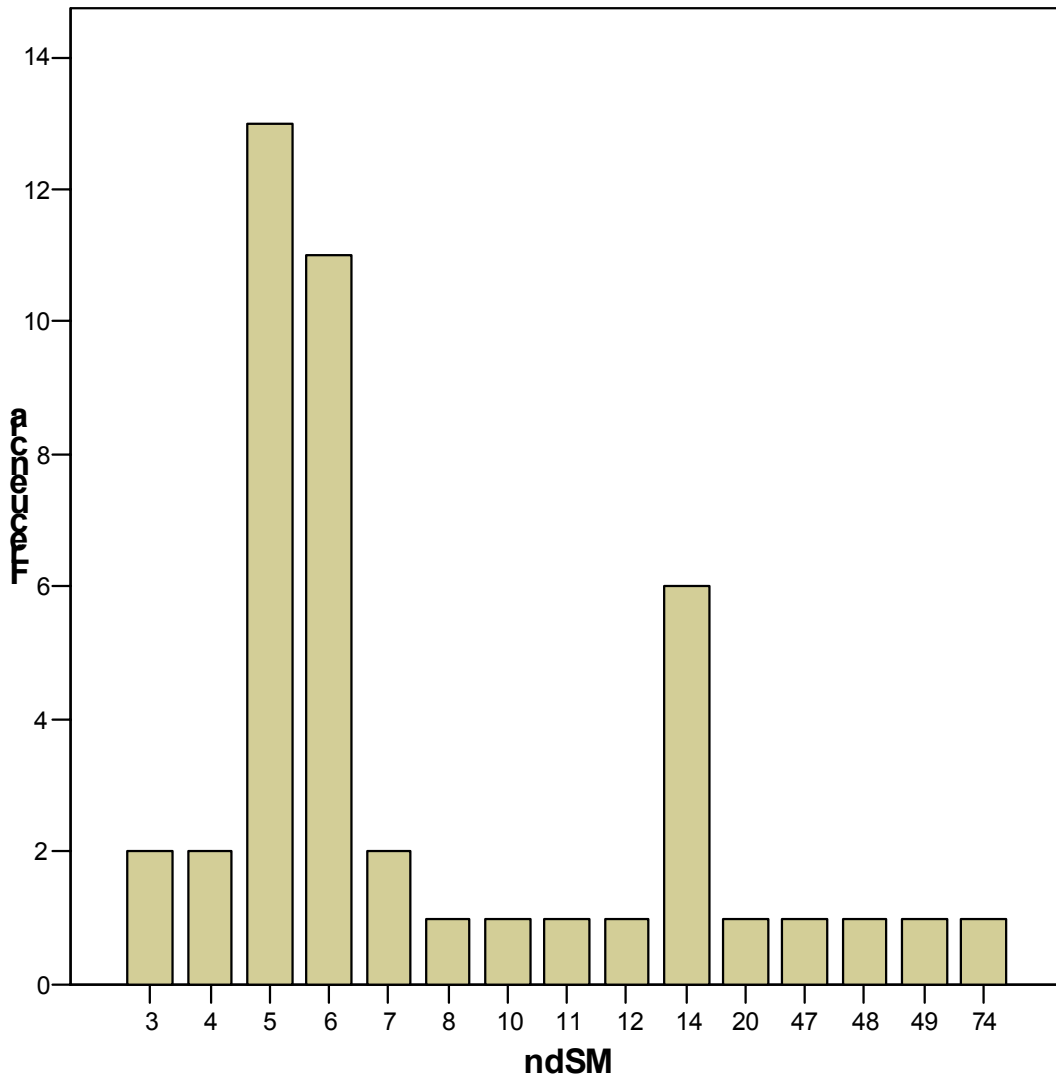
Análisis de la evolución de la demanda:

El dato más llamativo es la rapidez con la que los pacientes acudieron a Salud Mental (en concreto al CSM), la gravedad de los hechos sucedidos, los recursos sanitarios, la labor de los medios de comunicación, y la derivación urgente a Salud Mental desde los diversos dispositivos hizo que se produjese con celeridad. El número de pacientes que se fueron recibiendo experimentó un crecimiento exponencial, de manera que en la primera semana, que comprendía hasta el 18 de marzo se recibieron un 60% del total de pacientes, y en las 2 primeras semanas (hasta el 25 de marzo) un 80% del total, pasado el primer mes habían acudido prácticamente un 90% del total. A partir de ahí se produjo un decrecimiento exponencial, disminuyendo de manera brusca la demanda a partir de esa primera semana. Esto choca con que la media de días a nivel global fuese de 13.11 días hasta que los pacientes acudiesen por primera vez al CSM, pero es explicado por la elevada desviación típica de la muestra (15.908 días)

Destaca que los 2 últimos pacientes recogidos en la muestra acudieron cuando habían pasado 50 días, y el último recibido a los 80 días.

La siguiente gráfica muestra la cantidad de pacientes que acudieron según el número de días:

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares



***ndSM:** Número de días hasta que acudió por primera vez a Salud Mental (CSM).

Figura 1: Pacientes que acudieron según el número de días transcurridos desde el atentado (El primer día laborable después del 11M fue el lunes 15, pasados tres días de los atentados).

Visitas a la urgencia psiquiátrica:

En relación a si acudieron a la urgencia hospitalaria, del total de pacientes en los que se pudo obtener este dato (87 en total), 17 pacientes acudieron a la urgencia del hospital (24,2%), mientras 70 no fueron (75,71%), sin que existan diferencias estadísticamente significativas. En relación a este dato el número de días hasta la primera cita en el CSM fue de 15,35 días en el caso de los pacientes que acudieron a la

urgencia y de 12,61 en el caso de los que no fueron, sin que existan diferencias estadísticamente significativas. Respecto al número de citas totales a las que acudieron es mayor en el caso de los pacientes que acudieron a la urgencia, 8.76 citas por 3,89 citas de media en el caso de los pacientes que no fueron a la urgencia, siendo estas diferencias significativas ($p < 0.05$).

Tipo de afectado:

La gran mayor parte de la muestra eran pacientes que no habían resultado heridos pero que se encontraban en los trenes, 67 del total (64.42%), 14 resultaron heridos leves, (13.46%), 6 heridos moderados (5,7%), 3 eran afectados indirectos, con sus hijos afectados, 3 afectados indirectos con sus hermanos afectados, 3 con heridos amigos o conocidos, 3 que no tenían conocidos en los trenes (2.88% ambos), 2 fueron heridos graves y 2 afectados indirectos, cónyuges heridos (1.9% ambos). En relación al número de días hasta que acudieron a la primera cita, para los afectados directos guarda correlación con el grado de afectado, a más lesiones más tardaron en acudir, siendo 9,81 días para los que no resultaron heridos, 14.43 días para los heridos leves, 28.83 días para los moderados y 43 días para los heridos graves. En el caso de los afectados indirectos, 7 días de media tardaron en acudir a la primera cita los pacientes cuyos cónyuges habían resultado afectados, 7.5 días los que habían resultado afectados sus hijos, 19 días los que tenían conocidos o amigos afectados, llamando la atención que aquellos cuyos hermanos resultan heridos son los que más tardan 38.69 y los que menos días tardan en acudir curiosamente son los que no tienen ni amigos ni conocidos no familiares heridos (5.67 días). Existiendo estadísticamente significativas ($p < 0.05$), pero existiendo el sesgo de que los pacientes que resultaron heridos el número de días hasta la primera cita depende de la evolución de sus lesiones.

Respecto al número de citas totales, no existen diferencias estadísticamente significativas. Los pacientes que estuvieron en los trenes pero no resultaron heridos acudieron a 4.26 citas de media, los pacientes heridos leves a 5 citas de media, 6.67 citas los pacientes que fueron heridos moderados, 4.5 citas los heridos graves, para los afectados indirectos, 2.33 citas de media aquellos cuyos hijos resultaron heridos, 1 sola cita, para los que sus padres resultaron afectados, 2.5 citas de media, para aquellos que tuvieron a sus cónyuges heridos y 1.67 citas los hermanos, en cualquier caso pocas citas, destacando además que los pacientes con amigos o conocidos acudieron a

muchas más citas (7.67) y los que no tenían a conocidos en los trenes todavía a más 12.33 citas de media.

Antecedentes de tratamiento psiquiátrico:

En la muestra tres pacientes se encontraban en tratamiento cuando resultaron afectados por los atentados (directa o indirectamente), lo que supone un 3.26%, seis pacientes tenían antecedentes de tratamiento 6.52%, y el gran grueso 83 (90.2%), no tenían antecedentes ni se encontraban en tratamiento. En el caso del número de días hasta que acudieron a la primera cita no hay diferencias estadísticamente significativas. Los pacientes que estaban en tratamiento fueron los que acudieron antes a la primera cita (7.67 días), los pacientes que tenían antecedentes de tratamiento psiquiátrico acudieron a la primera cita a los 11.83 días de media, y los que no tenían antecedentes de tratamiento no lo estaban fueron los que más tardaron en acudir (13.39 días de media).

En cuanto al número de citas totales los pacientes que se encontraban en tratamiento acudieron a 4 citas de media, siendo mayor el número de citas en el caso de los que estaban en tratamiento en el pasado (13.33 citas), y en el caso de que no estuviese en tratamiento ni tuviese antecedentes de tratamiento psiquiátrico 4.33 citas de media, siendo estas diferencias estadísticamente ($p < 0.05$).

Antecedentes de hechos traumáticos:

Se pudo recoger este ítem en un total de 46 pacientes, de estos 2 pacientes (4.2%) presentaban antecedentes de hechos traumáticos que no afectaban al paciente, 1 paciente (2.1%) presentaba hechos traumáticos que no afectaba en el presente y 9 tenían hechos traumáticos en el pasado que emergían en el presente (19.56%), una cifra muy elevada, en 34 pacientes el 80.4% de la muestra, no existían hechos traumáticos.

Respecto al número de días hasta la primera cita, 10 días tardaron en acudir los pacientes con hechos traumáticos que no afecta biográficamente, 6 días los que presentaban antecedentes de hechos traumáticos que afectaron en el pasado, pero no el presente y 17.29 días los que tenían hechos traumáticos que afectaban en el presente en su biografía. Destaca que los pacientes que tienen hechos traumáticos que siguen afectando en su biografía fueron los que más tardaron en acudir (17.29 días de media). No existen diferencias estadísticamente significativas.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Para el número de citas que recibieron, los pacientes que tenían hechos traumáticos que no afectaron biográficamente acudieron a una sola cita de media, a 10 acudieron los que tenían hechos traumáticos que les afectaron en el pasado pero no en el presente, 5.78 citas de media los que tenían hechos traumáticos en el pasado que afectan a su biografía ya 4.94 citas de media los que no tenían hechos traumáticos en su biografía. Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas.

Se encontraba solo o acompañado en el momento del atentado o cuando recibió la noticia:

Del total de pacientes de los que se pudo recoger este dato de la historia clínica, 72 pacientes, 20 de ellos se encontraban solos en el momento del atentado o cuando recibieron la noticia (27.7%), y 52 (72.2%), estaban acompañados. Los pacientes que se encontraban solos, tardaron en acudir 10.58 días, bastantes menos que los que estaban acompañados, que tardaron 20.44 días, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$). En el número de citas totales, los que se encontraban solos acudieron a un total de 4.85 citas de media, y los que se encontraban acompañados a 3.6 citas de media, sin que existan diferencias estadísticamente significativas.

Historia de pérdidas recientes:

Este dato se pudo recoger en 25 pacientes, de los que 4 tenían historia de pérdidas recientes (16%), y 21 no (84%). Los que tenían pérdidas recientes tardaron más en acudir, 20.15 días por 15.57 días de los que no tenían, sin diferencias estadísticamente significativas. En el número de citas que recibieron los que tenían pérdidas recientes recibieron 6.25 citas de media, por 5.19 citas de los que no tenían historia de pérdidas recientes, tampoco hay diferencias estadísticamente significativas.

Situación laboral en el momento de los atentados:

De los 94 pacientes en los que se pudo recoger este ítem 74 estaban en situación laboral activa (78%), 7 estaban en paro (7.44%), 3 eran trabajadores sin contrato (3.1%), otros 3 eran estudiantes (3.1%), 5 se dedicaban a labores del hogar (7.44%), y habían un jubilado y un paciente con una invalidez (1.06%). En el tiempo hasta la primera cita, los pacientes que antes acudieron fueron el que tenía la minusvalía, 4 días y el jubilado 6 días, los trabajadores sin contrato tardaron 8 días en acudir, al igual que los estudiantes que tardaron en acudir 8 días, los que más tardaron

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

al acudir al CSM fueron los trabajadores en activo, 12.82 días de media en acudir, las que se dedicaban a las labores del hogar (14.88 días) y los parados (17.29 días de media). No existen diferencias estadísticamente significativas.

En el número de citas que recibieron los que menos citas recibieron son los pacientes estudiantes, el jubilado y el paciente con la incapacidad laboral, que recibieron solo una cita, los trabajadores sin contrato recibieron 1.33 citas de media, los trabajadores en activo 4.97 citas de media, los que estaban en paro 5.29 citas de media y las que más citas recibieron fueron las que se dedicaban a sus labores (8.8 días de media), sin que existan diferencias estadísticamente significativas.

Recibió la baja laboral:

De los 65 pacientes en los que se pudo recoger este dato, 21 recibieron la ILT, un 32.3%, mientras que 44 no la recibieron (67.68%). Los pacientes que recibieron la ILT tardaron más en acudir a la primera cita, que aquellos que no la recibieron (13.05 días de media por 10.8), sin que existan diferencias estadísticamente significativas. Respecto al número de citas que recibieron en el CSM, tampoco existen diferencias estadísticamente significativas, los pacientes que recibieron la ILT acudieron de media a 5.19 citas, mientras que los que no recibieron la ILT a 5.55 citas de media.

Era usuario habitual de los trenes:

Se pudo recoger el dato en 68 pacientes, siendo 59 usuarios habituales del tren, y 9 no. Respecto al tiempo hasta la primera cita que recibieron, en el caso de los que eran usuarios habituales tardaron en recibir la primera cita 12.19 días de media, y los que no eran usuarios habituales 25.19 días tardaron en recibir la primera cita, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

En cuanto al número de citas totales que recibieron, los pacientes usuarios habituales de los trenes acudieron a 5.56 citas de media, el mismo número de citas de media que los que no eran usuarios habituales (5.56 días de media), sin que existan diferencias significativas estadísticamente.

Era usuario habitual de esa línea de tren:

De los 67 pacientes en los que se pudo recoger el dato, 58 eran usuarios habituales de esa línea de tren, por 9 que no lo eran. En el número de días hasta que acudieron a la primera cita, los pacientes que eran usuarios habituales de esa línea de

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

tren tardaron en acudir 12.28 días de media, y los que no eran usuarios habituales acudieron por primera vez a los 25.44 días, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Respecto al número de citas totales que recibieron, no hay diferencias estadísticamente significativas, siendo de 5.53 citas de media en el caso de los que eran usuarios habituales de esa línea de tren y de 5.56 citas de media en los que no lo eran.

Dispositivo en el que recibió tratamiento principalmente:

El dato pudo recogerse en todos los pacientes. Los pacientes que antes acudieron a la primera cita fueron los que recibieron tratamiento principalmente en el Hospital de Día, siendo la primera cita a los 8.64 días de media, los pacientes que recibieron tratamiento en otro dispositivo tardaron 12 días en acudir a la primera cita, y finalmente los que más tardaron en acudir a la primera cita fueron los pacientes que recibieron tratamiento principalmente en el CSM, 14.08 días hasta recibir la primera cita. No existen diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al número de citas totales que recibieron, destaca que los pacientes que recibieron más citas fueron los que acudieron al CSM (5.62 citas de media), siendo menor en el caso de los pacientes que recibieron principalmente tratamiento en el Hospital de Día (2.96 citas de media), y en los pacientes que recibieron principalmente tratamiento en otro dispositivo (1.36 citas de media), en este caso sí existen diferencias estadísticamente ($p < 0.05$).

Retornos tras el alta:

Fueron 14 los pacientes que tras recibir el alta retornaron posteriormente (un 13.59%), mientras que los 90 pacientes restantes no retornaron (86.4%). En el caso del número de días hasta la primera cita, los pacientes que reingresaron tardaron más en acudir a la primera cita 20.57 días de media por 11.69 días de media de los que no retornaron, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

En cuanto al número de citas que recibieron, los pacientes que reingresaron recibieron de media 9.43 citas de media, mientras que los que no retornaron recibieron 3.36 citas de media, existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) como era de esperar.

Los ítems que guardan correlación con los retornos tras el alta son los siguientes:

.Historia de pérdidas recientes, los pacientes que tenían en el último año historia de pérdidas recientes en su biografía retornaron tras el alta significativamente más que los que no las tenían ($p < 0.05$).

.Historia de hechos traumáticos en el pasado, también los pacientes que tenían historia de pérdidas recientes en su biografía retornaron significativamente más que los que no las tenían ($p < 0.05$).

.Recibir la ILT, los pacientes que no recibieron la ILT retornaron significativamente más que aquellos que la recibieron, que retornaron mucho menos ($p < 0.05$).

.Tipo de tratamiento, solamente en dos modalidades de tratamiento fueron en las que retornaron pacientes, los pacientes que recibieron tratamiento farmacológico y combinación de ambos retornaron significativamente más que los del resto de modalidades terapéuticas (psicoterapia individual, grupal y familiar), modalidades de tratamiento en los que no retornó ningún paciente ($p < 0.05$).

Tipo de sintomatología predominante:

A través de la historia clínica este dato pudo recogerse en todos los pacientes. El paciente con sintomatología predominantemente psicótica fue el que primero acudió al CSM, tardó 5 días en acudir, los pacientes con sintomatología ansiosa (eran 4, 3.8% del total) tardaron en acudir 7 días a la primera cita al CSM de media, aquellos pacientes con clínica predominantemente somática (eran 4, 3.8% del total), tardaron 10 días en acudir a la primera cita, los pacientes con clínica afectiva acudieron a la primera cita a los 10.33 días de media (eran 12, 11.5% del total), los pacientes con sintomatología de hiperexcitación recibieron la primera cita a los 12.57 días de media, siendo en total 26 del total, un 25%. Los pacientes con clínica evitativa tardaron en acudir a la primera cita 15.25 días de media, siendo 12, un 11.5%, y finalmente los que más tardaron en acudir a la primera cita al CSM fueron los que presentaban sintomatología predominantemente de reexperimentación, que acudieron a su primera cita a los 16.12 días de media, siendo este el tipo de sintomatología que presentaban la mayor parte de los pacientes, en concreto 44, un 42.3% del total. No existen diferencias estadísticamente significativas.

Respecto al número de citas que recibieron, los que menos citas recibieron fueron el paciente con clínica psicótica, una cita y con clínica ansiosa, una cita de media y somática 1.75 citas de media. Los pacientes con clínica afectiva predominantemente recibieron de media 3.91 citas de media. Los que presentaban

clínica de hiperexcitación, que acudieron a 5 citas de media, y los dos grupos de pacientes que acudieron a más citas fueron aquellos con sintomatología evitativa 5.16 citas de media y de reexperimentación 5.19 citas de media. No existen diferencias estadísticamente significativas en ningún caso en el número de citas según la sintomatología clínica predominante.

Tenía los papeles de residencia en regla:

Este ítem pudo recogerse en 68 pacientes. De ellos 46 tenían los papeles de residencia en regla (67.64%), por 22 que no los tenían (32.35%). Respecto al número de días hasta que acudieron a la primera cita, los que no tenían los papeles en regla tardaron más en acudir a la primera cita, 16.77 días de media, mientras que los que sí que tenían los papeles acudieron a los 12.85 días de media a la primera cita, no existen diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al número de citas totales que recibieron, los pacientes que tenían los papeles de residencia en regla, acudieron a 5.6 citas de media, mientras que los que no los tenían en regla acudieron a 4.65 citas de media, sin que existan diferencias estadísticamente significativas.

Problemas idiomáticos:

Este dato se pudo recoger en 90 pacientes, 10 (11.11%), tenían problemas idiomáticos, mientras que 80 (88.88%) no los tenía. En el tiempo hasta la primera cita, acudieron antes los que tenían problemas idiomáticos (8,6 días de media hasta la primera cita), mientras que los que no tenían problemas idiomáticos tardaron en acudir 13.79 días de media, no existen diferencias estadísticamente significativas.

Respecto al número de citas que recibieron, los pacientes con problemas idiomáticos, recibieron 4.86 citas de media, mientras que los que dominaban el idioma, acudieron a 3.2 citas de media, sin que haya tampoco diferencias estadísticamente significativas.

Tipo de tratamiento que recibe:

Del total de pacientes, 40 recibieron tratamiento farmacológico de manera principal (38.46%), 15 recibieron como tratamiento principal psicoterapia individual (14.42%), un paciente recibió principalmente psicoterapia familiar (0.96%), 11 recibieron principalmente psicoterapia grupal (10.57%), finalmente en 33 pacientes el

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

tratamiento predominante fue una combinación de ellos (31.7%). Valorando el tiempo hasta la primera cita en el CSM, los que antes acudieron fueron los que recibieron principalmente psicoterapia grupal, 9 días de media hasta la primera cita, en el grupo que recibió principalmente tratamiento farmacológico la primera cita se produjo a los 11.68 días de media, los pacientes que recibieron psicoterapia individual acudieron al CSM a los 14.67 días de media y finalmente los pacientes que recibieron tratamiento combinado llegaron al CSM a los 15.06 días de media. No existen diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al número de citas que recibieron de media, el paciente que recibió psicoterapia de familia como principal tratamiento acudió a una cita solamente, los pacientes con psicoterapia grupal acudieron de media 1.55 citas de media, los que recibieron psicoterapia individual a 2.2 citas de media, los que recibieron fármacos como tratamiento principal a 4.69 citas de media, finalmente los que recibieron más citas fueron los que recibieron tratamiento combinado, 7.69 citas de media. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

II LA ENCUESTA TELEFÓNICA

2- PERCEPCIÓN DE LA SUPERACIÓN DE LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA

Se incluye aquí la segunda parte del estudio, centrado en las preguntas que se realizaron a los tres años de los atentados de manera telefónica (entre febrero y marzo del 2007).

Pregunta 1: ¿Cree que ha podido asimilar de una manera sana la experiencia vivida?.

SI	NO	No sabe	Illocalizable. No contesta
42 (53.84%)	34 (43.58%)	2 (2.5%)	26 (25%)

* Los porcentajes entre paréntesis corresponden a los porcentajes respecto al global de pacientes localizados y que respondieron (78 pacientes).

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Respondieron a la encuesta telefónica un total de 78 pacientes, de los que 42 consideraban que pasados tres años (periodo comprendido desde los atentados hasta que se realizó la encuesta, febrero-marzo del 2007) habían superado la experiencia traumática en su opinión, mientras que 34 creían lo contrario, 2 pacientes respondieron que no sabían. No fue posible localizar a 26 pacientes, que suponen un 24% del global de la muestra.

Destaca principalmente que solamente la mitad de los pacientes a los que se pudo localizar a los tres años consideran que ha superado de una manera sana la experiencia vivida.

3-EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS:

En este caso eran dos las preguntas a las que respondieron los pacientes, la primera sobre si lo que los pacientes recibieron por parte de los servicios sanitarios fue adecuado en su opinión y la segunda sobre si fue útil la ayuda recibida por parte de los Servicios de Salud Mental.

Pregunta 2. ¿Cree que recibió lo que debía recibir por parte de los servicios sanitarios?.

SI	NO	No sabe	Ilocalizable. No contesta.
69 (88,5%)	9 (11.5%)		26 (23%)

*El porcentaje de pacientes ilocalizables corresponden respecto al global de la muestra (104 pacientes)

De nuevo los resultados corresponden a los 78 pacientes con los que se contactó telefónicamente (76%) del total de 104 pacientes atendidos. En este caso, 69 pacientes respondieron que sí habían recibido lo que necesitaban por parte de los servicios sanitarios (88.5%), mientras que creían que no un 11,5%, nueve pacientes. En este caso todos los pacientes encuestados respondieron en un sentido u otro, ninguno respondió que “no sabía”

Pregunta 3. ¿Lo que recibió fue útil por parte de los Servicios de Salud Mental?

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

SI	No	Algunas cosas	Ilocalizables, no contestan.
69 (88,5%)	8 (10.25%)	1 (1.2%)	26 (23%)

*El porcentaje entre paréntesis de los pacientes ilocalizables o que no contestaron corresponde al global de la muestra (104 pacientes).

De los 78 pacientes que respondieron a la pregunta 69 creían en la utilidad de lo recibido por los servicios sanitarios (88,5%), 9 pensaban que no les había resultado útil (10.25%), 1 paciente no quiso contestar a la pregunta (1,2%).

4-EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES:

La cuarta pregunta tenía que ver con la evolución de los pacientes que fueron atendidos en relación al 11M a los tres años. Tenía como objetivo determinar qué pacientes continuaban en tratamiento, y cuáles habían dejado de acudir, estudiando en estos últimos el motivo por el que dejaron de acudir al CSM, si fue por alta médica, por mejoría o por cualquier otro motivo.

El motivo principal por el que los pacientes dejaron de ir fue porque “pensaban que se encontraban mejor”, 30 pacientes (39.13% de la muestra dejaron de ir por este motivo). Es reseñable que en la mayoría de estos casos los pacientes abandonaron voluntariamente el tratamiento, y no por un alta de su terapeuta habitual, porque creían que se encontraban bien y no necesitaban tratamiento alguno en su opinión, pero no la del terapeuta.

La siguiente respuesta más emitida fue que dejaron de acudir al centro “porque no les ayudaba el acudir”, esta respuesta la dieron 12 pacientes (15.2%) del total de la muestra con los se habló telefónicamente. Esto indica que un porcentaje alto de pacientes no se sentían cómodos acudiendo, y pensaban que no les ayudaba el acudir, siendo este el motivo de alta (en este caso de abandono del tratamiento).

La siguiente respuesta más contestada fue que dejaron de acudir porque “buscaron ayuda en otra parte”, 10 pacientes, (13% del total dejaron de acudir por este motivo), en este sentido un porcentaje también relativamente alto de pacientes no abandonaron por completo el tratamiento, sino que acudieron a otro terapeuta, ya sean mutuas, terapeutas privados u otros recursos que se introdujeron para el tratamiento de

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

los pacientes afectados por los atentados (psiquiatras y psicólogos del Ministerio del Interior o de las Asociaciones de Víctimas), posteriormente analizaremos cuál fue la evolución de dichos pacientes.

La respuesta dejó de acudir por “incompatibilidad de horarios” fue emitida por 7 pacientes (8.6% de la muestra), son pacientes a los que el horario, generalmente laboral les impedía acudir, pero que no solicitaron un cambio de terapeuta, a otro turno (de mañana o de tarde) para poder seguir acudiendo al CSM. Destaca que un número importante de estos pacientes (seis) no eran españoles.

Hubo 5 pacientes que respondieron que dejaron de acudir porque “cambiaron de domicilio”, se fueron a vivir fuera del Área 3, algunos de ellos sí continuaron tratamiento en otro lugar, también en la mayoría de los casos fueron extranjeros, que volvieron a su país o se fueron a vivir a otro lugar de España, uno de los encuestados relató que el motivo de abandonar Alcalá tenía que ver con la sintomatología que le habían causado los atentados, que hacían que no fuese capaz de coger el tren para ir a su lugar de trabajo, y que casi no se atreviese a salir de su domicilio.

La respuesta de 4 pacientes (5.12% de la muestra) fue el que dejó de acudir porque “pensaba que tenía que salir sola de la situación”, de alguna manera pensaban que tras lo que habían vivido tenían que ser sus propios recursos y el apoyo social los que les ayudasen a salir de la situación vivida.

La respuesta de que “recibieron el alta” fue emitida por 3 pacientes, lo que supone un 4.3% de las respuestas. Estos sí que fueron pacientes que dejaron de acudir porque su terapeuta opinaba que ya no era adecuado que siguiesen yendo al centro, porcentaje muy bajo para el global de pacientes que dejaron de acudir.

También 3 pacientes (4.3%) dejaron de acudir porque “rechazaron la ayuda”, opinaban por los motivos que fuese que no era adecuado para ellos el acudir, lo que consideramos diferente de la respuesta no les ayudaba acudir, que es un motivo de rechazo pero no el único, y que se ha recogido como categoría diferente porque esta fue la respuesta emitida por los pacientes.

Finalmente cuatro respuestas fueron emitidas por un solo paciente en cada caso, (1,28% de la muestra para cada una). Las respuestas “se acabaron los grupos”, en el caso de un paciente que acudió únicamente a terapia grupal, y cuando finalizaron los grupos no fue derivado de nuevo para tratamiento psicoterapéutico en el CSM, la respuesta “sigue yendo”, el único caso de un paciente que pasados los 3 años continuaba en tratamiento en el CSM, la respuesta “se quedó embarazada”, y por este

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

motivo dejó de acudir, y finalmente la respuesta “se encontraba bien para trabajar”, y por ello dejó el tratamiento.

Este es el resumen del global de respuestas emitidas para la pregunta que tenía que ver con la evolución.

Pregunta 4: ¿Dejó de acudir al centro de salud? ¿Cuál fue el motivo?.

Estaba mejor	30 (39.13%)
Incompatibilidad de horarios	7 (8.6%)
No le ayudaba el acudir	12 (15.2%)
Le dieron el alta	3 (4.3%)
Se acabaron los grupos	1 (1.28%)
Sigue yendo	1 (1.28%)
Se fue a vivir fuera de Alcalá	5 (6.4%)
Se quedó embarazada	1 (1.28%)
Rechazó la ayuda	3 (4.3%)
Estaba bien para trabajar	1 (1.28%)
Buscó ayuda en otra parte	10 (13%)
Pensaba que tenía que salir por sí mismo/a	4 (5.12%)

5- LOS FACTORES DE RESILIENCIA:

Las categorías elegidas en los factores de resiliencia. Comentario:

Una de las cuestiones fundamentales a estudio era el conocer cuáles eran los aspectos que habían ayudado más o estaban ayudándoles a superar la situación traumática (adaptarse) a los individuos que habían estado presentes en los atentados o habían perdido (o resultado heridos) a familiares o amigos. Se trata de que sean las respuestas directas de los individuos, es decir, lo que directamente respondan en la

encuesta telefónica, y estudiar estas respuestas. Por ello, de estas respuestas se realiza una transcripción literal, cuando se realiza la encuesta telefónica, lo que se anota es la respuesta de los individuos (la transcripción literal de las respuestas de los pacientes está recogida en el anexo 3), sin matizarla, completarla o preguntar para que especifique más. No se trata de que se conozca si un aspecto u otro ha ayudado más al individuo, preguntándole directamente por ello, sino que lo interesante y la cuestión que se ha querido indicar es lo que responden directamente los individuos. Tampoco se trataba de dictar al sujeto telefónicamente una serie de respuestas y que él elija lo que más le ha ayudado entre una serie de categorías de respuestas elaborada previamente, sino que se transcribió directamente lo que dijo, para poder hacer posteriormente un análisis cualitativo de lo respondido, de otra forma entendemos que incurriríamos en un sesgo, porque presentando un grupo de respuestas entre las que tuvieran que elegir los pacientes no serían libres para una elección propia.

Es por ello que las categorías de respuestas han sido elaboradas tal y como han quedado pero a posteriori de todas las respuestas. En el momento que se tenían el global de las respuestas hemos tratado de agrupar por similitud o parecido significado las respuestas de los pacientes, para que resulte más sencillo el posterior análisis. Como es normal, estas agrupaciones podrían resultar arbitrarias, y poderse hacer de otra forma, pero nos parece que la categorización realizada es la más correcta, aún al margen de no ser perfectas y que se pueden hacer críticas, comentarios. A partir de las respuestas emitidas por los pacientes por tanto se han elaborado estas categorías de respuestas con el fin de agruparlas y analizarlas posteriormente.

Hay que aclarar que las categorías realizadas no tienen que ver con el número de respuestas dadas para una misma respuesta, o con que todas las categorías tengan un número similar o alto de respuestas, sino que se han tenido en cuenta factores que en otros estudios han sido definidos como de resiliencia, y que se ha analizado previamente su importancia en la superación de situaciones traumáticas.

Por otro lado cada paciente podía dar las respuestas que quisiese (número de respuestas), en cuanto a factores que le ayudaron a la superación de la situación traumática, hay pacientes que respondieron solamente una, mientras que otros varias respuestas, es por ello que el global de respuestas supera al del número de pacientes encuestados, 78 pacientes en total respondieron.

De esta manera una vez elegidas las etiquetas o categorías, a partir del global de respuestas emitidas por los pacientes quedaron en total diez categorías de factores de

resiliencia. A continuación se enumeran las diferentes categorías de respuestas que han quedado elaboradas, así como un pequeño comentario sobre cada una de ellas, explicando el motivo por el que se eligió como categoría:

1) Factores asociados al entorno sociofamiliar:

El apoyo familiar y social es uno de los factores que más se ha estudiado de cara a la superación de situaciones traumáticas, la mayoría de los estudios señalan que para la superación y adaptación posterior a estas situaciones es vital el contar con un apoyo familiar y una red social importante (187,228,231), o al menos que la percepción subjetiva del apoyo sea positiva. El motivo de esto pasa por varias cuestiones, el poder contar con gente con la que el individuo traumatizado se sienta seguro, pueda sentirse comprendido y aceptado a pesar de la situación que acaba de vivir.

Como en cualquier enfermedad mental este apoyo es determinante en el pronóstico en la mayoría de las ocasiones, y entre los factores de mal o buen pronóstico en las enfermedades mentales, ya sea la esquizofrenia, un cuadro depresivo o una reacción adaptativa resulta muy positivo para el individuo el contar con una red sociofamiliar valiosa, es un marcador que marcará (lógicamente junto a otros factores) el mejor o peor pronóstico (187).

Seguramente la cuestión de cuál es la utilidad de esta red sociofamiliar es todavía más profunda que el que exista o esté presente. Tiene que ver con que el individuo pueda encontrar un ambiente en el que se pueda sentir seguro después de la experiencia traumática, pueda hablar sobre ella (si quiere o lo necesita) y pueda sentirse escuchado, comprendido y aceptado después de lo que ha sucedido. Por tanto, esta red en la mayoría de las ocasiones puede estar formada por la familia nuclear, pero a nivel práctico no tiene porqué ser así, en el sentido de que puede que el individuo no tenga familia o si la tiene no tenga buena relación con ella, o no se sienta cómodo. En estos casos esta red puede estar formada por amigos, vecinos, compañeros de trabajo, lo importante de esta red no es tanto el grado de familiaridad o de cercanía, sino la función que pueda tener para el individuo, de cara a la superación de la situación traumática.

En este contexto también es importante no solo la cantidad y calidad de las relaciones cercanas del individuo, sino incluso más importante que esto, el sentido

que les da el individuo, y sobre todo, si le resultan útiles. Por muchos motivos el individuo traumatizado no se encuentra siempre en posición de que esta red le sea útil (ya sea por sintomatología clínica que le impide el que le sea rentable, por su propio carácter o porque no puede sacarle “rendimiento”). Por ello no es solo la existencia de esta red de apoyo lo que va a marcar su uso, sino también si el individuo está en posición y quiera/pueda poderla usar para la adaptación a su vida cotidiana, en este caso tras vivir una situación traumática.

Entre las respuestas de la muestra que han sido incluidas en esta categoría (a partir del estudio del global de las respuestas emitidas por los pacientes) estarían:

-La familia: A nivel general, que incluiría todas las personas que el individuo considera que son su familia (por ejemplo en países árabes se considera familia a todas las personas que estén emparentadas directa o indirectamente con el sujeto, o en los países de Sudamérica se llama familia a “los compadres”, que en realidad no tendrían ningún grado de consanguinidad directa o indirecta), quizás lo importante sería no si ese grado de parentesco en España se considera familia o no, sino lo que es considerado por los individuos encuestados.

Otro factor a tener en cuenta es que en la población inmigrante, que es una parte importante de la muestra, el estar lejos de sus países y de gran parte de la familia, tiende a agruparse, ya sea con compatriotas o con familiares, a pesar de que sea familia lejana. Esta respuesta por tanto no entra en el grado de parentesco, sino en lo que el individuo considera que es su familia, sin importar el grado, ya que depende de la visión subjetiva del individuo.

-Hijos: A pesar de que algunos individuos desglosan que parte de su familia es quién les ha apoyado más, es incluido también en esta categoría.

-Pareja: A pesar de que no sea familia nuclear tampoco es incluido en la misma categoría. El término pareja es incluido como tal, sin que importe si es una unión jurídico-legislativa (marido o esposa), o no sea así (novio o novia), de nuevo lo importante no es si existe este parentesco o no sino la percepción del individuo sobre lo que considera su pareja.

-Amigos: Incluye a las personas que hayan apoyado al individuo que él considere que les une una relación de amistad.

-Vecinos: Incluido como tal, seguramente este ítem esté en relación con esa población posiblemente inmigrante que no tiene el apoyo de su familia y en este

caso ni de compatriotas cercanos, o bien de éstas personas con un escaso apoyo sociofamiliar.

-Apoyo de la gente cercana: Incluye a lo que el individuo considere como tal, ya sea familia o amigos, pero como ha sido la respuesta contestada por algunos individuos ha de ser también incluida, en el sentido de que es la gente que se considera que da éste apoyo y ayuda a superar la situación traumática. Esta respuesta, a pesar de lo poco concreta consideramos que tiene que incluirse aquí ya que esta gente cercana, independientemente de que sea familia o amigos seguramente forme parte de la red sociofamiliar del individuo.

2) Factores asociados al tratamiento:

El objetivo para los pacientes al acudir a los dispositivos de Salud Mental es el de poder lograr una mejoría sintomática a corto plazo por un lado y a largo plazo el poder superar de una manera sana la situación traumática vivida, lo que comprende varios pasos que han de completarse en el proceso terapéutico: La aceptación de lo que ha sucedido, el poder expresar los sentimientos asociados a ello, el adaptarse a la vida cotidiana.... Esta categoría incluye todas las respuestas que los individuos encuestados consideran que tiene que ver con la red de Salud Mental, ya sea métodos terapéuticos puestos en marcha, el tratamiento farmacológico recibido o el papel de los profesionales (de cualquier profesional que atendiese al paciente en el CSM) y que los pacientes considera que han ayudado a la readaptación. Incluiría las siguientes respuestas:

-Profesionales: Psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y todos los profesionales del CSM o de la red de Salud Mental que han colaborado en el proceso terapéutico, si bien el grueso de las respuestas se lo llevan los psiquiatras y psicólogos, que lógicamente son los que han tenido más contacto con los pacientes.

-Fármacos: Seguramente tenga que ver con el alivio sintomático a corto plazo de los síntomas de la reacción aguda ante gran tensión, pero que sin embargo los pacientes consideran importante, el poder dormir mejor, el no estar tan ansioso, el no encontrarse tan irritable, en definitiva la mejoría en los síntomas es importante para los pacientes en la superación de la situación traumática. No vamos a entrar en la discusión de si la mejoría en los síntomas es equivalente a la superación de la situación traumática, aunque seguramente no sea siempre así, pero sí es un primer paso para poder adaptarse a la vida cotidiana.

-Grupos psicoterapéuticos: Una de las modalidades de tratamiento que se realizaron fueron grupos psicoterapéuticos con afectados directos o indirectos, eran grupos abiertos, de duración limitada, que se realizaron en el Hospital de Día del área, y que consideramos como una modalidad de tratamiento diferente del resto en sí misma. Comprende todo lo terapéutico que pueda tener un grupo diseñado específicamente para trabajar con las personas que fueron afectados de manera directa o indirecta por los atentados, ya sea porque sobrevivieron a ellos o porque perdieron o resultaron heridos seres queridos suyos. Si se desglosase lo que puede tener de terapéutico un grupo seguramente recurriríamos a los factores terapéuticos comunes de los grupos, que ya estudió Yalom (309), la universalidad, el aprendizaje interpersonal, el altruismo....En concreto estos grupos tenían un diseño cerrado, de duración predeterminada y se trataba de trabajar a partir de las vivencias individuales de los participantes de cara al atentado y los sentimientos asociados. Una de las tareas finales del grupo era la de acudir juntos a la estación de tren de Alcalá, lugar en el que la mayoría de ellos habían cogido los trenes en los que finalmente estallaron las bombas. Posiblemente una de las respuestas que ha sido incluida en otra categoría “encontrar gente en una situación similar” tenga mucho que ver con lo terapéutico de los grupos, en concreto con la universalidad, sin embargo, dado que la respuesta no fue en concreto los “grupos terapéuticos”, hemos decidido encuadrarlo en otra de las categorías, en *factores que tiene que ver con las relaciones interpersonales*, si bien asumimos, que en parte estas relaciones interpersonales se han producido en o gracias a los grupos terapéuticos desarrollados.

3) Factores asociados a la religión y la espiritualidad:

Incluye todas las respuestas que los individuos consideren terapéutico y que tengan que ver con lo trascendente, ya sea a partir de la religión, de una creencia en Dios, en que existe otra vida después de ésta, el que todo lo sucedido tiene un sentido, el que lo que ha pasado se pueda considerar una prueba...

Cuando consideramos la religión no nos referimos lógicamente a ninguna en concreto, aunque la mayoría de nuestra muestra incluye a individuos que presumimos profesen la religión católica (la mayoría de los españoles, los rumanos y sudamericanos), también en esta muestra existen individuos africanos (la mayoría profesan la religión musulmana mayoritariamente), subsaharianos (animistas,

musulmanes o católicos), asiáticos (budistas, hinduistas) o de Europa del este (ortodoxos, católicos), y por supuesto, en la muestra hay individuos que consideran de escasa utilidad la religión (agnósticos, ateos). No se trata de cuantificar en qué religión se apoyan más los individuos, o qué importancia tiene según la nacionalidad la religión, sino de determinar en el global de la muestra cuál es la importancia para la superación de una manera sana de la experiencia traumática de la religión o de la espiritualidad, por ello no se llega a preguntar en la encuesta telefónica qué religión profesa cada individuo.

En cuanto a los factores asociados a la espiritualidad tendría que ver con factores no tangibles pero que el individuo considera que le han sido útiles para la superación de la situación traumática, ya sea la fe, el pensar que hay otra vida, o el uso de técnicas de relajación, autoconocimiento, autoayuda para la superación del hecho traumática. La religión y la espiritualidad se han relacionado como factor protector en la enfermedad mental y existen estudios en los que los individuos con fuertes creencias evolucionan mejor de cuadros depresivos (265,266,267)

4) Factores asociados a las relaciones interpersonales:

Este ítem incluye todos aquellos factores que tiene que ver con lo relacional, con las relaciones humanas, quizás se corresponda con lo que le ha resultado de utilidad a los individuos del apoyo sociofamiliar, pero en mayor profundidad o concreción. Entendemos que en un individuo que haya contestado que lo que le ha resultado de más utilidad cara a la superación sanamente de la situación traumática ha sido el apoyo de su pareja, se puede considerar dentro de esta relación de apoyo, que lo que le ha resultado útil realmente al individuo es poder hablar en un lugar seguro de lo sucedido, o bien el sentirse escuchada o comprendida, pero esto mismo puede haberlo hecho el sujeto dentro de una relación terapéutica, con su psiquiatra o psicólogo, o le puede haber sucedido con un amigo, por lo tanto esta categoría habla de las cuestiones que le han sido útiles a los individuos pero en el global de las relaciones, con todas las personas con las que tenga relación del tipo que sea. Por tanto creemos que no son respuestas equivalentes, aunque por sentido común la mayoría de los individuos se han beneficiado de estas cuestiones terapéuticas seguramente con sus seres más cercanos (familia o amigos), pero que no tiene porqué haber sido así, por lo que se ha incluido como una categoría diferente. Lo que les ha resultado resiliente a estos pacientes no es un apoyo sociofamiliar

concreto, sino aspectos que se han dado en el global de sus relaciones, con familiares, amigos, con los terapeutas o dentro de las relaciones sociales del tipo que sean.

Las respuestas que han dado los individuos encuestados han sido *sentirse escuchado, sentirse comprendido, poder hablar sobre ello...*, como ya hemos comentado *conocer gente una situación similar*, que en un porcentaje elevado de los casos puede que se haya producido en o gracias a los grupos terapéuticos, pero que entendemos que al no tener porque haberse producido aquí (puede haber sido a través de una asociación, en un acto a las víctimas o por otra causa), por lo que lo hemos incluido en este grupo de respuestas y no en el de los factores que tiene que ver con el tratamiento.

5) Factores asociados a las características propias del individuo:

Dentro de este grupo de respuestas se han incluido todas aquellas respuestas que tengan que ver con los rasgos distintivos para el sujeto que tiene que ver con cómo es él y que le han ayudado a superar la situación traumática. Partimos de la base de que por un lado son rasgos subjetivos, ya que dependen de la propia visión del individuo tiene de sí mismo, y por otro lado que esta respuesta depende de lo que el individuo entiende que tiene que ver con su carácter, si bien esto puede tener que ver con otras cuestiones terapéuticas al fin y al cabo. Por ejemplo, cuando alguien responda que para la superación sanamente de la experiencia traumática lo que más le puede haber servido es *su carácter*, lo que puede considerar como carácter puede ser un rasgo de extroversión, ser abierto, tratar de relacionarse con la gente, y seguramente lo que puede haber detrás de ello, en cuanto a utilidad puede haber sido algo que tenga que ver con las relaciones interpersonales. O cuando un individuo habla de su *fuerza de voluntad* como algo que le ha sido útil puede referirse a su fuerza de voluntad para ir a los grupos terapéuticos, aunque lo pasase mal en ellos, en este caso lo terapéutico tiene que ver más con los factores asociados al tratamiento, pero de nuevo esta *fuerza de voluntad* es algo más global y puede tener que ver con el tratar de continuar con su vida previa esforzándose para ello o para tratar de no pensar, rumiar sobre lo sucedido, por lo que entendemos que es una respuesta diferente de otras mencionadas.

Dentro de esta categoría incluidos se encontrarían estas respuestas mencionadas por los pacientes, *carácter, fuerza de voluntad y edad*. La edad hemos considerado

que debería estar aquí incluida porque es una característica propia del individuo en concreto en el momento en el que sucedieron los atentados, que los individuos han considerado en su respuesta como de utilidad, y por tanto es una característica que depende única y exclusivamente del individuo, si bien seguramente detrás de esa respuesta de nuevo hay otros factores más concretos.

6) Factores asociados a las consecuencias del trauma:

Lógicamente, no es lo mismo superar una situación traumática cuando has tenido lesiones físicas que cuando no las has tenido, de la misma manera que no es lo mismo superar una situación traumática cuando se presenta a posteriori gran cantidad de síntomas psicológicos en relación a ello que cuando no.

Dentro de esta categoría hemos incluido aquellas respuestas, en las que el haber podido superar la situación traumática tiene que ver con las consecuencias que a nivel sintomático ha tenido para el individuo, en concreto, dentro de esta categoría están incluidos las respuestas *estar bien físicamente* (no tener secuelas físicas), o bien el mejorar en determinados síntomas psicológicos que han sido originados por la vivencia traumática, por ejemplo el *empezar a dormir* bien después de lo sucedido. Las secuelas tras haber vivido una situación traumática son un indicador y un factor pronóstico, como se considera en numerosos estudios (19,223).

Desde luego un hecho traumático va a marcar más al sujeto, y por tanto va a dificultar su adaptación a la vida y su tarea para superar lo vivido. No es lo mismo adaptarse tras haber presenciado un terremoto si has sufrido lesiones físicas que si no has tenido, o a un terremoto si has perdido la casa que si no. De la misma manera no es lo mismo superar una situación traumática para quién tiene síntomas psicológicos en mayor cuantía y de mayor gravedad que para quién no los tiene. Para algunos de los pacientes que respondieron la encuesta estas consecuencias han marcado la evolución y la superación de lo traumático, o mejor dicho, en este caso, la ausencia de secuelas, tanto físicas como psicológicas.

7) Factores asociados a la respuesta individual al trauma:

Dentro de esta categoría de respuestas hemos incluido a todos aquellas respuestas que han dado los pacientes que tiene que ver con lo que cada uno de ellos hizo a nivel individual para poder superar la situación traumática, ya sean conductas o respuestas mentales.

A diferencia de las cuestiones que tienen que ver con las relaciones interpersonales en este caso son respuestas del individuo como tal, que no necesitan de una segunda o terceras personas para desarrollarse en principio, y que por tanto se diferencian de aquellas. Engloba las actitudes, respuestas y cambios que los individuos desarrollaron de manera individual y autónoma para poder superar lo vivido. Esto engloba un amplio grupo de respuestas, ya que son todas aquellas cuestiones que los sujetos traumatizados hicieron a nivel individual, ya sea el *tratar de no pensar*, el *olvidar* (si bien aceptamos que puede no ser un acto al menos voluntario), o conductas (*irse de Alcalá*), *visitar el monumento a las víctimas*....Es quizás el grupo de respuestas más amplio, y más heterogéneo, ya que entendemos que si bien en las relaciones humanas hay una amplitud de factores que puede resultar útil, esto es todavía más amplio si hablamos de actos individuales.

Dentro de esta categoría hemos incluido respuestas como *no pensar*, *mirar hacia delante*, *no ir al Centro de Salud Mental*, *tratar de olvidar*, *reflexionar*, *la necesidad de adaptarse*, *el autocontrol o incluso la sugestión*, que han sido las nombradas por la muestra. Cabría discutir sobre la respuesta la *necesidad de adaptarse*, y qué es lo que entraña realmente, al ser algo ambigua, pero entendemos que es una respuesta (la necesidad de adaptarse) del individuo ante el trauma, si bien esto podría ser el empezar a trabajar, el poder hablar sobre ello o ambas cosas para el individuo, pero en definitiva es una respuesta individual que el sujeto realiza por sí solo, por eso hemos decidido incluirlo en esta categoría.

8) Factores en relación a las experiencias previas del individuo:

A pesar de que ha sido un grupo de respuestas poco mencionado, hemos decidido incluirlo como grupo independiente por lo que suponen las experiencias previas para la superación de experiencias traumáticas. Es conocido, y existen numerosos estudios sobre la importancia para la superación de experiencias traumáticas de las experiencias previas del individuo, sobre esto existen estudios no sólo sobre la influencia de haber sufrido ya previamente experiencias traumáticas, sino también sobre cuestiones del pasado que tienen que ver con experiencias previas de otro tipo, sobre la calidad de las relaciones parentales.... (228,230).

Es indudable que el haber vivido experiencias previas traumáticas marca el pronóstico sobre las consecuencias de experiencias traumáticas posteriores, en principio dificultando la superación (295.302,304), más si cabe si han dejado heridas abiertas o

no se han acabado de resolver y el individuo no ha acabado de superar la primera experiencia traumática vivida. Pero al mismo tiempo pueden existir en el imaginario individual del paciente experiencias previas (del tipo que sean, quizás no importe tanto la experiencia en sí, sino lo que supuso para el individuo) que el individuo considere que le han ayudado a superar la actual situación traumática. En este caso no se llegó a preguntar qué experiencia se refería, no es lo importante, sino el que experiencias vividas en el pasado pueden ser útiles para el futuro y utilizarlas en el presente (lo que cada uno considere que ha podido sacar positivamente de la experiencia), en este caso para superar sanamente una experiencia traumática.

9) Trabajo:

Dada la frecuencia y la importancia que supone el trabajo para una vida normalizada, con que los pacientes han respondido que les ayudó a superar la situación traumática se ha decidido incluirla como una categoría de respuestas autónoma, en vez de incluirla por ejemplo en factores asociados a la recuperación de la vida previa. El poder volver a trabajar resulta útil a los pacientes por varias cuestiones, una la ya mencionada, el recuperar aspectos de la vida previa, otra porque es una forma de normalizar la experiencia (el poder incorporarse a trabajar), otra por lo que supone el trabajo para cada individuo (el poder tener relaciones sociales, el poderse centrar en una actividad lo que puede que permita al paciente el no tener tantas rumiaciones sobre la experiencia vivida....).

Existen estudios que relacionan la incorporación laboral, el tener un trabajo estable y el grado de satisfacción con el empleo como factores de buen pronóstico de cara a la superación de una experiencia traumática, del mismo modo que lo contrario (insatisfacción con el puesto laboral, ausencia de trabajo), son marcadores de mal pronóstico (310). Al mismo tiempo la incorporación laboral es un ítem marcador de buena evolución en muchas de las enfermedades mentales, incluido el TPET. Dada su importancia muchos de los individuos la han respondido, aunque detrás de esto, como ya hemos comentado pueden existir otras cuestiones, que tengan que ver más con factores relacionales o de otro tipo, pero dada la frecuencia de esta respuesta y su importancia, hemos decidido considerarla como una entidad distinta.

10) Factores asociados a la recuperación de la vida previa del individuo:

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Esta categoría de respuestas se incluyen a todas aquellas respuestas de los sujetos en las que lo que consideran que más les ha ayudado a salir de esta situación y a superar la situación traumática es el ir recuperando aspectos de su vida previa al trauma, que seguramente, en relación a la situación traumática vivida habían perdido al menos temporalmente, o habían quedado apartados de ellos.

Es cierto que otras de las respuestas también tienen que ver con recuperación de aspectos de la vida previa al trauma, por ejemplo trabajar supone recuperar un aspecto previo de la vida del individuo de vital importancia, pero las respuestas que incluimos en esta categoría son respuestas más globales, respuestas en las que el propio individuo no responde sobre la recuperación de un aspecto concreto de la vida, sino que habla a nivel más general, sobre recuperar la vida previa, por ello aquí están incluidas respuesta como pueden ser las siguientes, *vivir el día a día, recuperar la rutina*. Otra de las categorías que se ha incluido ha sido *el paso del tiempo*. Entendemos que esta respuesta lo que indica es el que el que fuera pasando el tiempo, el que el individuo pudiese comenzar a hacer su vida cotidiana, el que los recuerdos o los síntomas derivados de la situación traumática vivida le permitiesen poder ir haciendo su día a día, y que fueran pasando los días y cada vez pudiese estar más adaptado a lo que era su vida antes de los atentados es lo que ayudó realmente a estos individuos. Además ésta no era una respuesta muy elegida por los individuos, lo que iba en contra, por un lado de considerarlo una categoría propia y, por otro lado, tampoco el resto de categorías que existían se parecían a esta respuesta, por lo que tampoco se podía incluir esta respuesta en otra. En realidad detrás del paso del tiempo lo que parece que los sujetos pueden querer indicar es la posibilidad de poder recuperar, gracias al paso del tiempo, su vida previa.

La pregunta quinta hacía mención a los factores que los pacientes pensaban que les habían ayudado a superar la experiencia traumática, los factores de resiliencia, pasados tres años lo que pensaban los pacientes que había sido de ayuda para la superación de lo vivido. Dado de la última pregunta es una pregunta abierta, que tiene como intención el conocer cuál es desde el punto de vista de los pacientes cuáles son las cosas que les han ayudado a superar la situación traumática (entendiendo por superar como poder continuar viviendo sin sufrimiento, recuperando la vida previa y sin que esto suponga una ruptura en su vida biográfica) los pacientes emitieron una serie de respuestas variadas que se trataron de agrupar en etiquetas o categorías, que

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

tuviesen algo en común ya sea porque sea que el apoyo vino de su estructura familiar, o porque era algo que el paciente realizaba, o porque fueron unas creencias espirituales, de esta manera diseñamos un sistema de categorías en las que agrupamos todas las respuestas, en total diez categorías, que son las que se acaban de explicar, junto con los posibles sesgos derivados de la elección y los motivos por los que se eligieron.

De nuevo fueron 78 los pacientes que contestaron a las preguntas, en esta ocasión todos los pacientes respondieron, al menos una respuesta, respecto a lo que les había ayudado a la superación de la experiencia traumática, si bien hubo algunos que mencionaron varias respuestas (englobadas o no en varias categorías).

Pregunta 5. ¿Qué cree que le ha ayudado más a superar de una manera sana la experiencia vivida?.

Global de todas las respuestas.

Respuesta	Número de respuestas	Porcentaje (respecto a los pacientes que contestaron, 78)
Conocer gente en una situación similar a la mía	4	5.12%
Amigos	16	20.51%
Familia	44	56.41%
Recuperar la rutina	4	5.12%
Trabajo	8	10.25%
Grupos psicoterapéuticos en el CSM y H. Día	8	10.25%
Fármacos	2	2.56%
Profesionales (psicólogos y psiquiatras)	12	15.38%
Pareja	8	10.25%
Apoyo de la gente cercana	3	3.84%
No pensar	6	7.69%
Paso del tiempo	4	5.12%
Vivir el día a día	4	5.12%
Hijos	7	8.97%
Carácter (propio)	7	8.97%

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Edad (ser joven)	2	2.56%
Mirar hacia delante	4	5.12%
Estar bien físicamente	4	5.12%
Dios	6	7.69%
Fuerza de voluntad	6	7.69%
Irse fuera de Alcalá (a vivir)	2	2.56%
Dormir bien	1	1.28%
Olvidar	4	5.12%
Hablar sobre ello	4	5.12%
Vivir el día a día (duplicado)	2	2.56%
Vecinos	1	1.28%
Experiencias previas	1	1.28%
Reflexionar sobre lo sucedido	1	1.28%
Sentirse comprendida	1	1.28%
No ir al CSM	1	1.28%
Necesidad de adaptarse	1	1.28%
Autocontrol	1	1.28%
Sugestión	1	1.28%
Sentirse escuchada	1	1.28%

Las agrupaciones (categorías) que se realizaron, y las respuestas que incluye cada una de las categorías así como el porcentaje de respuestas de cada una es la siguiente:

Agrupaciones:

1) Factores asociados al entorno sociofamiliar:

-Amigos: 16, 20.51%.

-Familia: 44, 56.41%.

-Pareja: 8, 10.25%.

-Hijos: 7, 8.97%.

-Vecinos: 1, 1.28%.

-Apoyo de la gente cercana: 3, 3.84%.

TOTAL: 79, 101.26%

2) Factores asociados al tratamiento:

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

-Grupos psicoterapéuticos: 8, 10.25%

-Tratamiento farmacológico: 2, 2.56%.

-Psiquiatra/Psicólogos: 12, 15.38%.

TOTAL: 22, 28.19%.

3) Factores asociados a la espiritualidad y la religión:

-Dios: 6, 7.69%.

TOTAL: 6, 7.69%.

4) Factores Asociados a las relaciones interpersonales:

-Hablar sobre ello: 4, 5.12%.

-Sentirse comprendida: 1, 1.28%.

-Sentirse escuchada: 1, 1.28%.

-Conocer gente en una situación similar: 4, 5.12%

TOTAL: 10, 12.8%

5) Factores asociados a las características propias del individuo:

-Carácter: 7, 8.97%.

-Edad: 2, 2.56%.

-Fuerza de voluntad: 6, 7.69%.

TOTAL: 15, 19.22%

6) Factores asociados a las consecuencias físicas y psíquicas del trauma:

-Estar bien físicamente: 4, 5.12%.

-Dormir bien: 1, 1.28%.

TOTAL: 5, 6.4%.

7) Factores asociados a la respuesta individual al trauma:

-No pensar: 6, 7.69%.

-Mirar hacia delante: 4, 5.12%.

-No ir al CSM 1, 1.28%.

-Irse fuera de Alcalá 2, 2.56%.

-Tratar de olvidar: 4, 5.12%.

-Reflexionar: 1, 1.28%.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

-Necesidad de adaptarse: 1, 1.28%.

-Autocontrol 1, 1.28%.

-Sugestión: 1, 1.28%.

TOTAL: 21, 26.89%.

8) Factores asociados al pasado y experiencias previas del individuo:

-Las experiencias previas vividas: 1, 1.28%.

TOTAL: 1, 1.28%.

9) Trabajo:

-Trabajo: 8, 10.25%.

TOTAL: 8, 10.25%.

10) Factores asociados a la recuperación de la vida previa al trauma:

-Recuperar la rutina: 4, 5.12%.

-Vivir el día a día: 4, 5.12%.

Paso del tiempo: 4, 5.12%.

TOTAL: 12, 15.36%.

Esta tabla representa las respuestas emitidas con cada una de las categorías:

Categoría	Número de respuestas	Porcentaje del total
Factores asociados al entorno sociofamiliar	79	101.26%
Factores asociados al tratamiento	22	28.29%
Factores asociados a la espiritualidad y religión	6	7.69
Factores asociados a las relaciones interpersonales	10	12.82
Factores asociados a las características propias del individuo	15	19.22
Factores asociados a las consecuencias físicas y psicológicas del trauma	5	6.4%

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Factores asociados a la respuesta individual al trauma	21	26.89
Factores asociados al pasado y a las experiencias del individuo	1	1.28%
Trabajo	8	10.25%
Factores asociados a la recuperación de la vida previa al trauma	12	15.36%

En el caso de los factores sociodemográficos el porcentaje supera el 100% porque algunos de los pacientes contestaron más de una respuesta en relación a ellos. También el global de las respuestas supera el 100% porque la mayoría de los pacientes no emitieron solo una respuesta.

Las preguntas realizadas se encuentran en el **Anexo 2**, mientras que la transcripción literal de las respuestas emitidas por los pacientes a estas cinco preguntas telefónicas se encuentra en el **Anexo 3**.

CORRELACIÓN ENTRE EL REGISTRO DE CASOS Y LA ENCUESTA TELEFÓNICA.

6.- RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA, EVOLUCIÓN Y FACTORES DE RESILIENCIA:

Se muestran a continuación los resultados ya no descriptivos, sino tras estudio estadístico, sobre la influencia en las respuestas telefónicas (**anexo 2**) de los factores sociodemográficos (**anexo 3**), o dicho de otra manera, sobre si los factores sociodemográficos influyen en el grado de percepción de superación de la experiencia traumática (pregunta uno), la valoración sobre los servicios sanitarios (preguntas dos y tres), la evolución (pregunta cuatro) y los factores de resiliencia que los pacientes creen que más les han ayudado (pregunta cinco), y en qué sentido influyen.

1. Género:

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de superación de la experiencia traumática según el género, masculino o femenino. El sexo no es un factor que influya en la percepción de superación de la experiencia traumática. A pesar de ello, las mujeres tienen una mejor percepción de superación que los hombres, en éstos consideran superada la experiencia solamente el 50%, mientras que en mujeres es el 60% los que consideran que lo han superado.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) según el género. En hombres y mujeres la valoración es buena en torno al 90% de los pacientes.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento) según el género. El género no influye en la evolución de la muestra.

.No existen diferencias en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática según el género. Lo más significativo es que son las mujeres quienes con más frecuencia señalan el factor de resiliencia asociado al tratamiento recibido, prácticamente el 90% de los pacientes que señalan este factor de resiliencia son mujeres.

2. Nacionalidad:

.No Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de superación de la experiencia traumática según la nacionalidad. En los tres subgrupos más numerosos el porcentaje de pacientes que consideran que han superado la experiencia traumática es moderada, en españoles el 63% piensa que sí lo ha superado, en sudamericanos es del 53% y en ciudadanos del este de Europa del 54.5%.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) según la nacionalidad, si bien los españoles valoran más la atención sanitaria recibida que los que no son españoles (91% adecuada) las diferencias no son significativas, en sudamericanos es buena en el 77% y nacidos en el este de Europa del 72%

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento) según la nacionalidad.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado según la

nacionalidad, si bien los españoles son los que más valoran los factores asociados al tratamiento (valoración del personal sanitario, de los grupos realizados y de los tratamientos farmacológicos pautados).

3. Estado civil:

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de superación de la experiencia traumática según el estado civil, si bien los que con mayor frecuencia consideran que lo han superado de manera adecuada son los viudos, seguido de los que conviven como pareja de hecho, los solteros, los separados y los que peor percepción de superación que tienen que son los casados.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) según el estado civil. Si bien la mejor valoración es la de los casados, seguido de separados, solteros, pareja de hecho y viudos. El orden es el inverso al de la percepción de superación en este subgrupo.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento) según el estado civil.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado según el estado civil.

4. Tipo de convivencia:

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de superación de la experiencia traumática según el tipo de convivencia. Los que mejor percepción tienen de haberlo superado son los que conviven con su familia de origen, seguido de los que conviven con su familia propia, los que conviven solos y los que peor percepción de superación son los que tienen otro tipo de convivencia.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) según el tipo de convivencia. La mejor valoración es de los que viven con su familia propia, seguido de los que viven con otro tipo de convivencia, con su familia de origen y la peor valoración es de los que convivencia solos, si bien en todos los casos la valoración es elevada.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento) según el tipo de convivencia.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado según el tipo de convivencia. En los que conviven solos destaca la baja valoración de los factores sociofamiliares, los que conviven con su familia de origen valoran mayoritariamente las características individuales propias y los que conviven con su familia propia valoran más las relaciones interpersonales.

5. Nivel de estudios:

.No existen diferencias significativas en la percepción de superación de la experiencia traumática según el nivel de estudios. Salvo en el caso de los pacientes sin estudios, a mayor nivel de estudios mayor percepción de superación.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) según el nivel de estudios, si bien a mayor nivel de estudios los pacientes valoran peor la atención recibida.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento) según el nivel de estudios. Destaca sin embargo que la gran mayoría de los pacientes que consideran que dejaron de ir porque no les ayudaba son pacientes de nivel de estudios alto (universitarios o con grado de doctor), los que peor valoración hacen pero mejor percepción de superación tienen por otro lado

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado según el nivel de estudios. Los pacientes con grado de doctor valoran especialmente la recuperación de la vida previa, los pacientes con nivel de estudios hasta EGB valoran especialmente las relaciones interpersonales, la religión es especialmente valorada por los pacientes con nivel de estudios alto (BUP, COU). Finalmente destaca que a mayor nivel de estudios peor valorado son los factores asociados al tratamiento.

6. Recibir tratamiento farmacológico previamente al 11M:

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de superación de la experiencia traumática según si recibían tratamiento farmacológico previamente al 11M o no. Los pacientes que se encontraban previamente en

tratamiento tienen una percepción de superación mayor que los que no se encontraban en tratamiento.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) según si se encontraban previamente en tratamiento o no.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento) según si se encontraban previamente en tratamiento al 11M, sin embargo los que no se encontraban en tratamiento dejan de ir porque piensan que se encontraban mejor y abandonan para buscar ayuda en otro sitio con más frecuencia, mientras que los que se encontraban en tratamiento previamente con mayor frecuencia dejan de ir porque piensan que no les ayudaba el acudir y abandonan también con más frecuencia porque piensan que tienen que salir solos de esta situación.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática según si se encontraban previamente en tratamiento al 11M, los factores asociados al tratamiento son más valorados por los que se encontraban previamente en tratamiento y los factores asociados a las relaciones interpersonales es especialmente valorado por los que no se encontraban previamente al 11M en tratamiento.

7. Ha acudido a la urgencia psiquiátrica del hospital:

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de superación de la experiencia traumática según si el paciente ha acudido o no la urgencia psiquiátrica, llama la atención que son los pacientes que han acudido a la urgencia psiquiátrica los que con más frecuencia creen que lo han superado (72%), por 53% de los que no han acudido a la urgencia psiquiátrica.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) en relación a haber acudido a la urgencia o no, pero los pacientes que han acudido a la urgencia valoran peor la atención recibida y de menos utilidad.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento) en relación a haber acudido a la urgencia psiquiátrica, sin embargo los que han acudido a la urgencia dejan de ir con mayor

frecuencia porque creen que se encontraban bien y abandonan en menor porcentaje para buscar ayuda en otro sitio.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado según si han acudido o no la urgencia psiquiátrica, sin embargo, los pacientes que han acudido a la urgencia valoran poco los factores asociados al entorno sociofamiliar y valoran en mayor porcentaje los factores asociados al tratamiento.

8. Tipo de afectado:

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de superación de la experiencia traumática según el tipo de afectado, pero los afectados indirectos tienen mejor percepción de superación que los afectados directos.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) según el tipo de afectado, aunque los afectados indirectos hacen una mejor valoración.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento) según el tipo de afectado.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado según el tipo de afectado.

9. Antecedentes de tratamiento psiquiátrico:

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de superación de la experiencia traumática según si los pacientes tenían antecedentes de tratamiento psiquiátrico en el pasado o no. Los pacientes con antecedentes de tratamiento psiquiátrico tienen una percepción de superación peor que los que no tienen antecedentes de tratamiento.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) según si el paciente tiene antecedentes de tratamiento psiquiátrico o no, pero los pacientes valoran mejor la atención recibida y su utilidad si han estado previamente en tratamiento psiquiátrico, en concreto el 100% de los pacientes que tienen antecedentes de tratamiento valoran como buena la atención recibida.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento) según si el paciente tiene antecedentes de tratamiento psiquiátrico o no. Los pacientes sin antecedentes de tratamiento consideran en mayor porcentaje que se encontraban bien y por eso dejaron de acudir al CSM, los que tenían antecedentes de tratamiento psiquiátrico en el pasado abandonan para buscar ayuda en otra parte con más frecuencia y también con más frecuencia abandonan porque creen que tienen que salir solos de la situación.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a superar la experiencia vivida en relación a que el paciente tenga antecedentes psiquiátricos o no. Destaca que en los pacientes con antecedentes de tratamiento valoran especialmente los factores asociados a las relaciones sociofamiliares, y no valoran los factores asociados al tratamiento recibido.

10. Antecedentes de sucesos traumáticos en el pasado:

*Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de superación de la experiencia traumática, en relación a la presencia de experiencias traumáticas en el pasado (Chi Cuadrado $p < 0.05$). Los pacientes que tienen antecedentes de sucesos traumáticos en sus vidas tienen en mayor porcentaje una percepción de superación de la experiencia traumática, de hecho considera que ha superado la experiencia el 87.5%.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) en relación a que el paciente tenga antecedentes de sucesos traumáticos en su vida, los pacientes con antecedentes de sucesos traumáticos valoran mejor la atención recibida y su utilidad que los que no.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento) según si el paciente tiene antecedentes de sucesos traumáticos en su vida.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado en relación a que el paciente tenga en su biografía antecedentes de sucesos traumáticos o no. Destaca que los pacientes con hechos traumáticos en su biografía valoren más los factores

asociados al entorno sociofamiliar, mientras que los que no los tienen valoran con más frecuencia las variables asociadas al tratamiento.

11. Se encontraba en los trenes sólo o acompañado (o cuando recibió la noticia):

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de superación de la experiencia traumática según si el paciente se encontraba sólo o acompañado, sin embargo los que se encontraban solos tienen una percepción de superación peor que los que se encontraban acompañados, 52% de los que estaban solos piensan que lo han superado, por un 69% de los que estaban acompañados.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) en relación a que el paciente se encuentre sólo o acompañado. Los pacientes que se encontraban solos en los trenes o cuando recibieron la noticia tienen una mejor percepción de la ayuda recibida y su utilidad.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento), según si cuando recibieron la noticia o cuando estallaron las bombas se encontraban solos o acompañados, destaca que los que se encontraban acompañados dejaron de ir al CSM porque pensaban que se encontraban mejor en un mayor porcentaje y también abandonaron porque pensaban que tenían que salir por sí mismos. En los que estaban solos llama la atención que buscaron ayuda en otra parte en mayor porcentaje, y que pensaban que no les ayudaba el acudir en mayor frecuencia.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado en relación a que el paciente se encontrase sólo o acompañado en los trenes o al recibir la noticia de los atentados, sin embargo los pacientes que se encontraban solos valoran más los factores asociados al entorno sociofamiliar y los factores asociados al tratamiento, mientras que los que estaban acompañados valoran más los factores sociofamiliares.

12. Si existen historia de pérdidas recientes para el paciente:

.No existen diferencias significativas estadísticamente en la percepción de superación de la experiencia traumática según si el paciente tiene historia de pérdidas recientes en su biografía. La muestra (este ítem no se pudo recoger en muchos pacientes), es sin embargo pequeña.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) según si existe historia de pérdidas recientes en la vida del paciente.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento), según si existen pérdidas recientes en la biografía del paciente.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado en relación a que el paciente tenga una historia de pérdidas recientes en su vida.

13. Lugar desde fue el paciente derivado:

.No existen diferencias significativas en la percepción de superación de la experiencia traumática según el lugar desde donde le paciente fue derivado, aunque los que tienen una mejor percepción de superación son los pacientes que fueron derivados desde la urgencia, seguido de los pacientes que acudieron espontáneamente, los que fueron derivados desde su MAP y los que peor percepción de superación de la experiencia que eran los que acudían desde los Servicios Sociales u otros dispositivos de Salud Mental.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) según el lugar de derivación, los pacientes que mejor valoración hacen son los que acudieron desde Servicios Sociales y espontáneamente (para el 100% adecuada), en pacientes que acuden desde el MAP y desde urgencias es buena también (88% y 80% adecuada respectivamente).

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento), según el lugar de derivación.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado en relación al lugar de derivación, los derivados desde Atención Primaria valoran los factores sociofamiliares con mayor frecuencia, los derivados desde Servicios Sociales valoran las relaciones interpersonales como primera opción, los derivados desde otros dispositivos valoran principalmente las variables asociadas al tratamiento y finalmente los que acuden espontáneamente valoran principalmente los factores sociofamiliares y los asociados a las relaciones interpersonales.

14. Nivel socioeconómico:

.No existen diferencias significativas estadísticamente en la percepción de superación de la experiencia traumática en relación al nivel socioeconómico, el que mejor percepción tiene sobre la superación de la experiencia son los que pertenecen al estrato económico bajo o muy bajo.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) según el nivel socioeconómico, los que peor valoración realizan son los pacientes del nivel socioeconómico alto.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento), según el nivel socioeconómico.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática, en todos los estratos el factor más valorado son los relacionados con el apoyo sociofamiliar.

15. Situación laboral en el momento del 11M:

.No existen diferencias significativas estadísticamente en la percepción de superación de la experiencia traumática según la situación laboral de los pacientes en el momento del 11M, la percepción de superación es mayor sin embargo para los trabajadores activos con contrato.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la valoración de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad), según la situación laboral de los pacientes en el 11M.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento), según la situación laboral en el momento del 11M, destaca sin embargo que a pesar de la escasez de la muestra todos los estudiantes dejan de ir porque se encontraban mejor (100%), también que todos los que deciden abandonar para buscar ayuda en otra parte son trabajadores activos.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática según la situación laboral en el momento del 11M.

16. Recibió la ILT:

.No existen diferencias significativas estadísticamente en la percepción de superación de la experiencia traumática en relación a si recibió la ILT o no tras los atentados, destaca que sin embargo la percepción de superación adecuada es mayor para los que recibieron la ILT que para los que no (73% por 65%).

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) según si recibieron la ILT o no tras los atentados, pero los que la recibieron valoraban mejor la atención y su utilidad que los que no la recibieron (93% por 88%).

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en la evolución de los pacientes según si recibieron la ILT o no durante el tratamiento. Los pacientes que recibieron la ILT mejoran y por eso dejan de ir más que los que no (40% por 33%), no buscan ayuda en otra parte (0%) y abandonan más porque pensaban que no les ayudaba el acudir (20%), por el contrario los que no recibieron la ILT abandonan más para buscar ayuda en otra parte (18.5%), abandonan más pensando que tienen que salir solos (11%), pero solo un 11% abandona porque no le ayuda el acudir.

*Existen estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que les han sido útiles para la superación de la experiencia traumática, según si el paciente recibió la ILT o no durante el tratamiento. Los que sí recibieron la ILT valoran más que los que no los factores asociados al tratamiento 20% por 18.5%, los asociados a las características propias del individuo (6,6% por 3,7%), asociados a las consecuencias del trauma (6.6% por 3.7%), los asociados al trabajo (6.6% por 0%) y los asociados a las vivencias previas del individuo (6.6% por 0%). Los que no recibieron la ILT valoran más los factores asociados al apoyo sociofamiliar (55% por 33%), los asociados a la religión (7.4% por 0% de los que sí la recibieron) y los asociados a las relaciones interpersonales (7.4% por 0%).

17. Existe consumo de tóxicos:

.No existen diferencias significativas estadísticamente en la percepción de superación de la experiencia traumática según si el paciente consume tóxicos o no, sin embargo la percepción de superación es peor en los que consumen, 37.5% adecuada que en los que no consumen (61%), la muestra es sin embargo escasa, lo que ha dificultado la significación estadística.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) en relación a que el paciente consuma tóxicos.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento), según si el paciente consumía tóxicos o no.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática según si el paciente consumía tóxicos o no. Los pacientes consumidores mencionan más los factores asociados al tratamiento que los que no (25% por 13.8%).

18. Era usuario habitual de esa línea de tren:

.No existen diferencias significativas estadísticamente en la percepción de superación de la experiencia traumática según si el paciente era usuario habitual del tren o no. La percepción de superación es más baja en los que eran usuarios habituales (56% por 59% para los que estaban acompañados), la muestra es sin embargo escasa.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) en relación a que el paciente sea usuario habitual del tren o no, el 100% de los que no son usuarios la consideran adecuada, por 81% para los que no son usuarios habituales.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento), en relación a que el paciente sea o no usuario habitual del tren, sin embargo los que no eran usuarios habituales abandonan en mayor porcentaje que los que lo son (60% por 41% de abandonos globales).

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática según si el paciente es usuario habitual del tren o no.

19. Era usuario habitual de esa línea de tren:

.No existen diferencias significativas estadísticamente en la percepción de superación de la experiencia traumática según si el paciente era usuario habitual de esa línea de tren o no (60% creen que lo han superado de los no usuarios por 55% de los usuarios) la muestra es sin embargo escasa.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) en relación a que el paciente sea usuario habitual de esa línea de tren o no (en el 100% de los no usuarios fue adecuada por el 81% de los usuarios habituales).

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento), en relación a que el paciente sea o no usuario habitual de esa línea de tren, sin embargo los que no eran usuarios habituales abandonan en mayor porcentaje que los que lo son (60% por 41%).

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática según si el paciente es usuario habitual de esa línea tren o no.

20. Dispositivo del área en el que recibió tratamiento principalmente:

.No existen diferencias significativas estadísticamente en la percepción de superación de la experiencia traumática según el lugar donde el paciente recibió tratamiento de manera principal. Los que mejor percepción tienen de haberlo superado son los pacientes que recibieron tratamiento en el Hospital de Día (63%), seguidos de los que recibieron tratamiento en el del CSM (54%).

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) en relación al lugar donde el paciente recibió tratamiento. La mejor valoración es la de los pacientes que recibieron tratamiento en otros dispositivos, seguida de la del Hospital de Día y la del CSM, (100% lo consideran útil por 90% y 88% respectivamente)

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento), en relación al dispositivo de tratamiento. Destaca que el porcentaje de abandonos por mejoría más alto corresponde a otros dispositivos y el Hospital de Día (55 y 54% respectivamente), y el del CSM es del 48%, también que los pacientes tratados en el CSM son los que más abandonan a nivel global (54.7%), ya sea para buscar ayuda en otra parte, por el horario o porque no le ayudaba o la rechazó, porcentaje menor en el Hospital de Día (27%), y algo mayor en otros dispositivos (33%).

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la

experiencia traumática según el dispositivo donde el paciente ha recibido principalmente tratamiento, destaca que los factores asociados al tratamiento son principalmente valorados en el Hospital de Día (36%) y otros dispositivos (22%), mientras que en los pacientes que estuvieron en el CSM los mencionaron pocos (7%).

21. Retornos tras el alta (o abandono).

.No existen diferencias estadísticamente en la percepción de superación de la experiencia traumática según si el paciente volvió tras el alta o abandonar, la percepción de superación es muy pareja en los dos grupos.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) en relación a que existan retornos tras el alta o no, la evaluación de los servicios sanitarios es algo mejor en los que retornaron (91%), que los que no (80%).

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento), en relación a que el paciente retornase tras el alta o abandonase.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática en relación a que el paciente volviese tras el alta o abandonase, o no lo hiciera.

22. Tipo de sintomatología predominante:

*Existen estadísticamente significativas en la percepción de superación de los pacientes de la experiencia traumática según la sintomatología clínica predominante (Chi Cuadrado $p < 0.05$), de forma que los pacientes con mejor percepción de superación de la experiencia son aquellos con clínica predominantemente afectiva (80% creen que lo han superado), ansiosa (100%), psicótica, solo un paciente 100%, y evitativa (63.5%), y la peor percepción de superación es de los pacientes con sintomatología somática (50%), de reexperimentación (54%) y de hiperactivación (42%).

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron), en relación a la sintomatología clínica predominante en los pacientes, si bien la evaluación es buena en todos los grupos de pacientes, variando entre el 75% de pacientes con

clínica somática que la consideran adecuada por el 91% de pacientes con clínica evitativa.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento), según la sintomatología clínica predominante.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática en relación a la sintomatología clínica predominante. Para los pacientes con predominio clínico de reexperimentación, el grupo con más pacientes, valoran especialmente los factores sociofamiliares (50%) y los asociados al tratamiento (30%). En los pacientes con clínica evitativa son los factores asociados a la familia y el tratamiento (28.5% ambos), en los pacientes con predominio de clínica de hiperactivación son los sociofamiliares los factores más mencionados (38.5%), en los de predominio afectivo, los factores asociados a las características propias del individuo (40%), y en los de clínica de predominio ansioso diferente de las anteriores los sociofamiliares (75%).

23. Tenía los papeles en regla:

.No existen diferencias significativas estadísticamente en la percepción de superación de la experiencia traumática en relación a que el paciente tuviese los papeles en regla o no. En ambos grupos el porcentaje de pacientes que piensan que lo han superado es muy parejo (en torno al 60%), la muestra es escasa.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos o de su utilidad) en relación a que el paciente tuviese los papeles en regla o no, aunque los que no tenían los papeles lo valoran peor (90% por 78%).

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento), en relación a que los paciente tuviesen o no los papeles en regla.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática en relación a que tuviesen los papeles en regla, a pesar de que la muestra es pequeña, el porcentaje de abandonos entre los que no tenían los papeles era del 70%.

24. Tenía problemas idiomáticos el paciente:

.No existen diferencias significativas estadísticamente en la percepción de superación de la experiencia traumática en relación a que el paciente comprendiese el idioma o no, aunque la percepción de superación de la experiencia es peor para los que no tenían dominio el idioma (50% por 60% de los que lo dominaban).

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios (percepción en cuanto a lo que recibieron de éstos) en relación a que el paciente comprendiese el idioma, los pacientes con problemas idiomáticos lo valoraron peor (75% de buena valoración por 91% de los que dominaban el idioma), también en cuanto a la valoración de la utilidad de lo recibido de los servicios sanitarios, la valoración de los que no dominaban el castellano es más baja (75% por 92% de buena valoración de los que no tenían problemas idiomáticos).

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento). En el caso de pacientes con problemas idiomáticos los abandonos llegaban al 75% a nivel global (todos los motivos).

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática en relación al dominio del idioma.

25. Tipo de tratamiento que recibe:

.No existen diferencias significativas estadísticamente en la percepción de superación de la experiencia traumática en relación al tratamiento que recibió el paciente. Destaca sin embargo que los pacientes con mejor percepción de superación son aquellos que ha recibido tratamiento farmacológico (60% creen que lo han superado de manera satisfactoria), y tratamiento combinado (psicoterapia y farmacológico, también 60% creen que lo han superado de manera adecuada). Los pacientes que recibieron tratamiento únicamente con psicoterapia creen que lo han superado en un 53.8%, finalmente los pacientes que recibieron tratamiento psicoterapéutico grupal creen que lo han superado en un 50%. Si realizamos dos grupos, el primero formado por los que recibieron tratamiento psicoterapéutico (psicoterapia individual o de grupo), y otro por los que recibieron tratamiento farmacológico (ya sea únicamente o asociado a psicoterapia, tratamiento combinado),

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

observamos que en el primer grupo la percepción de superación positiva es del 60%, mientras que en el segundo es del 52.4%.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de los servicios sanitarios, respecto a la pregunta sobre si pensaban los pacientes que recibieron lo que debían recibir, en el caso de los pacientes en tratamiento con psicoterapia individual, los pacientes respondían afirmativamente a la pregunta en un 77%, en el caso de los que recibieron tratamiento farmacológico era un 84% los que respondían afirmativamente, los que recibieron tratamiento psicoterapéutico grupal en un 75% creían que habían recibido lo que debían por parte de los servicios sanitarios. Finalmente los que recibían tratamiento combinado respondían afirmativamente en un 95%. Si realizamos la misma agrupación, en los que recibieron psicoterapia (individual o de grupo), y los que recibieron tratamiento farmacológico (solo o combinado con psicoterapia), encontramos que en el primer grupo responden que sí recibieron lo adecuado por parte de los servicios sanitarios en un 77%, mientras que en el segundo grupo es del 90%.

Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción de utilidad sobre la atención recibida, si bien, el porcentaje de pacientes que responde afirmativamente es del 75% en los pacientes con psicoterapia individual, del 75% en los de psicoterapia de grupo, del 84% en los que recibieron tratamiento farmacológico y del 95% en los que recibieron tratamiento combinado. Agrupando de nuevo en los dos grupos, les resultó útil el tratamiento al 93% de los que recibieron tratamiento farmacológico (solo o combinado), y del 81% en los que recibieron psicoterapia (individual o de grupo).

.No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la evolución (motivo de alta o si continúan en tratamiento). Destacan varios aspectos sin embargo, en los pacientes que recibieron tratamiento farmacológico únicamente, están todos los pacientes que rechazaron la ayuda, todos los que lo hicieron estaban recibiendo tratamiento farmacológico, también un porcentaje del 16% decidió buscar ayuda en otra parte. En el caso de los pacientes que fueron tratados con psicoterapia individual, el 16% deja de acudir porque no le ayudaba el acudir. Los pacientes que recibieron psicoterapia grupal es el grupo que con mayor frecuencia decide tratar de salir solo y abandona el tratamiento por este motivo (25%), y los que más abandonan para seguir tratamiento en otro lugar (25%). Finalmente los que recibieron tratamiento combinado, es el grupo que más abandona porque no le ayudaba el acudir (21.7%), y los que

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

menos buscan ayuda en otra parte (4.3%). Si agrupamos en pacientes con tratamiento psicoterapéutico por un lado, y farmacológico por otro, los porcentajes de pacientes que abandonaron y de pacientes que creían que se encontraban mejor y por eso abandonaron son muy similares, 38 y 41% de abandonos respectivamente y 38 y 35% de mejoría para cada grupo.

La siguiente tabla resume los resultados para este ítem:

	Dejó de ir porque estaba mejor	Abandonó para salir solo	Abandonó porque no le ayudaba el ir	Rechazó la ayuda	Abandonó por incompatibilidad de horarios	Buscó ayuda en otra parte
Tratamiento farmacológico	36%	12%	12%	8%	4%	16%
Tratamiento psicoterapéutico individual	30%	8%	16%	0%	30%	8%
Tratamiento psicoterapéutico grupal	25%	25%	0%	0%	25%	25%
Tratamiento combinado	34%	8.6%	21.7%	0%	8.6%	4.3%

.No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática en relación al tratamiento recibido, las respuestas son muy similares.

7.- RELACIÓN ENTRE VARIABLES DE EVOLUCIÓN, DE RESILIENCIA Y DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS:

1. Percepción de superación de la experiencia traumática:

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.001$) en la percepción de superación de la experiencia traumática, en relación a la valoración de los servicios sanitarios. La percepción de superación es del 92% en los pacientes que sí

creen que recibieron lo que debían recibir de los servicios sanitarios, y del 76% en los que no lo creen.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.001$) en la percepción de superación de la experiencia traumática en relación a la valoración de utilidad de lo que recibieron de los servicios sanitarios. En el caso de los que lo consideraron útil, la percepción de superación es del 92%, y en los que no del 83%.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.001$) en la percepción de superación en relación a la evolución que tuvieron los pacientes. En el caso de los que sí creían que lo habían superado un 50% abandonó porque pensaba que se encontraba mejor, y el porcentaje de abandonos por otras causas es del 35%, en el caso de los que creían que no lo habían superado, un 25% dejó de ir por mejoría y el porcentaje global de abandonos por otros motivos era del 42.5%.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.001$) en la percepción de superación de la experiencia vivida en relación a los factores de resiliencia que los pacientes consideran que les han sido de más utilidad. Destaca que los factores asociados al tratamiento es mencionado por el 16% de los que creen que lo han superado y por el 10% de los que no, y que los factores sociofamiliares es mencionado por el 45% de los que creen que lo han superado y por el 60% de los que no.

2. Recibir lo que se debía recibir de los servicios sanitarios:

*Existen diferencias estadísticamente (Chi Cuadrado $p < 0.001$) en la opinión sobre lo recibido en relación a la valoración de la utilidad. De los pacientes que sí creen que lo que recibieron de los servicios sanitarios fue adecuado, el 98% lo consideran útil, mientras que de los que no lo consideraron adecuado solo el 40% lo considera útil.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.001$) en la opinión de lo recibido por los servicios sanitarios según la evolución que experimentaron los pacientes. De los que sí consideran que la atención fue adecuada, el 43% dejan de ir porque se encontraban mejor, un 0% de los que no consideran la atención de adecuada dejaron el tratamiento por mejoría.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.001$) en la opinión de los servicios sanitarios según los factores de resiliencia que los pacientes creen les han ayudado.

3. Utilidad de lo recibido por parte de los servicios sanitarios:

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.001$) en la percepción de utilidad de lo recibido por parte de los servicios sanitarios en relación a la evolución que experimentan los pacientes. En el caso de los pacientes que lo consideraron útil el 41.7% dejó de ir porque se encontraba mejor, y el global de abandonos por diversas causas fue del 33.2%. Para los pacientes que no consideraron útil lo recibido por los servicios sanitarios, ninguno dejó de acudir por mejoría (0%), y el porcentaje global de abandonos es del 78.5%.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.001$) en la percepción de utilidad en relación a los factores de resiliencia que los pacientes creen les han ayudado a superar la situación traumática. Destaca en los pacientes que no consideraban útil la atención recibida, que ninguno mencionó las variables asociadas al tratamiento (0%), ni los factores asociados a las características propias del individuo, que eran más mencionados que en los pacientes que sí consideraban útil el tratamiento (16.6% para ambos de porcentaje de respuestas). El factor de resiliencia más mencionado para los que no consideraban útil la atención era sin embargo los factores sociofamiliares (66%)

4. Evolución de los pacientes:

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.001$) en la evolución de los pacientes en relación a los factores de resiliencia que estos consideran de utilidad en la superación de la experiencia traumática. Destacan sin embargo varias cuestiones: En los pacientes que dejaron de ir porque se encontraban mejor el 42% menciona como factor de resiliencia principal el apoyo sociofamiliar, el 17% el tratamiento y el 10% las características propias del individuo. En los pacientes que acudieron a otro tratamiento, solamente el 12,5% menciona como factor de resiliencia principal las asociadas al tratamiento, y el más mencionado son los factores sociofamiliares (62.5%). En los pacientes que pensaban que tenían que salir solos la mayoría se apoyaron en el entorno sociofamiliar (62.5% lo menciona como factor de resiliencia principal), y un 12.5% menciona los asociados al tratamiento. En los pacientes que abandonaron porque no les ayudaba el acudir, parece que se apoyan en la familia y amigos (63% como primera respuesta los factores sociofamiliares), y a

algunos al final sí les ayuda en algo el tratamiento recibido (18% lo mencionan como primer factor de resiliencia).

8.- RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE ELLAS Y CON LAS VARIABLES DE EVOLUCIÓN.

Dado que existen una gran cantidad de variables sociodemográficas, y de hipótesis estadísticas, se mencionarán a continuación los resultados y las asociaciones estadísticamente significativas que existen, sin describirse las comparaciones en las que no exista relación estadísticamente significativas ($p < 0.05$), solo en el caso de que sean resultados interesantes para la discusión. El objetivo de este análisis es el de eliminar posibles sesgos dentro de los resultados, que pudiesen tener que ver con las características sociodemográficas de la propia muestra. Es decir, lo que se pretende realizando el análisis de las posibles correlaciones entre las variables sociodemográficas es el poder eliminar algunos de los resultados que puedan estar contaminados por las asociaciones y correlaciones de la muestra en relación a cuestiones sociodemográficas. No es tan relevante para el estudio por tanto estas cuestiones y los resultados, sino el objetivar que las propias características y correlaciones de la muestra no influyen en los resultados.

1. Nacionalidad con el resto de variable sociodemográficas:

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de estudios en relación a la nacionalidad (Chi Cuadrado $p < 0.05$), en líneas generales el nivel de estudios es más elevado en los pacientes españoles que en el resto de pacientes (no nacidos en España).

*Existen diferencias estadísticamente en el nivel sociolaboral según la nacionalidad (Chi Cuadrado $p < 0.05$). El nivel sociolaboral es mayor en los paciente españoles que en los extranjeros.

*Existen diferencia estadísticamente significativas en los retornos tras el alta según la nacionalidad (Chi Cuadrado $p < 0.05$), el porcentaje de retornos tras el alta en pacientes españoles es del 13%, en los nacidos en América Latina del 19% y en el caso de los nacidos en el este de Europa del 8.6%.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de sintomatología en relación a la nacionalidad. En paciente españoles el tipo de clínica predominante es evitativa y afectiva, en sudamericanos de reexperimentación y de hiperactivación, y en nacidos en el este de Europa de reexperimentación e hiperactivación.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en el diagnóstico en relación a la nacionalidad.

.No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de veces que los pacientes acuden a urgencias en relación a la nacionalidad.

2. Estado civil con el resto de variables sociodemográficas:

.No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de veces que los pacientes acuden a urgencias en relación al estado civil.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en que los pacientes reciban la ILT, en relación al estado civil. Los pacientes solteros la recibieron en un 37.9% de los casos, los casados en un 25.8%, y aunque con menor muestra, los que convivían como parejas de hecho en el 100%, los separados o divorciados en un 25% y los viudos no recibieron la ILT (0%).

No existen diferencias estadísticamente significativas en los retornos tras el alta según el estado civil.

3. Convivencia con el resto de variables sociodemográficas:

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de veces que los pacientes acuden a urgencias en relación al tipo de convivencia.

No existen diferencias estadísticamente significativas en los retornos tras el alta según el tipo de convivencia.

No existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología según el tipo de convivencia.

4. Nivel de estudios:

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0,05$), en que los pacientes acudan a la urgencia según el nivel de estudios. A mayor nivel de estudios menos se acude a la urgencia, los pacientes que no tienen estudios acuden en un 44% en alguna ocasión, con graduado escolar en un 28%, los que tienen el grado de

BUP o COU en un 16%, finalmente los universitarios doctores en un 4.76% de los casos acuden a urgencias.

No existen diferencias estadísticamente significativas en los retornos tras el alta según el nivel de estudios

No existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología según el nivel de estudios.

5. Tipo de afectado:

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0,05$), en que los pacientes reciban la ILT en relación al tipo de afectado. A mayor grado de afectado directo más bajas, y recibieron la ILT con más frecuencia los afectados directos que los indirectos.

*Existen diferencias estadísticamente significativas en los retornos tras el alta según el tipo de afectado (Chi Cuadrado $p < 0,05$), los pacientes afectados directos retornaron más que los afectados indirectos.

6. Antecedentes de tratamiento psiquiátrico:

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el número de veces que los pacientes acudieron a la urgencia en relación a que tuviesen antecedentes de tratamiento psiquiátrico (Chi Cuadrado $p < 0,05$). Los pacientes que tienen antecedentes de tratamiento psiquiátrico en el pasado acuden más a la urgencia que los que no tienen antecedentes.

7. Antecedentes de sucesos traumáticos en el pasado:

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0,05$) en que se acuda a la urgencia si existen antecedentes de sucesos traumáticos en el pasado, los pacientes que tienen antecedentes de sucesos traumáticos en su biografía acuden más a la urgencia.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0,01$), en que se realicen intentos de suicidio en relación a la presencia de hechos traumáticos. Los pacientes que han vivido hechos traumáticos realizan durante el tratamiento más intentos de suicidio que los que no, de hecho 5 de los 8 intentos de suicidio fueron hechos por pacientes con antecedentes de sucesos traumáticos en su biografía, la

mayoría en pacientes en los que estos hechos traumáticos emergen en el presente (4 pacientes)

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0,01$) en que se retorne tras el alta en relación a la presencia de hechos traumáticos en el pasado. Los pacientes con hechos traumáticos en su biografía retornan más que los que no los tienen.

8. Se encontraba solo o acompañado

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0,05$) en los intentos de suicidio que los pacientes realizan durante el tratamiento en relación a que el paciente se encontrase sólo o acompañado en el momento de los atentados o que recibió la noticia. Los pacientes que se encontraban solos realizan más intentos de suicidio que los que estaban acompañados.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0,05$) en que se reciba la ILT durante el tratamiento, en relación a que los pacientes se encontrasen solos o acompañados el día del 11M (cuando estallaron las bombas o recibieron la noticia). Los pacientes que estaban solos reciben la ILT en un 40% de las ocasiones, los que estaban acompañados en un 23.8%.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de clínica de los pacientes en relación a que se encontrasen solos o acompañados en el día del 11M

9. Era usuario habitual de esa línea de tren:

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0,05$) en que los pacientes acudiesen a la urgencia en relación a si eran o no usuarios habituales de esa línea de tren. Los pacientes que eran usuarios habituales de la línea acuden a la urgencia con más frecuencia (50%), que los que no lo eran.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0,05$) en que los pacientes realicen intentos de suicidio en relación a que fuesen o no usuarios habituales de esa línea de tren. Los usuarios habituales realizan más intentos de suicidio que los que no lo eran (44% por 14.2%).

10. Dispositivo en el que recibió tratamiento:

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0,05$) en que los pacientes acuden a la urgencia en relación al dispositivo en el que recibieron

tratamiento. En el caso de los pacientes que recibieron tratamiento en el CSM fue el 19.7% los que acudieron a la urgencia, los de Hospital de Día en un 25% y los que lo recibieron en otros dispositivos en 12.5% fueron a la urgencia durante algún momento del tratamiento.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0,05$) en los retornos tras el alta según el dispositivo de tratamiento principal. En el caso de los pacientes tratados en el Hospital de Día no retornó tras el alta ningún paciente (0%), en los que fueron al CSM retornó un 17.1% y en los de otros dispositivos fue un 9% los que retornaron.

11. Tenía los papeles de residencia en orden:

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de veces que los pacientes acuden a la urgencia en relación a que tengan los papeles de residencia.

No existen diferencias estadísticamente significativas en que los pacientes reciban la ILT en relación a que tengan en regla los papeles de residencia. Los pacientes que no tenían los papeles recibieron menos ILT que los que sí los tenían (7% por 32%).

No existen diferencias estadísticamente significativas en los retornos tras el alta en relación a que el paciente tenga los papeles en regla o no. Aunque los pacientes que no los tenían retornaban más que los que sí (26.6% por 13.6%).

12. Tenía problemas con el idioma:

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de veces que los pacientes acudieron a urgencias en relación a que tengan o no problemas con el idioma. Sin embargo los pacientes que no tenían el dominio del idioma acudían mucho más a la urgencia (42.8% por 16% de los que sí tenían dominio idiomático).

No existen diferencias estadísticamente significativas en que los pacientes reciban la ILT o no en relación a que los pacientes tuviesen o no dominio del idioma. Los pacientes que tenían dominio del idioma recibieron más ILT (38.5%), que los que no lo tenían (12.5%).

*Existen diferencia estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0,05$) en los retornos tras el alta, según el paciente tenga o no conocimiento del idioma. Los

pacientes que tienen problemas idiomáticos retornan tras el alta más que los que no los tienen (15.9%) por (9.1%).

13. Tipo de tratamiento que recibe:

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento que reciben los pacientes en relación a la nacionalidad (Chi Cuadrado $p < 0,0078$). Llama la atención que el tratamiento únicamente farmacológico, se usa mucho más en pacientes que no dominan a priori el idioma, en pacientes del este de Europa se utiliza en concreto en el 60% de los casos, mientras que en los españoles en un 35.7% y en sudamericanos en un 31%. El tratamiento psicoterapéutico individual se usa en los nacidos en España principalmente (19.64%), y en este de Europa (9.5%) y sudamericanos (9.6%), en menor medida. El tratamiento psicoterapéutico grupal se usa principalmente en sudamericanos (23.8%) por 5.3% de los españoles y 8.6% de los nacidos en Europa del este. Finalmente el tratamiento combinado se usa muy poco en nacidos en el este de Europa (22% de los pacientes), por un 39.7% en españoles y un 35% en sudamericanos.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en el tratamiento que reciben los pacientes en relación al estado civil. Llama la atención que los paciente solteros recibieron medicación en un porcentaje más alto que el resto (83.5% de ellos si sumamos tratamiento farmacológico y combinado), y que los pacientes casados fueron los que recibieron psicoterapia en mayor frecuencia (34% si se suma la psicoterapia individual y la grupal).

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento que reciben los pacientes en relación a la convivencia de los pacientes (Chi Cuadrado $p < 0,05$). Los pacientes que conviven solos son los que reciben medicación como único tratamiento con mayor frecuencia (66% de los casos). Los pacientes que más son tratados con psicoterapia individual son los que conviven con familia propia (19.6%) y con otro tipo de convivencia (27.27%). El tratamiento combinado es usado con mayor frecuencia en el caso de pacientes que viven con su familia de origen (32%), que también reciben tratamiento farmacológico en un porcentaje alto (27.7%). El grupo que recibe psicoterapia (tanto individual como grupal con mayor frecuencia son los que viven con la familia propia, 35.2% del total).

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento que reciben los pacientes en relación al nivel de estudios (Chi Cuadrado $p < 0,05$). En líneas

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

generales los pacientes a más nivel de estudios menos tratamiento con psicoterapia reciben y más tratamiento combinado. Existen pocas diferencias en el tratamiento farmacológico en los grupos, pero sí en el caso del tratamiento con psicoterapia individual, que en el caso de los pacientes con grado de licenciados o doctores se usa mucho menos que en el resto de los grupos (3.8%). También el caso de psicoterapia de grupo destaca que ningún paciente del grupo de estudios de graduado escolar lo recibiese. Finalmente el tratamiento combinado se usa principalmente en pacientes de nivel de estudios alto (licenciados o doctores).

Esta tabla resume los hallazgos.

	Sin estudios	Graduado escolar	BUP/COU	Licenciado/Doctor
Tratamiento farmacológico	44%	44%	33%	42.3%
Psicoterapia individual	22%	22%	16.6%	3,8%
Psicoterapia grupal	11%	4.6%	18.4%	11.5%
Tratamiento combinado	22%	29,6%	32%	42.3%

*Existen diferencias estadísticamente significativas en que los pacientes acudan a urgencias en relación al tratamiento que reciben los pacientes (Chi Cuadrado $p < 0,05$). Los que más acudieron a la urgencia fueron los pacientes que recibieron tratamiento farmacológico únicamente (20%), y los que recibieron tratamiento combinado (21.4%), el porcentaje fue más bajo en los pacientes que recibieron psicoterapia individual (7.6%), ningún paciente que recibió tratamiento grupal acudió a urgencias (0%).

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento recibido en relación a que existiera historia de pérdidas recientes en la biografía de los pacientes.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento recibido en relación a que el paciente estuviese solo o acompañado cuando estallaron los trenes o recibió la noticia.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento recibido en relación al nivel sociolaboral. Destaca que los paciente son nivel socioeconómico alto reciben con más frecuencia tratamiento combinado y farmacológico (91% del total), y que los pacientes de nivel económico medio son los que reciben con más

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

frecuencia tratamiento psicoterapéutico (35% de las ocasiones sumando psicoterapia individual y grupal).

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento recibido en relación a la situación laboral. Destaca sin embargo que los pacientes que no trabajan (en paro), o que trabajan sin contrato reciben con mucha frecuencia medicación, 57.7% de los pacientes en paro y el 100% de los que trabajan sin contrato, por un 36.1% de los trabajadores activos. Además los tratamientos con psicoterapia se usan mucho menos en los que no trabajan.

No existen diferencias estadísticamente significativas en las ILT que reciben los pacientes en relación al tratamiento que reciben. En el caso de pacientes que reciben tratamiento farmacológico se dieron la ILT al 26.4% de los casos, en el 20% en los pacientes tratados con psicoterapia individual, 33% en el caso de los que recibieron psicoterapia grupal y finalmente el 40% de los que recibieron psicoterapia combinada.

*Existen diferencias estadísticamente significativas en los retornos tras el alta en relación al tratamiento que recibieron (Chi Cuadrado $p < 0,05$). Los pacientes que recibieron como tratamiento psicoterapia individual o grupal no retornaron tras el alta en ningún caso (0% de retornos para los dos grupos), mientras que los que recibieron tratamiento farmacológico retornaron un 30.2% y los que recibieron tratamiento combinado retornaron un 28.5%.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento recibido según la sintomatología clínica predominante. Los que más tratamiento farmacológico recibieron fueron los que presentaban clínica de reexperimentación y afectiva, los que más psicoterapia individual recibieron fueron los de clínica ansiosa y los que más tratamiento combinado fueron los que presentaban clínica ansiosa y evitativa.

Esta tabla resume los principales hallazgos:

	Reexperimentación	Evitativa	Hiperactivación	Afectiva	Ansiosa diferente	Somática
Tto. Farmacológico	57.6%	25%	33.3%	41.6%	0	50%
Psicoterapia individual	7.6%	16.6%	16.6%	8.3%	33%	25%
Psicoterapia grupal	3.8%	8.3%	0%	8.3%	0	0
Tto. combinado	30.7%	50%	50%	41.6%	66%	25%

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de tratamiento que reciben los pacientes en relación a que tengan los papeles en regla o no.

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento recibido en relación al dominio del idioma (Chi Cuadrado $p < 0,05$). En el caso de los pacientes que tenían problemas idiomáticos el 90% recibió tratamiento farmacológico únicamente.

9.-RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CITAS A LAS QUE ACUDIERON LOS PACIENTES CON EL RESTO DE VARIABLES:

En esta parte del estudio se analizan las diferentes variables y su influencia en el número de citas que los pacientes recibieron durante el global del tratamiento, así como en el tiempo que tardaron en acudir hasta la primera cita en el Centro de Salud Mental.

Dado que se trata de dos muestras independientes, se realiza el estudio mediante el estadístico ANOVA en dos muestras simples independientes, lo que se trata es de determinar si existe relación entre cada una de las dos muestras, es decir, si el número de citas guarda alguna relación con alguna característica sociodemográfica.

Existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación al género (ANOVA $p < 0.05$), las mujeres acudieron durante el periodo de seguimiento a una media de 5.61 citas por 2.87 citas de los hombres.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación al estado civil.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a la nacionalidad.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación al tipo de convivencia.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación al nivel de estudios.

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a que los pacientes acudan a la urgencia durante el

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

tratamiento (ANOVA $p < 0.05$). Los pacientes que acudieron a la urgencia psiquiátrica reciben más citas que aquellos que no acudieron (8.67 por 3.89 citas de media)

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación al tipo de afectado.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$) en cuanto al número de citas que los pacientes recibieron en relación a presentar antecedentes de tratamiento psiquiátrico. Los pacientes que tenían antecedentes de tratamiento previo acudieron a más citas (13.33 de media), que los que no tenían antecedentes previos (4.34 citas de media), y los que se encontraban en tratamiento en ese momento (4 citas).

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que recibieron en relación a que el paciente tuviese antecedentes de sucesos traumáticos en el pasado.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes reciben en relación a que el paciente se encontrase sólo o acompañado.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a que tuviesen historia de pérdidas recientes en su biografía.

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación al lugar desde fueron derivados a Salud Mental (ANOVA $p < 0.05$). Los pacientes que acudían espontáneamente acudía a 2.89 citas de media, los que acudían desde el MAP a 4.23, los que acudían desde la urgencia hospitalaria a 7.88 citas de media, los que venían desde otros dispositivos a 9.22 citas de media y los que iban derivados desde Servicios Sociales a 11.5 citas de media.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación al nivel socioeconómico de los pacientes.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a la situación laboral del paciente cuando se produjeron los atentados.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a que los pacientes recibiesen la ILT o no.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a que el paciente fuese usuario habitual de la línea de tren o no lo fuese.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a que el paciente fuese usuario habitual de ese tren o no lo fuese.

*Existen diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$) en el número de citas que los pacientes recibieron en relación al dispositivo en el que el paciente recibió tratamiento. Los pacientes que recibieron más citas fueron los que acudieron al CSM (5.62 citas de media), seguido de los que acudieron al Hospital de Día (2.96 citas de media), y los tratados en otros dispositivos (1.36 citas de media).

* Existen diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$) en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a que se retornase tras el alta. Los pacientes que retornaron tras abandonar el tratamiento o recibir el alta acudieron a más citas que aquellos que no retornaron (9.43 citas de media por 3.36).

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación al dominio del idioma.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que recibieron los pacientes en relación a que el paciente tuviese o no los papeles en regla.

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación al tipo de tratamiento que el paciente recibe (ANOVA $p < 0.05$). Los pacientes que recibieron más citas fueron los que recibieron un tratamiento combinado (7.69 citas de media), seguida de los que recibieron medicación únicamente 4.18 citas, los que recibieron psicoterapia individual (2.2 citas de media) y los que recibieron psicoterapia grupal, una cita de media.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a la percepción subjetiva por parte del paciente sobre la superación de la experiencia vivida.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a la valoración de lo que recibieron por parte de los servicios sanitarios.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a la utilidad de lo recibido por parte de los servicios sanitarios.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a la evolución que los pacientes tuvieron durante el tratamiento.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a los factores de resiliencia que los pacientes piensan que les ayudaron más a superar la experiencia traumática.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de citas que los pacientes recibieron en relación al tipo de sintomatología que presentan los pacientes.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación al sexo.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a la nacionalidad.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación al estado civil.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación al tipo de convivencia de los pacientes.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación al nivel de estudios.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a que el paciente haya acudido a la urgencia.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación al tipo de afectado.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a que existan antecedentes de tratamiento psiquiátrico en el pasado.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a que existan antecedentes de hechos traumáticos en la biografía del paciente.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a que a que exista historia de pérdidas recientes en la biografía del paciente.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir a la primera cita en el CSM (ANOVA $p < 0,01$), en relación a que el paciente estuviese sólo o acompañado cuando estallaron los trenes o recibió la noticia. A los pacientes a los que les sucedió solos acudieron antes al CSM que a los que les sucedió acompañados (10.58 días de media por 20.44 días de media).

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación al lugar desde donde fueron derivados.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación al nivel socioeconómico del paciente.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a la situación laboral de los pacientes cuando sucedieron los hechos.

No existen diferencias estadísticamente significativas, en el número de días hasta que acudieron al CSM, en relación a que el paciente recibiese la ILT o no.

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a que los pacientes fuesen usuarios habituales de esa línea de tren (ANOVA $p < 0.05$). Los pacientes que eran usuarios tardaron en acudir a la primera cita menos que los que no eran usuarios (12.19 días hasta la primera cita por 25.44 citas de media).

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a que los pacientes fuesen usuarios habituales de ese tren (ANOVA $p < 0.05$). Los pacientes que eran usuarios tardaron en acudir a la primera cita menos que los que no eran usuarios (12.28 días hasta la primera cita por 25.44 citas de media).

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación al dispositivo en el que recibieron tratamiento.

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a que retornasen o no tras el alta (ANOVA $p < 0.05$). Los pacientes que retornaron tras el alta tardaron en acudir a la primera cita 20.57 citas de media, mientras que los que no retornaron tardaron en acudir a la primera cita 11.69 citas de media.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación al tipo de sintomatología predominante.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a que el paciente tuviese los papeles de residencia en regla.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a que tuviesen o no problemas idiomáticos.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación al tipo de tratamiento que reciben.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a la percepción propia del paciente sobre la superación de la experiencia vivida.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a que piensen o no que recibieron lo que debían recibir por parte de los servicios sanitarios.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a la valoración sobre la utilidad de la atención sanitaria recibida.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a la evolución que experimentaron los pacientes.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en acudir al CSM (primera cita) en relación a los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a superar la experiencia traumática.

DISCUSIÓN

I REGISTRO DE CASOS.

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

Resultados por sexo:

Llama principalmente la atención los números en cuanto al global de pacientes recibidos según el sexo, el que las pacientes mujeres duplican prácticamente al de hombres. Si se tiene en cuenta los porcentajes en el global poblacional en Alcalá de Henares deberían ser similares sin embargo. La población censada en Alcalá de Henares a 1 de enero del 2005 (311), era de 197804 personas, de las que 99435 eran varones (50.26%), y 98369 eran mujeres (49.73%), porcentajes muy similares, por lo que destaca en la muestra el elevado porcentaje de mujeres (64.42%), si bien esto coincide con los estudios previos sobre demanda especializada (292,312,314), en los que las mujeres consultan más que los hombres, más aún si como sucedió en este caso, se eliminan los filtros previos (Atención Primaria). La cifra es sin embargo pareja al porcentaje de mujeres atendidas a nivel de todo Madrid por los CSM (60% de mujeres y 40% de hombres) (307)

Por otro lado, si se tiene en cuenta, que la gran mayoría de pacientes que acudieron eran afectados directos (89 por 15 indirectos, que tenían algún familiar o amigo que fuese afectado), que estaban en los trenes a la hora del atentado (primera hora de la mañana de un día laborable), es de suponer que la gran mayoría de la gente fuesen trabajadores (ese día había huelga de estudiantes), y si nos atenemos a las cifras de población activa en Alcalá, el resultado también indica que la mayoría de los pacientes fuesen hombres, o al menos que los porcentajes fuesen más parejos según el género.

Si nos centramos en los estudios sobre análisis de la demanda, en especial los de Goldberg y Huxley (312,313) y en los de Weissman y Klerman (314), encontramos que las mujeres consultan más que los hombres, estas cifras se pueden ver en especial en Atención Primaria, en los que los resultados de estos estudios indican que el porcentaje de mujeres que consultan es casi el doble que los de hombres. Como causas los autores exponen el hecho de que acudir al médico pueda ser vivido por algunos hombres como un hecho de debilidad, que los hombres tienen más dificultad para consultar porque tiene que pedir horas en el trabajo (313, 314)... Estos resultados son

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

diferentes en los datos de Atención Especializada, donde los porcentajes se igualan bastante respecto al género (312).

En principio parece que los filtros para acudir a Atención Especializada son mayores en el caso de las mujeres que de los hombres, y que por ello, aunque consultan más mujeres en Atención Primaria, los números son bastante similares para la demanda en Atención Especializada, en los que rondan el 50% los porcentajes según el género.

Si atendemos a los resultados de estas investigaciones, y teniendo en cuenta que los Centro de Salud Mental son un recurso especializado, los resultados no son acordes con lo que conocemos por los resultados de otras investigaciones en cuanto a la demanda según género. Sin embargo en el caso de los atentados del 11M, el filtro que puede suponer la Atención Primaria, fue mucho más laxo, en el sentido que los médicos de familia, tenían directrices para derivar a la Atención Especializada a todos aquellos pacientes que acudiesen por clínica en relación a los atentados, ya fuese afectados directos, aunque no hubiesen sufrido heridas, indirectos (por pérdidas o heridos de familiares o conocidos), o incluso de pacientes que sin haber estado en los trenes o tener afectados acudieron por clínica psiquiátrica a Atención Primaria (ansiedad, insomnio...), en todos los casos se derivaba al CSM, en donde eran vistos de urgencia el mismo día.

De esta manera nos encontramos que el filtro que supone la Atención Primaria, y que es más rígido para las mujeres (313,314) no existió, con lo que los resultados que encontramos son prácticamente iguales a los estudios de Goldberg y Weissman (312,313,314) en cuanto a que las mujeres consulta casi el doble que los hombres a nivel de Atención Primaria, en este caso, aunque los CSM sean un recurso especializado, al no existir dicho filtro y derivarse a todos los pacientes, la prevalencia según género tiene que ser similar a la de dichos estudios.

Prácticamente se derivaron a todos los pacientes que acudieron a primaria a recursos especializados, sin filtro alguno, por lo que los porcentajes por género tienen que ser similares a los que encontramos en los pacientes que acuden a primaria en los estudios realizados previamente, que es lo que sucede. Además estos resultados son similares al del global de los pacientes atendidos en Salud Mental tras el 11M en toda la CAM (60% eran mujeres y 40% hombres)

Por otro lado, si analizamos el número de días hasta que acudieron a la primera cita en el CSM es muy similar en hombres y mujeres (11.92 y 13.79 días), parece que a

la vista de los resultados no hay diferencias en cuanto al tiempo que tardaron en solicitar ayuda. Hay poco escrito en la literatura acerca de la tolerancia al malestar psicológico según el género, aunque las mujeres consultan más (314), parece que no existen diferencias en el tiempo que se toman para consultar los hombres y las mujeres cuando sufren malestar o clínica psicológica, según estos resultados. En estudios previos (312,313) no parece que existan diferencias en cuanto a que sean los hombres o las mujeres los que consulten antes, por lo que los resultados son similares, aunque los hombres consulten algo antes en esta muestra.

El tiempo medio hasta la primera cita en el global de la muestra es de 12.79 días de media. En parte es un dato que podemos considerar sesgado dado la distribución de la muestra, con un grueso de pacientes que acudieron durante las dos primeras semanas (casi un 80%), y a partir de ahí un lento goteo de pacientes hasta el final del periodo de reclutamiento, y con una elevada desviación en los resultados de la muestra.

Otro asunto a destacar en el número de citas totales que los pacientes recibieron, son las cifras obtenidas para el subgrupo de amas de casa. Dentro de las mujeres, y la gran cantidad de citas que recibieron (8.8 de media), en principio esto se podría asociar con los hallazgos de Brown y Harris (292), ellos concluyen que los factores de vulnerabilidad en las mujeres para la depresión serían el no tener una relación de afecto significativa, el haber perdido a la madre antes de los 11 años, el tener 3 hijos menores de 14 años y el no tener un trabajo a tiempo parcial o total (como factores etiológicos más importantes y potenciadores entre ellos), nuestro subgrupo de amas de casa tendrían por lo tanto al menos uno de los factores de vulnerabilidad, si bien no podemos concluir si el resto de los factores de vulnerabilidad están también presentes, pero sí parece que a tenor del número de citas que recibieron, existe seguramente una mayor sintomatología o necesidad de acudir a un especialista tras una experiencia traumática, en posible relación para un mayor riesgo de enfermedad mental como muestran los estudios previos (292).

Sí llama la atención, el número medio de citas que recibieron tanto los hombres como las mujeres, siendo en el caso de las mujeres 5.61 citas de media (2.92 para los hombres), existiendo diferencias significativas ($p < 0.05$). No tenemos datos que justifiquen que la gravedad clínica de las mujeres que acudieron fuese mayor que la de los hombres y que por eso recibieran más citas tampoco existe en la literatura hallazgos que justifiquen esta diferencia, por lo que para encontrar alguna explicación podríamos

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

pensar que los hombres solicitaron el alta antes por dificultades en acudir a las citas, o en variables de resultado, hipotetizando que las mujeres puedan tener más dificultades para la resolución de situaciones traumáticas o duelos (ya hemos comentado su mayor vulnerabilidad en algunos casos), o bien que la sintomatología clínica fuese más grave en el caso de las mujeres, por último, siguiendo los estudios de Goldberg (312,313) los hombres acudirían a menos citas porque el hecho de acudir pudiese ser visto por su entorno social como una muestra de debilidad o porque tenían dificultades para acudir a las citas, por motivos laborales o de otra índole. Este mayor número de citas coincide en parte con la mayor vulnerabilidad descrita en las mujeres para el desarrollo de sintomatología aguda o crónica tras una experiencia traumática (294,297).

Respecto al número de citas medio a nivel global, cada paciente de la muestra recibió 4.67 citas de media, por 4.47 citas que recibieron de media el global de pacientes atendidos en Salud Mental tras el 11M en toda la CAM (307).

Nacionalidad:

En primer lugar cabe destacar la gran cantidad de ciudadanos de fuera de España que recibieron atención, 48 del total (46.15%).

En la población de Alcalá de Henares encontramos un total de personas no nacidas en España de 32816 (311), seguramente inferior a la real, siendo la población más frecuente la de los ciudadanos del este de Europa, en especial rumanos (en Alcalá de Henares reside la principal colonia de ciudadanos de este país de toda España) existen 11414 rumanos censados (311), aunque hay también un número importante de ciudadanos búlgaros, 1922 censados (311).

Reside un número importante de ciudadanos sudamericanos, 8978 censados (311), en cuanto a otros países, están censados 1347 marroquíes, 433 chinos y un total de 3852 nacidos en los países de la Unión Europea (311). Esto resulta llamativo, en primer lugar la población extranjera de Alcalá de Henares, está ampliamente representada en la muestra, si en la población total representan un 16.59% (32816 del total poblacional de 197.804), en la muestra representan un 46.15%, pero estas cifras tampoco son acordes con el global de población extranjera atendida en el global de la CAM tras el 11M, un 15.5%, cifra mucho más parecida al porcentaje de inmigrantes en la CAM.

Si analizamos los resultados según los grupos establecidos, observamos que la población de ciudadanos del este de Europa es de un 22% de la muestra, mientras que

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

en el total de la población de Alcalá es de un 6.3 % (12466 de 197804). Está ampliamente representada en la muestra. En el caso de la población sudamericana, existe en la muestra un 20%, mientras que en la población general de Alcalá el porcentaje de población latinoamericana es de 4.5% (8.978 del total), también está ampliamente representada. Lo mismo sucede en el caso de la población subsahariana, 1.9% en la muestra y 1.3% en la población general (2626 del total poblacional de Alcalá), aunque en este caso no tanto, en el caso de la población norteafricana, las cifras sí son similares, con un ligero aumento de la representación en la muestra, 0.96%, mientras que en la población general son 1347, un 0.68%, del total.

En oposición destaca que no exista representación asiática, si bien en la población general de Alcalá suponen solo un 0.36% (744 del total poblacional) ni de ciudadanos de la UE, que en la población de Alcalá suponen un 3852, un 1.9% del total.

Una de las explicaciones de que la población extranjera de Alcalá estuviese más representada en la muestra podría ser por el contexto en el que tuvo lugar el atentado, (primera hora de la mañana de un día laborable), o bien que por diversos motivos (status económico, lugar de trabajo) la población extranjera utilizase más el transporte público que los nacidos en España, o también que la muestra estuviese sesgada por las promesas de los partidos que gobernaban los días previos y tras los atentados de legalizar la situación de los extranjeros que hubiesen sido víctimas de los atentados, lo que pudiese hacer que se acudiese en masa a Salud Mental, pero no por motivos clínicos.

En el caso de ciudadanos sudamericanos, otra posible explicación se encuentra en el dominio del idioma, el acudir a un dispositivo sanitario resulta más fácil para hispanoparlantes, lo que explicaría que la muestra de ciudadanos sudamericanos sea similar a la de nacidos en el este de Europa, a pesar de que la colonia sudamericana sea más escasa que la anterior, en la población total.

Para explicar sin embargo la baja demanda de ciudadanos asiáticos, en especial de chinos, que son la población más representada, es acorde con el bajo uso de recursos sanitarios por parte de esta población, o bien que en este caso, por su tipo de ocupaciones utilizasen poco el transporte público, y que los que acudiesen lo hiciesen a médicos de esta nacionalidad, cosa que ocurre para otro tipo de patologías.

El caso de los ciudadanos de la UE es diferente, y para explicar su escasa representación en la muestra tenemos que pensar en el horario en el que se produjo la

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

tragedia, y en que un número importante de los residentes de la UE en Alcalá sería estudiantes Erasmus, que suelen tener que desplazarse dentro de Alcalá, porque es la Universidad que acoge a la mayoría, y por ello no utilizarían trenes con destino a Madrid, y que además de esto hubiese una huelga de estudiantes convocada para ese día, lo que reduciría mucho las posibilidades de que se viesan afectados.

En cuanto al número de días hasta que acudieron, los resultados no muestran diferencias significativas por nacionalidades, sin embargo, destaca que sean los españoles los que menos tarden en acudir (11.29 días de media), seguramente porque resulta más sencillo para los nacidos en España el desenvolverse para ello dentro del sistema sanitario, y resolver los trámites burocráticos que esto puede suponer, a pesar de que desde los Servicios de Salud Mental se tratase de que fuese lo más sencillo posible, siendo derivados de manera urgente al CSM los pacientes que consultaron en relación al atentado. Es llamativo que los pacientes del este de Europa, que en principio no tienen el castellano como lengua vernácula fuesen derivados antes que los latinoamericanos (13 días de media por 15.71 los sudamericanos), si consideramos que el no dominar la lengua es un obstáculo para no acudir. Como motivo podríamos hipotetizar o bien diferencias individuales marcadas por la nacionalidad, o bien que la contención social fuese mayor en los pacientes latinoamericanos, haciendo que tardasen más en solicitar ayuda.

En cuanto al número de citas a las que acudieron, son los españoles los que más acudieron, seguido de sudamericanos y los del este de Europa (5.13, 4.62 y 3.19 citas de media), lo que coincide con los estudios sobre el 11S, que determinan mayor uso de servicios de ciudadanos nativos (295,304). En el caso de las otras nacionalidades la muestra es escasa como para extraer conclusiones significativas. De nuevo parece que son las dificultades idiomáticas las que podemos buscar como causa de que los pacientes que en principio puedan tener dificultades para manejarse en español acudan a menos citas o se les dé antes el alta, o bien que por causas laborales estos tuvieran más dificultades para acudir. Pero desde luego parece que el dominio del idioma facilita la continuación del tratamiento. Esto explicaría también la escasez de pacientes de África o Asia en la muestra, que no llegaron a acudir, aunque las cifras de ciudadanos de éstos que acudieron a la urgencia psiquiátrica del hospital (y no a las consultas externas), sea más acorde con lo esperado según el número de habitantes. Esto se ve corroborado por el hecho de que los pacientes con problemas idiomáticos acudiesen a menos citas que los que no los tenían (3.2 por 4.86 citas), lo que explicaría

el mayor número de citas en españoles y sudamericanos y el más bajo en las otras nacionalidades.

De cualquier manera son escasos los estudios sobre la respuesta a situaciones traumáticas según las nacionalidades o la raza, y parece que estas respuestas no están determinadas por la nacionalidad (294,295), sino por factores individuales, el contexto de situación traumática vivida, el apoyo social percibido, los recursos yoicos, las habilidades de afrontamiento y las capacidades en la resolución de problemas, más que por el país de procedencia, a pesar de que se podría hipotetizar que los nacidos en países del tercer mundo podrían estar más preparados para salir adelante ante estas situaciones, por el hecho de poder haber estado expuestos en su país de alguna manera a situaciones extremas o incluso traumáticas, lo que explicaría la escasez de ciudadanos africanos y asiáticos, si bien los estudios sobre el 11S encontraban a las vivencias de hechos traumáticos previas como un factor de riesgo para el desarrollo de clínica posterior (295,302).

Por otro lado parece que la influencia del lugar de nacimiento en la respuesta a situaciones traumáticas y las diferencias en las diferentes razas y etnias tiene que ver más con diferencias de estos grupos en el abordaje de situaciones traumáticas y por tanto a diferencias sociales basadas por la cultura y la idiosincrasia propia de cada pueblo que a variables individuales (con una base más genética) (279,282).

Si agrupamos la muestra en nacidos en España y no nacidos en España observamos que los primeros acuden antes al CSM (11.29 vs 15.27 días de media hasta la primera cita en el CSM) y se les dan más citas (5.13 vs 4.02), sin que estas diferencias sean significativas, pero apoyando algunos factores como que el conocimiento del idioma y del Sistema Sanitario son factores que facilitan la adherencia terapéutica, además de otros posibles factores que con más probabilidad se den en la población inmigrante y que dificulte dicha adherencia (nivel económico bajo, situación laboral más precaria...).

Si agrupamos la muestra según los que tienen castellano como lengua materna (muestra de españoles y de sudamericanos), aunque la población de lengua materna castellana acudió antes y recibió más citas, estas diferencias no son estadísticamente significativas. Pero si remarca la influencia del dominio idiomático en la adherencia al tratamiento y la facilidad para acudir.

Estado civil:

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

En relación al tiempo hasta la primera cita, destaca que sean los pacientes que en principio viven solos (solteros, viudos) los que tardan menos en acudir (10.79 y 9.67 días de media), aunque no se cumple para la muestra de separados/divorciados, que curiosamente son los que más tardan en acudir (26.20). En principio los estudios hablan de que es la población que vive sola la que antes acude a consultas. Goldberg (312,313) habla de la validación provisional. El individuo cuando percibe un malestar pide confirmación de que éste puede ser atribuible a una enfermedad o trastorno que requiera intervención médica, esta confirmación se consulta generalmente a quien convive con el individuo (312), lo que es obviamente más difícil para los que viven solos. Sin embargo esto no explicaría porque los separados/divorciados son los que tardan más en acudir, partiendo de que estos subgrupos de población por su estado civil pueden tener menor red social y no contar con esta validación provisional. De hecho este subgrupo es el que más tarda en acudir. Esto coincide con los estudios sobre el 11S, que indica que son los separados el subgrupo de pacientes según estado civil que más recursos usa (295,304), son los que acuden a más citas (7 de media).

En cuanto al número de citas a las que acudieron, la cifra es muy similar en solteros y casados (4.85 y 4.87 días de media), llama la atención que el subgrupo de parejas de hecho los que menos citas recibieron (1.33), junto con los viudos (2 citas), en principio sin que tengamos una explicación para ello, si bien quizás exista una relación entre la tardanza a acudir cuando existe sintomatología y la persistencia de la clínica (y mayor número de citas), lo que explicaría el mayor número de citas a las que acudieron, ya que el subgrupo de separados-divorciados es el que tarda más en acudir (26.20 días de media), y el que más número de citas recibe (7 citas de media). Es lógico que una demanda con cierta tardanza unido a que son el subgrupo que más citas recibe puede hacer pensar en un malestar o sintomatología existente (previamente) sin que se haga una demanda, lo que lleva a mayor número de citas, y a una persistencia de la clínica aún cuando se ha consultado al especialista. También podría considerarse la falta de apoyo social como un factor que empeora el pronóstico (231,236), haciendo que el número de citas hasta que se resuelva la demanda aumente, lo coincide con estudios previos (312,313). El hecho de que sean los viudos los que menos citas reciban coincide en parte con los estudios sobre 11S, en cuanto a que en ellos son los pacientes con menor riesgo a desarrollar sintomatología (295,304).

Por último llama la atención la diferencia en la demanda entre el subgrupo de casado y de parejas de hecho, ya que los primeros tardan más en acudir y reciben

mayor número de citas. Esto podría relacionarse con que una y otra situación se corresponde con relaciones interpersonales diferentes en cuanto a su posibilidad de asimilarse a las *relaciones de intimidad* que Brown y Harris (292) tipificaron como protectoras al menos para las mujeres en riesgo de padecer depresión. Este hallazgo coincide también con los estudios sobre el 11S (304).

Tipo de convivencia:

El subgrupo que vive solo tarda una media de 10.44 días en acudir a la primera cita en el CSM, menor que el tiempo que tardan los que los que conviven con familia propia 14.31 y del subgrupo otro tipo de convivencia 18.92 y similar al de convivencia con otras familias, 10.32, aunque este subgrupo es muy pequeño, lo que concuerda con los resultados sobre estado civil. Sin embargo el subgrupo que convive con la familia de origen tarda menos en acudir (9.93 días), lo que no concuerda con los anteriores datos sobre estado civil. Una explicación podría ser que los pacientes que viven con su familia de origen, generalmente con sus padres, hayan decidido consultar por los consejos de estos, seguramente preocupados y agobiados por lo sucedido a sus hijos, llevados por el rol protector paterno a aconsejar a sus hijos que consulten con lo que no existiría una validación provisional en relación al tipo de relación padre-hijo (292), haciendo que estos consulten rápidamente.

De esta manera se podría explicar que el subgrupo que vive con su familia propia sea el que más tarda en consultar, seguramente estos pacientes son los cabezas de familia, y el consultar pueda denotar debilidad, o tardan más en hacerlo por su rol cuidador que seguramente ejerzan en su familia, con su cónyuge e hijos (292). Esto podría explicar también que sean los pacientes con familia propia los que acudan a menos citas (4.45, por 4.89 de los que viven solos y 5.96 de los que viven con su familia de origen).

Es también llamativo que los subgrupos de otro tipo de convivencia y convivencia con otras familias sean los que reciben menos citas (2.91 y 2.33), bien porque en ausencia de una adecuada *validación provisional* (312,313) acudan con cuadros que de haber sido contrastado hubieran sido rotulados como respuestas normales, sin que hubieran precisado que acudieran, siendo dados pronto de alta o porque al no convivir con sus familias reciban menos presión para acudir a las citas (292), abandonando antes el tratamiento. También hay que considerar que todos los pacientes que convivían con otras familias eran extranjeros, con lo que eso conlleva

para acudir a las citas (mayor dificultad por la situación económica, laboral y los problemas idiomáticos en algunos casos).

Conocemos que suelen ser los familiares los que en muchas ocasiones acaban haciendo que su familiar con clínica acuda a Salud Mental (312), más que los amigos, si bien hay estudios que muestran que a partir del estigma que supone para una familia que un miembro acuda a Salud Mental (312), acaba siendo la propia familia del paciente la que hace que este deseche la idea, sin embargo, pensamos que dada la magnitud de lo sucedido, la implicación de los medios y las autoridades, y el apoyo en general de la sociedad española a las víctimas, esto no se produjo, con lo que la *validación provisional* al no existir en algunos casos facilitó que todos los grupos consultasen con celeridad, en un tiempo muy breve.

Nivel de estudios:

Llama aquí la atención el hecho de que el número de días hasta que recibieron la primera cita es inversamente proporcional con el nivel de estudios, es decir, que a menor nivel de estudios más tardan en acudir al CSM. Así es el subgrupo sin estudios el que más tarda en acudir (17 días), seguido del subgrupo de pacientes con EGB (13.90 días), luego va el subgrupo de bachiller o COU (11.70) y finalmente el de licenciados y doctores (10.62). Parece plausible que el nivel de estudios sea un indicador para la decisión de consultar, y que ante un malestar clínico del individuo éste decida ponerse en manos de un profesional, o consultar. En los estudios sobre el 11S fueron también los pacientes con mayor nivel de estudios los que más consultaron (295). Sí conocemos de anteriores estudios con resultados similares, es decir a mayor nivel cultural antes se consulta (312), como si el nivel de estudios fuese un indicador que influya en el grado de insight, sobre el cómo se siente uno y pueda influir en la decisión de consultar.

Por otro lado los resultados en cuanto al número de citas a las que acudieron no parecen guardar relación con el nivel de estudios, los que más citas recibieron fueron el subgrupo de graduado escolar (6.72), seguido del subgrupo de pacientes licenciados (4.5), finalmente el de BUP y COU (3.5) y el de graduado escolar el que menos (3.40), en este subgrupo es llamativo el elevado tiempo hasta acudir al CSM, y además las pocas citas a las que luego acuden, lo que no coincide con los estudios 11S (295, 304, 305). Esto puede hacer pensar que el nivel de estudios, y lo cultural pueda funcionar como un determinante sobre la demanda, y al mismo tiempo sobre la continuidad de

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

tratamiento y el uso de recursos, sin embargo esto no coincide con estudios sobre el 11S, en los que los pacientes con mayor nivel de estudios son los que acuden a mayor número de citas, si bien puede existir el sesgo, dado el sistema sanitario norteamericano, que esto se encuentre en relación con el nivel económico (que suele guardar una relación, como sucede en esta muestra con el nivel cultural).

Análisis de la demanda según el tipo de afectado:

El hecho más llamativo es el escaso número de pacientes que acudieron como afectados indirectos (los consideramos a aquellos con familiares, amigos o conocidos afectados), en comparación con la de afectados directos, (89 directos por 15 indirectos). En principio lo esperable es que no existiese tanta diferencia, incluso, que hubiese mayor número de afectados indirectos, si tenemos en cuenta la cantidad de heridos y fallecidos que procedían de Alcalá. Sin embargo la cantidad de pacientes afectados indirectos que acudieron fue mucho más baja de lo esperado, incluso más baja que la cantidad de fallecidos que procedían del área de referencia, lo que no coincide sobre estudios de prevalencia tras atentados (295,304,305).

La pregunta es ¿que sucedió con estos familiares y amigos de las víctimas?. Podemos hipotetizar que no llegaron a consultar, en principio resultaría extraño que no lo hubieran hecho, dado la gravedad de lo sucedido y la validación social del rol de enfermo ante estas situaciones traumáticas (292) (en esta situación sí que se produjo). Una hipótesis podría ser que acudiesen al circuito privado, de esto tampoco tenemos constancia o tal vez que decidieron acudir a los psicólogos que el Ministerio del Interior pusieron a disposición de las víctimas, sí conocemos algunos casos de pacientes que por esta razón no acudieron a la red pública, ya que resulta raro el pensar que no fueran derivados a Salud Mental por su MAP, ya hemos explicado que las directrices era la derivación a Salud Mental de todos los pacientes que consultaron en relación al 11M. Quizás en los casos de familias con algún muerto o heridos durante el atentado, que por fuerza tuvieron que contactar con el Ministerio del Interior, de cara a indemnizaciones y trámites burocráticos, se les hubiese ofertado ya desde el principio esta ayuda psicológica antes incluso de que acudiesen a su MAP, al igual que en la de familiares de pacientes heridos.

Pensamos que el hecho de que los familiares y amigos de los heridos y fallecidos tuviesen contacto con el Ministerio del Interior pudiera haber sido el nexo de contacto para que acudiesen con los psicólogos puestos a este fin y renunciasen a la

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

red pública. Por otro lado también las Asociaciones de Víctimas cuentan con psicólogos a los que podrían haber acudido algunos de estos familiares y amigos de afectados. La pregunta sería entonces el porqué sí acudieron sus familiares afectados directamente y no sus familias.

Una última posibilidad es que estos familiares no consultasen ni en la red pública ni a través de las otras posibilidades que tuvieron, aunque surge la pregunta de porqué no lo hicieron, bien porque no lo necesitasen o por otras razones (estar más implicados en el cuidado y apoyo de sus allegados afectados directos...)

Análisis de la derivación:

Como ya hemos comentado el grueso de las derivaciones se produjo desde Atención Primaria (73% de la muestra), esto nos hace pensar que son los médicos de cabecera el dispositivo de más fácil contacto para los pacientes, y a donde acudieron los afectados directos e indirectos, en primera instancia, a pesar de que podían haber acudido sin este trámite a Salud Mental.

El hecho de que la mayoría de los pacientes acudiesen a Salud Mental, derivados durante las primeras semanas, hace pensar que el enlace funcionó con eficacia, que la gran mayoría de la gente que lo necesitaba y había acudido a su médico de Atención Primaria, fue derivada a Atención Especializada de manera urgente y fue atendida ese mismo día. La media de días hasta que acudieron fue de 13.93 días desde el atentado en los pacientes derivados desde primaria (la norma era atenderlos en el siguiente día laborable a la derivación o de urgencia ese día).

Respecto a otras derivaciones, los pacientes que fueron derivados desde la urgencia hospitalaria, 8 pacientes, tardaron en acudir 9.5 días de media. Estamos ante pacientes con sintomatología clínica aparatosa, que seguramente acudiese por ello a la urgencia, lo que explicaría que acudiesen antes que los procedentes de primaria, aunque no porque fuesen derivados antes, sino porque consultaron antes. Los pacientes que acudieron espontáneamente a Salud Mental tardaron una media de 13.08 días en acudir. Por último los pacientes que fueron derivados desde otros dispositivos o desde Servicios Sociales tardaron 10 días de media en acudir. Llama la atención que ningún paciente fuese derivado desde los dispositivos creados por el Ministerio del Interior para hacer frente a la demanda inicial (el propio Ministerio del Interior, la ventanilla única creada para este fin, las líneas telefónicas de apoyo...), lo que refuerza la creencia

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

que tenemos de que dichos dispositivos no derivaron hacia la red pública, sino a los psicólogos contratados a este fin por el propio Ministerio.

En cuanto al número de citas a los que acudieron hay claras diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$) entre el número de citas que recibieron y el lugar desde donde fueron derivados. Los pacientes que acudieron espontáneamente fueron los que menos citas recibieron (2.69), lo que podría indicar que la decisión de consultar, que en este caso partió directamente de los propios pacientes, es un indicador de buen pronóstico, en cuanto a una mejor evolución, o, sencillamente, que los médicos de primaria, fueron eficaces a la hora de filtrar la demanda o resolver los casos menos graves. Los que fueron derivados desde el MAP recibieron 4.23 citas de media y los que han sido derivados desde la urgencia psiquiátrica del hospital, probablemente, más graves o con síntomas más alarmantes, recibieron 7.88 citas de media.

Finalmente los pacientes derivados desde otros dispositivos y desde Servicios Sociales acudieron a 9.2 y 11.55 citas de media, lo que podría explicarse en el primer caso por clínica concomitante no psiquiátrica que empeorase el pronóstico, y en el segundo por problemas de otra índole, en este caso sociales, que podrían haber influido en una evolución más tórpida, aún así son pocos los pacientes de este subgrupo, lo que impide sacar conclusiones más allá de lo descriptivo para estos 2 subgrupos.

Analizando a nivel global la demanda recibida en cuanto a los tiempos de espera hasta la primera cita se observa que los sistemas de derivación funcionaron en cuanto a que en la primera semana llegaron a consulta el 60% del global de pacientes, y en las dos primeras semanas el 80% del total de la muestra recogida, el 90% habían sido recogidos pasado el primer mes. Esto indica que los cauces para derivación fueron eficaces, en cuanto a que se logró absorber con mucha rapidez toda la demanda recibida, y que además se logró que la mayoría de los pacientes consultasen rápidamente al CSM, los pacientes que no consultaron durante los primeros días eran pacientes que no habían podido acudir antes por motivos de clínica orgánica (estaban convalecientes u hospitalizados). En este sentido se logró que en los primeros días pudiesen ser evaluados la mayoría de los pacientes, aspecto importante para el posterior tratamiento y su evolución, lo que indica que ante una catástrofe de esta magnitud los Servicios de Salud Mental fueron capaces de atender al grueso de los pacientes en relativamente poco tiempo, y sobre todo, que fueron capaces de absorber

una demanda de este tipo en el tiempo estipulado, funcionando los cauces de funcionamiento diseñados a tal efecto (307).

II ENCUESTA TELEFÓNICA.

2. PERCEPCIÓN DE SUPERACIÓN DE LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA:

Análisis de las respuestas:

Cabe en primer lugar una reseña sobre la cantidad de muestra que pudo ser recogida, pasados tres años desde los atentados, y un tiempo similar desde que acudieron a la primera cita, se consiguieron entrevistar a setenta y ocho pacientes, siendo imposible localizar, o bien declinaron la posibilidad de contestar 26 pacientes, lo que supone que del total de pacientes se pudo entrevistar casi a un 76%.

Lo cierto es que a pesar del tiempo transcurrido, y que algunos de los pacientes ni siquiera residían ya en Alcalá y los menos en España, y al mismo tiempo, la escasez de medios para poder lograr localizar a los pacientes (de nuevo únicamente la hoja de filiación en la que los pacientes dejaban un número de teléfono de contacto, número que podía estar mal recogido, mal dado o cambiado), se puede dar por bueno un porcentaje de pacientes localizados tan alto. Además hay que tener en cuenta que el tema sobre el que se recogían las preguntas, podía resultar difícil de recordar y hablar para muchas de las personas contactadas, sin embargo solamente dos personas no quisieron contestar, un porcentaje de respondedores del 97%, que consideramos muy elevado.

Pregunta 1:

¿Cree que ha podido asimilar de una manera sana la experiencia vivida?:

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

SI	NO	No sabe	Localizable. No contesta
42 (40.38 %) (53.84%)	34 (32.69%) (43.58%)	2 (1.92%) (2.5%)	26 (25%)

***El primer porcentaje entre paréntesis se refiere respecto al global de la muestra y el segundo al porcentaje respecto a los pacientes que contestaron.**

El objetivo de esta pregunta era la de poder determinar de forma general, la opinión subjetiva de los pacientes sobre si creen que han podido superar la experiencia traumática de estar presentes en los atentados, o de perder a algún familiar, amigo o ser querido en ellos.

Hay que atender a varias cuestiones, por un lado que se está preguntando esto a los tres años de sucedido el hecho traumático, lógicamente sería diferente si se realiza esta entrevista pasado el primer mes de los atentados, fecha en que es difícil que la mayoría de los afectados pudieran considerar que han superado dicha experiencia. El hecho de que se eligiese este tiempo para realizar la encuesta telefónica, aun a sabiendas de las dificultades que podía generar el localizar a los pacientes es el que se quería elegir una fecha lo suficientemente alejada de los sucesos como para que los afectados pudiesen tener una opinión formada sobre si los atentados supusieron un cambio en sus vidas, o dicho de otra manera, si su vida era la misma antes o después de ellos. Sin embargo si hubiese sido ésta la pregunta seguramente la formulación llevaría consigo cierto sesgo en las respuestas, es difícil que alguien que haya sufrido en primera persona un atentado de estas características responda que su vida sigue igual o que no ha cambiado tras ellos, por ello elegimos la formulación de la pregunta como antes hemos descrito.

La otra cuestión a debate es qué se considera como superar, qué es superar de una manera sana dicha experiencia. Es cierto que esto se dejaba al criterio de cada paciente, y que cada uno puede entender de una forma distinta lo que es superar esta experiencia de una manera sana, por las respuestas que daban los pacientes que pensaban que no la habían superado hay una serie de discursos comunes sobre lo que es no superar de una manera sana la experiencia vivida, estos pacientes hablaban de cuestiones diferentes, pero que tenían elementos en común, de esta manera un análisis

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

cualitativo sobre las respuestas de los pacientes que consideran que no lo han podido superar agruparía los siguientes tipos de respuestas:

-Que esta experiencia supone un cambio en la vida de las personas:

.“Mi vida no ha sido lo mismo...” (pacientes 26,33)

- Sobre la imposibilidad de volver a llevar el mismo ritmo de vida:

.“No creo que pueda volver a llevar una vida normal”, (paciente 79).

.“No sé si podré recuperar mi vida” (paciente 33).

-Sobre que la experiencia supone un cambio en el carácter o la personalidad de los supervivientes:

.”Mi carácter ha cambiado, no he vuelto a ser el mismo” (paciente 26).

.”No he vuelto a ser la misma” (paciente 42).

.”No creo que sea la misma” (paciente 76).

.“No he vuelto a ser la misma persona, no se puede seguir viviendo como si no hubiese pasado nada” (paciente 88).

.”No he vuelto a ser la misma persona, a veces no me reconozco” (paciente 90).

.”No, en mi vida hay un antes y un después tras esto” (paciente 91)

-Sobre persistencia de síntomas:

.”No he podido volver a subir a un tren” (paciente 25 y 27).

.”No he vuelto a dormir bien” (paciente 25).

.”No puedo quedarme sola en casa” (paciente 25).

-Sobre la imposibilidad futura de poder superarlo:

“No del todo” (paciente 40).

.”No creo que lo superé nunca” (paciente 56).

.”No, y dudo que pueda llevar una vida normal” (paciente 79).

De las respuestas dadas por los pacientes que no creen que lo hayan superado extraemos por tanto una serie de características sobre el porqué consideran que no lo han superado, que serían, porque consideran que su vida no es la misma y existe un antes y un después de la experiencia, porque arrastran una serie de síntomas que hacen que su vida haya cambiado, porque ha cambiado su carácter o porque han cambiado sus hábitos diarios y sus rutinas. Por ello se puede presuponer por oposición que la gente en esta muestra entiende por superar de una manera sana el poder continuar con su vida después de una experiencia traumática con el mismo ritmo de vida y de actividades, tanto a nivel familiar, social, laboral o de ocio, sin

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

síntomas clínicos derivados de ello y sin que se produzca cambio alguno en su carácter o identidad propia. Hay que reseñar, que a pesar de que se podía tener una idea previa sobre lo que es superar de una forma sana la experiencia vivida, ninguno de los entrevistados nos preguntó sobre lo que puede ser considerado como tal, por lo que lo importante no es esta definición previa sino la que hemos podido extraer sobre los discursos de los pacientes que consideraban que no la habían superado.

Por otro lado, aunque los pacientes que respondían que no la habían superado sí que daban de alguna manera explicaciones sobre el porqué pensaban que era así, los que respondían que sí eran mucho más escuetos, y no explicaban su respuesta (tampoco se les solicitaba).

Por último la pregunta fue contestada por la mayoría de los entrevistados a los que se solicitó 76 de 78 (97%), mientras que únicamente dos personas respondieron que no sabían, de esta manera parece que la mayoría de los pacientes tiene una idea clara de lo que supuso para ellos los atentados, tanto para los que creen que han podido superarlo sanamente, como para los que no.

Solamente seis pacientes expresaron dudas sobre la respuesta, todos respondieron que sí lo habían superado de la forma “creo que sí”, pero no de una manera tajante (pacientes 13, 19, 23, 31, 45 y 50).

El análisis cuantitativo sobre las dos posibles respuestas (si se ha podido superar de una manera sana o no), indica que el 54% de los pacientes que respondieron consideran que han podido asimilar de una manera sana los atentados, mientras que un 44% cree que no y un 2% no contesta. Pasados tres años que casi la mitad de los pacientes consideren que no han podido superar la experiencia vivida es un porcentaje elevado, que nos da cuenta por un lado de la inmensidad de la tragedia y de lo traumático que resultó para los que lo vivieron. Aquí se incluiría como traumático tanto el haber vivido en primera persona los atentados, (resultando herido de diversa gravedad o ilesos), el haber perdido a algún ser querido, o no haber perdido a nadie, pero ser habitante de Alcalá y quedar afectado por lo sucedido (los menos), esto choca con lo que son las cifras de las prevalencias de lo que se considera que son las respuestas clínicas ante los atentados (Trastorno por Estrés Agudo o TPET), que es lo que dentro de la clasificación psiquiátrica internacional se denomina a la patología que acontece en los que han sufrido una experiencia traumática y tras uno o seis meses mantienen una serie de síntomas en relación a ello.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Las cifras de TPET se sitúan en diferentes estudios sobre poblaciones o individuos que han padecido situaciones traumáticas en torno al 8% (225,227,297), muy alejadas de las cifras de pacientes que en nuestra muestra consideran que no han superado la situación traumática de una forma sana, y un porcentaje similar es el que se encuentra en supervivientes a atentados terroristas, por ejemplo el 11S (294,299), con prevalencias de TPET en torno al 6-12%. Por otro lado, los estudios realizados entre las cinco y las doce semanas tras los atentados (308), realizados sobre población que estuvo en los trenes, policías que atendieron en las primeras horas y residentes de Alcalá alcanzaba porcentajes para cualquier tipo de patología psiquiátrica del 57.5% para afectados directos, el 25.9% para residentes y del 3.9% para policías, cifras mucho más elevadas, si bien en un periodo mucho más corto tras los atentados.

Esto nos lleva a varias posibilidades:

Por un lado que las cifras de TPET estén infravaloradas, a pesar de que se han realizado estudios de prevalencia en diversos grupos raciales, étnicos, sociales, según género y según acontecimiento traumático (desastres naturales, guerras, violaciones...), sin embargo, aún en el supuesto de que estas cifras estén por debajo de las prevalencias reales, serían diferencias difíciles de explicar, una diferencia de casi 38 puntos porcentuales, cifras muy dispares entre sí, y de complicada explicación.

Otra posibilidad sería la de que la superación de la experiencia traumática de una forma sana dependiera de la “gravedad” del hecho traumático, y que hechos traumáticos como éste serían de mayor dificultad de superar, como ya hemos explicado por ser producidos por hombres, semejantes, y que esto resulta más difícil de asimilar, que por ejemplo desastres naturales, por la imprevisibilidad, el que sea colectivo...(225,227,231) De esta manera existirían en este tipo de trauma una serie de características que podrían explicar la mayor gravedad, y la difícil adaptación posterior. Nuestras cifras estarían más próximas a las de TPET tras actos terroristas, aunque con muestras menores y estudios realizados tras menos tiempo tras los atentados (238), aunque las cifras de prevalencia de TPET en estos estudios son mayores, y por tanto más cercanas al porcentaje que piensa que no ha superado la experiencia traumática (294, 304) siguen siendo más bajas que las obtenidas en nuestra muestra.

Otra posibilidad sería que el concepto que la gente entiende por superar de una manera sana la experiencia vivida fuese diferente de lo que en la clasificación

psiquiátrica es el TPET o Trastorno por Estrés Agudo, aunque se supone que un paciente que es diagnosticado de TPET no ha superado de una manera sana la experiencia vivida (traumática), según los resultado parece razonable pensar que seguramente muchos pacientes que creen no haber superado esta experiencia, no tendrían los criterios del DSM IV o la CIE 10 a la hora de ser diagnosticados de TPET. Nos encontraríamos en este caso con que los criterios de las clasificaciones internacionales (DSM y CIE) hablan de una serie de síntomas en relación al trauma, que impiden la recuperación en parte de la vida previa, pero si esto es así existen otra serie de factores que los pacientes entrevistados consideran que les han impedido el superar la experiencia traumática que no tienen que ver con síntomas clínicos recogidos en las clasificaciones psiquiátricas, en esta línea iría que muy pocos de los pacientes que consideran que no han superado la experiencia traumática aducen a razones de sintomatología persistente (pacientes 25 y 42), y sí hay un mayor número que hablan de aspectos como “no volver a ser la misma persona”, “haber cambiado el carácter”...aspectos que seguramente no puedan ser reflejados por las clasificaciones psiquiátricas.

Esto llevaría a preguntarse si tiene sentido entender la enfermedad mental tras hecho traumático como TPE agudo o TPET o habría que tratar de redefinirla y luego diagnosticarla de otra manera que fuese más acorde con lo que el paciente considera que es superar la situación traumática, y no mediante un conjunto de síntomas, que no tienen porqué corresponderse con los que los pacientes que han vivido la experiencia traumática creen que es lo que les impide volver a su rutina y su vida normal, sino con lo que se consideran alteraciones o cambios en lo que es su carácter o su vida, más cercano a lo que supondría una ruptura biográfica y por tanto mucho más profundos, como se recoge en esta muestra tras la entrevista.

Por otro lado, nuestras cifras son similares a las encontradas en el estudio de Ferrando (308) realizado entre las cinco y doce semanas de los atentados terroristas, si bien difieren claramente en el tiempo con el que se contactó con la muestra, y en que en dicho estudio el despistaje de patología psiquiátrica se realizó mediante el cuestionario MINI (buscando cualquier tipo de patología psiquiátrica), y en nuestro caso a través de las preguntas comentadas.

Con todo esto partimos de la base de que no es lo mismo que pasados tres años se pasen unos cuestionarios (screening o test diagnósticos) para valoración de patologías psiquiátricas (TPET, depresión, calidad de vida percibida...), y de que una

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

sola pregunta no puede ser equiparado al screening o diagnóstico que puede realizarse mediante cuestionarios, pero sí llamar la atención la diferencia entre lo que los pacientes consideran respecto lo que es su vida antes y después del hecho traumático y el cambio que esto ha supuesto en ellos, y lo que se trata de medir en los cuestionarios, que no dejan de ser constructos teóricos (enfermedades mentales en este caso), que pueden estar alejadas de lo que impide continuar con su vida a los pacientes tras un hecho traumático.

Con esto se podría plantear la búsqueda de formas de clasificar la patología tras un hecho traumático con aspectos no tanto clínicos (al uso de las clasificaciones actuales, tipo DSM y CIE) sino en relación a las vivencias que el individuo experimenta tras la vivencia traumática, que pueden ser o no síntomas clínicos, que además coincide con lo que los pacientes de esta muestra consideran que las ha impedido poder superar de una manera sana la experiencia vivida, aspectos en relación a la ruptura del sistema de creencias o rupturas biográficas, o bien con vivencias propias en relación a cambios en su forma de ser o comportarse, que al final es, lo que a tenor de estos resultados y el análisis cualitativo de las respuestas impiden a los individuos de esta muestra continuar con su vida.

2-EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Pregunta 2:

¿Cree que recibió lo que debía recibir de los servicios sanitarios?,

SI	NO	No sabe	Iloca
69 (66.3%) (88,5%)	9 (8.6%) (11.5%)		26 (23.5%)

*El primer porcentaje corresponde al porcentaje respecto al global de la muestra, el segundo corresponde al porcentaje respecto a la muestra con la que se pudo contactar.

La pregunta fue respondida por 78 pacientes, en esta ocasión todos los pacientes fueron capaces de responder, y ninguno contestó que no sabía, lo que indica dos aspectos: Por un lado que los pacientes tenían en principio una idea clara sobre lo

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

que les debían aportar los servicios sanitarios, lo que debían recibir de ellos, y por otro lado que para la mayoría era la ayuda que esperaban lo que recibieron.

Ninguno de los encuestados preguntó sobre qué es lo que debían recibir, parece que todos tenían claro sus expectativas. Esto es un primer factor a tener en cuenta, a pesar de la experiencia vivida, cada uno de ellos tenía en la cabeza lo que pensaban que debían recibir de los servicios sanitarios, en lo que estos debían ayudarles, lo que supone un buen insight previo acerca de su situación tras los atentados, sus necesidades, y como se debían conjugar con la ayuda sanitaria a recibir.

De los 78 pacientes 69 respondieron que sí había recibido lo que debía recibir de los servicios sanitarios, un 88.5% del global que contestó define como adecuado lo que recibió de los servicios sanitarios, mientras que 9 pacientes, un 11.5% cree lo contrario. Estas cifras indican que para la gran mayoría de los pacientes que fueron atendidos en el CSM de Alcalá y en el Hospital de Día del área creen que sí recibieron en el momento en el que consultaron en Salud Mental, devoluciones útiles para poder superar la experiencia traumática.

Estos hallazgos plantean otra serie de dudas, como son, si esto es así y para la mayoría de los pacientes (88.5%) lo que recibió de los servicios sanitarios fue lo que debían recibir, ¿por qué hubo un porcentaje de pacientes elevado en comparación con estas cifras que fueron a circuitos privados?, o ¿por qué otro porcentaje alto consideraba que el acudir les hacía daño y por eso dejaron de acudir?, o ¿por qué no es un porcentaje elevado el que considera que lo que más le ha ayudado a salir de la situación son los profesionales o los fármacos? (que podrían ser los factores asociados al tratamiento). Finalmente surge la duda si estos pacientes que creen que han recibido lo que debían recibir de la sanidad son los que han evolucionado bien (superar sanamente la experiencia), o el caso opuesto. En definitiva si existe una relación entre las expectativas sobre el tratamiento y la percepción propia sobre si la experiencia se ha superado de una manera sana, es decir, si existe relación entre la superación de la experiencia y la utilidad de lo recibido. Estos aspectos serán abordados posteriormente

Sería importante analizar la relación entre los que consideran que han superado de una manera sana la experiencia vivida y los que creen que los servicios sanitarios les aportaron aspectos útiles, o mejor a la inversa, si los pacientes cuyas expectativas sobre el tratamiento no se cumplieron, no les resultó útil, fueron los que a tres años no creen que hayan superado la experiencia traumática, lo que no sucede en todos los

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

casos, aunque si existe una relación entre los pacientes que creen que la ayuda sanitaria no les resultó útil y aquellos que a los tres años consideran que no han superado de una manera sana la experiencia vivida.

Pregunta 3:

¿Cree que lo que recibió de los servicios sanitarios de Salud Mental fue útil?

SI	No	Algunas cosas	Iloca
69 (66.3%) (88%)	8 (7.6%) (10.25%)	1 (0.96%) (1.2%)	26 (25%)

*El primer porcentaje corresponde al porcentaje respecto el global de la muestra, mientras que el segundo corresponde respecto a los pacientes que contestaron.

En primer lugar aclarar las diferencias entre las preguntas dos y tres, y porqué se han considerado como dos preguntas diferentes, a pesar de que los resultados en ambas han sido muy similares, y que prácticamente todos los pacientes han contestado a ambas la misma respuesta (aunque no todos). En la pregunta dos se interroga por la adecuación de la ayuda recibida, en realidad es algo que tiene que ver con las expectativas previas de los pacientes, que contestarán afirmativamente cuando las expectativas que tenían respecto a la atención que iban a recibir se cumplieran. En realidad en la segunda pregunta, si lo que recibieron fue adecuado (que no tenía que ser útil), es una pregunta que habla más a nivel teórico sobre la atención que se prestó, pero que no va al nivel práctico, si además de adecuado sirvió al paciente y le fue útil. Por el contrario la pregunta tres se refiere a un aspecto más práctico, en cuanto a que si la atención recibida le resultó útil al paciente en su día a día, si el acudir facilitó que pudiese continuar con su vida tras vivir esa experiencia traumática.

Del mismo modo puede que al paciente le resultase útil la ayuda (le sirvió), pero no adecuada (no era lo que esperaba), por eso lo hemos decidido separar en dos cuestiones diferentes. Si bien como ahora se verá en la mayoría de las ocasiones para los pacientes casi se equipara la adecuación de la ayuda recibida con su utilidad, y las respuestas salvo en algún caso aislado van acordes.

De nuevo el primer aspecto a considerar es que la pregunta fue respondida por todos los pacientes con los que se contactó, y que de los 78 pacientes 77 lo tenían claro. Pasados tres años de los atentados los pacientes son capaces de definir si la ayuda que recibieron fue útil, y a la mayoría les resultó útil (no se preguntaba en que

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

aspectos había sido útil, sino solo si lo era). De los 78 pacientes 69 consideran que sí que les resultó útil la ayuda que recibieron por los servicios sanitarios (88.5%), mientras que 8 cree que no les fue útil la ayuda (10.25%), y una persona indica que algunas cosas (1.25%).

Analizando esas cifras tenemos: Por un lado que para la mayoría de las personas es posible discernir qué tipo de ayuda de la que pudieron recibir les resultó útil, son capaces de reconocer incluso pasados tres años si la ayuda les sirvió para algo o no, lo que indica que los pacientes ante esta situación traumática discernen qué aspectos de toda la ayuda que pudieron recibir por los servicios sanitarios les han sido o les fueron útiles y cuáles no. De nuevo los resultados indican que los servicios sanitarios aportaron aspectos útiles a la mayoría de los pacientes que acudieron (al menos es lo que los propios paciente piensan), pero al igual que en la pregunta anterior surgen varias dudas: si lo recibido fue útil y las expectativas de ayuda se cumplieron, ¿por qué un porcentaje tan elevado de pacientes creen que no han superado la experiencia traumática?, una parte de la cuestión es que no todo depende de lo que puedan aportar los servicios sanitarios en la evolución de los pacientes, hay otros factores de los que depende la superación de la experiencia traumática, si la ayuda institucional no sirve o no es suficiente, también surge la pregunta de ¿por qué si lo recibido fue útil hay un porcentaje alto de pacientes que abandona voluntariamente para iniciar tratamiento en otro lugar?, o ¿por qué hay un elevado porcentaje de abandonos?.

Una cuestión indudable es que la gran mayoría de los pacientes en los que se cumplieron las expectativas de tratamiento (recibió lo que debía recibir de los servicios sanitarios), coincide con la percepción de la utilidad del tratamiento. Incluso coinciden en el porcentaje, 88.5%. Es decir, en la gran mayoría de los casos coinciden las expectativas sobre lo que debían recibir de los servicios sanitarios, con la percepción sobre si lo que recibieron fue útil, esto en cierta forma resulta lógico, si mis expectativas sobre lo que tengo que recibir, basado en mis necesidades se cumplen, esto lógicamente me resultará útil, porque estoy recibiendo lo que creo que debo recibir, lo raro sería que si es lo que los pacientes creen que reciben lo que deben recibir, no les resulte útil, aunque ya se han comentado los matices en las dos preguntas.

4-EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES

Pregunta 4:

4) ¿Dejó de acudir al Centro de Salud Mental? ¿Cuál fue el motivo?.

Estaba mejor	30 (39.13%)
Horario	7 (8.6%)
No le ayudaban	12 (15.2%)
Le dieron el alta	3 (4.3%)
Se acabaron los grupos	1 (1.28%)
Sigue yendo	1 (1.28%)
Vivir fuera	5 (6.4%)
Embarazada	1 (1.28%)
Rechazó ayuda	3 (4.3%)
Estaba bien para trabajar	1 (1.28%)
Buscó ayuda en otra parte	10 (13%)
Pensaba que tenía que salir ella solo	4 (5.12%)

*El porcentaje entre paréntesis representa al porcentaje respecto de los 78 pacientes que han respondido.

Sobre el análisis cuantitativo se observa una serie de respuestas, que son las que los pacientes han respondido:

Quizás lo más llamativo de inicio sea que solamente uno de los 78 pacientes que respondieron sigue acudiendo al CSM pasados tres años, algo que resulta llamativo, más si se tiene en cuenta la magnitud del trauma sucedido, y más aún si se analizan las respuestas previas encontradas (alto porcentaje de pacientes que cree que no lo ha superado). Sería conveniente un análisis de estos resultados que en principio parecen contradictorios, si bien en parte puede explicarse en parte por los diez pacientes que dejaron de acudir para buscar ayuda en otra parte, lo que sumarían ya once pacientes (14.28%) que puede que se encuentren en tratamiento (aunque no tiene porqué ser así).

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Otra cuestión a estudio es que solamente tres pacientes (4.3%) dejaron de acudir porque se les dio el alta, se supone que porque se encontraban ya en un estado clínico estable, y sin sintomatología clínica activa intensa, los tres piensan que han superado sanamente la experiencia traumática. Esto indica que muy pocos pacientes completan el tratamiento hasta el final y sean dados de alta, la gran mayoría (95.7%) abandonan por diversos motivos el tratamiento antes, lo que resulta una cifra tremendamente elevada, si bien los que son dados de alta si parece que sea un alta adecuada (han superado sanamente la experiencia). Es importante el saber los diversos motivos por los que un número de pacientes tan alto abandonan antes, y más cuando la gran mayoría cree que lo que recibieron es lo que debían recibir y que les resultó útil, si esto es así lo lógico es que continúen con el tratamiento hasta que se les diese el alta, aunque como hemos comentado solamente tres pacientes aguantaron en tratamiento hasta recibir el alta médica por el terapeuta. El único grupo que sería comprensible es el que piensa que lo que estaba recibiendo no era útil o bien que no era lo que esperaba recibir, pero este es un pequeño grupo de pacientes, mucho mayor es el que ha abandonado, y a su vez este grupo sí es parejo con los que han buscado ayuda en otra parte.

Otro porcentaje de pacientes entendemos que dejó de acudir por incompatibilidad de horarios, siete (un 8.6%), también curioso, cuando existe la posibilidad de que hubiesen pedido un cambio de terapeuta para acudir en un horario que sí les permitiese ir, por lo que pudiera haber otra causa detrás. También cinco pacientes (6.4%), dejaron de ir porque se fueron a vivir fuera de Alcalá, luego podemos englobar a estos dos grupos, doce pacientes (15%), que dejaron de acudir por motivos no clínicos al fin y al cabo, y que no tienen que ver en principio con el estado clínico, que busquen ayuda en otro sitio o que no le ayude el acudir por ejemplo.

Otro elevado número de pacientes, doce (15.2%), dejaron de acudir porque consideraban que el acudir les hacía daño o les perjudicaba, de nuevo resulta difícil de entender si la mayoría de los pacientes estaban contentos con la atención recibida (como se ha visto en las preguntas dos y tres) que hasta doce pacientes pensaran que el acudir les perjudicase y ese fuese el motivo por el que dejaron de ir al CSM. Al tiempo, habría que plantearse, porqué todos ellos tienen una percepción tan negativa sobre la atención y en lo que les pudo servir, y sobre todo, cuáles son las cosas que les hicieron daño, y si realmente estas tenían que ver con el tratamiento recibido o con

otras cuestiones diferentes (dificultad que supone hablar sobre lo sucedido, para expresar los sentimientos asociados...) o con estrategias de coping basadas en la evitación, aspectos asociados a la dificultad para readaptarse tras una situación traumática, si bien el caso es que la percepción de estos pacientes y el motivo por el que ellos consideran que dejaron de ir es que no les ayudaba el acudir, por lo que será la hipótesis con la que se trabaje.

También tres paciente rechazaron la ayuda que podían recibir (4.3%), en estos pacientes habría que preguntarse cuáles fueron los motivos que les llevaron a rechazarla, si tenía que ver con que pensaban que no la necesitaban, que contaban con apoyos y recursos suficientes para salir por sí solos o si fueron otros los motivos que les llevaron a rechazarla. Al igual que este grupo que rechazó la ayuda otro grupo de pacientes dejó de acudir porque pensaba que tenía que salir por sí mismos de esta situación, cuatro (5.12%), decidieron abandonar por este motivo, esta respuesta añade un matiz al de la gente que rechazó la ayuda, ya que la rechazaron, dejaron de acudir, pero por un motivo muy concreto, creían que tenían que salir por sí mismos, sin ayuda de profesionales, y sin tomar tratamientos farmacológicos, pero después de haber acudido durante un tiempo al CSM. Por un lado habría que preguntarse el porqué estas personas decidieron contar con sus propios recursos y los apoyos que pudiesen recibir del entorno social para salir de la situación (quizás una vez que habían aprovechado en la manera que pensaban la ayuda sanitaria), rechazando la ayuda profesional, y por otro lado el determinar si estos pacientes tuvieron una evolución adecuada (la mayoría parece que sí piensa que ha superado la experiencia sanamente), sin el uso de recursos sanitarios (lo que indicaría el limitado papel de éstos en algunas situaciones) o por el contrario los apoyos y recursos propios no fueron suficientes como para continuar de una manera sana con su vida.

Finalmente treinta pacientes (39.13%) dejaron de acudir porque pensaban que se encontraban bien, habría que preguntarse si se encontraban bien por qué no fueron dados de alta, y decidieron dejar de acudir voluntariamente, y si a los tres años este grupo que cuando dejó de acudir pensó que era porque no lo necesitaba considera que ha superado de una manera sana la experiencia vivida (no en todos los casos).

En definitiva, conocidos los motivos por los que los pacientes dejaron de acudir hay que evaluar si a los tres años estos pacientes creen que han superado la experiencia de una forma sana, y si esto es así cuáles son los que han tenido mejor evolución, y cuáles dejaron de acudir pero no creen que lo hayan logrado superar. Lo

más llamativo es sin embargo el escaso porcentaje de pacientes que fue dado de alta por mejoría clínica, y el escasísimo que todavía sigue yendo, más cuando tantos pacientes piensan que no han superado la experiencia y que les ha dejado secuelas, tanto a nivel clínico como de lo que consideran que son cambios en su carácter, lo que serían motivos más que suficientes como para seguir acudiendo.

Lo paradójico de estos resultados es principalmente el elevado número de abandonos que se producen en relación a la evaluación que la muestra hace sobre la atención recibida y su utilidad (muy buena), si bien la mayoría de los abandonos no se producen en el contexto de críticas a la atención recibida, la mayoría es por motivos personales (estaba mejor, no le ayudaba, rechazó la ayuda), y solamente a tenor de las respuestas 22 pacientes (los que buscaron ayuda en otra parte y dejaron de acudir porque les perjudicaba el acudir), fueron los que abandonaron por escasez de ayuda o poca utilidad de ésta, pero que sin embargo supone un 22% de la muestra que respondió. La hipótesis que lanzamos según estos resultados es que la ayuda fue útil y adecuada para la mayoría de los pacientes, tal como ellos mismos responden, y que por ello pocos continúan en tratamiento, muchos abandonan por estar mejor, y unos pocos por otras cuestiones (horarios, cambio de domicilio...), si bien es más alto el porcentaje que abandona porque a priori el tratamiento no les ayuda, que el que responde que no fue útil o adecuado, por lo que se encuentra cierta paradoja entre esta pregunta y las dos y tres, si bien no existen en el fondo tantas diferencias como en principio se puedan pensar.

Finalmente el hecho de que solamente tres pacientes continuasen en tratamiento hasta el alta y que solo uno se encontrase en tratamiento a los tres años nos indica que los pacientes de esta muestra parecen que disponían de capacidades y apoyos lo suficientemente fuertes como para superar la experiencia traumática vivida, si bien esto chocaría con las respuestas a la pregunta uno, y el elevado porcentaje que cree que no ha superado la experiencia traumática.

5.-FACTORES DE RESILIENCIA:

Pregunta 5:

¿Qué cree es lo que más le ha ayudado a superar la experiencia traumática?:

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Categoría	Número de respuestas	Porcentaje del total
Factores asociados al entorno sociofamiliar	79	101.26%
Factores asociados al tratamiento	22	28.29%
Factores asociados a la espiritualidad y religión	6	7.69
Factores asociados a las relaciones interpersonales	10	12.82
Factores asociados a las características propias del individuo	15	19.22
Factores asociados a las consecuencias físicas y psicológicas del trauma	5	6.4%
Factores asociados a la respuesta individual al trauma	20	26.89
Factores asociados al pasado y a las experiencias del individuo	1	1.36%
Trabajo	8	10.25%
Factores asociados a la recuperación de la vida previa al trauma	12	15.36%

*Esta pregunta era abierta (se podían dar varias respuestas), por lo que el porcentaje supera el 100%.

Lo primero que salta a la vista es que es el grupo de respuestas más mencionado con mucha diferencia es el de factores sociofamiliares, el sumatorio de percentiles supera el 100%, y a nivel individual prácticamente todos los pacientes incluyen alguna respuesta incluida dentro de las subcategorías entre los factores de resiliencia asociados al entorno sociofamiliar. Dentro de esta categoría se incluye el apoyo familiar (44 respuestas de pacientes), el de la pareja (8 respuestas), amigos (16 respuestas), hijos (7 respuestas), gente cercana (3 respuestas) y vecinos (1 respuestas).

Dentro de cada una de las subcategorías la respuesta más mencionada, por casi la mitad de los pacientes es la de la familia, a nivel global y sin especificar, mientras,

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

que también han sido mencionadas otras respuestas que quedarían englobada dentro de familia, pero que fueron respondidas explícitamente, como son hijos, y si se quiere incluir la pareja, cabe destacar que de la misma manera que estos se han incluido nadie respondió los padres, como factor de resiliencia, a pesar de que algunos de los afectados eran gente joven, o que incluso vivía con los padres, aunque es de suponer que ese apoyo esté incluido en las respuestas del apoyo de la familia. Este grupo de respuestas, el más amplio aboga a favor de la importancia del apoyo familiar (y en menor medida social), para la superación de experiencias traumáticas, acorde con los resultados de la mayoría de los estudios (225,231,314). Destacado es también el apoyo de la red social, y más de los amigos, que es respondido por 16 pacientes, a tener en cuenta el alto número de inmigrantes, algunos de los cuales con escasa red familiar en España y el papel que tiene para ellos los amigos, también como factores de apoyo se incluyen la gente cercana con tres respuestas y los vecinos, una. No cabe duda que para la mayoría de los pacientes que sufren una enfermedad mental, o que han pasado por una situación traumática como puede ser ésta, el apoyo de la gente cercana y de la familia es uno de los factores más importantes para poder superar su situación (224,229), en el caso de aquellos que no tengan ese apoyo familiar, se centrarán sobre todo en el apoyo social (301). Esto coincide sobre los estudios previos que resaltan la importancia del apoyo sociofamiliar tras una situación traumática (224,225,229,231,301)

El segundo grupo o categoría más respondido son los factores asociados al tratamiento, entre los que se incluyen las respuestas entre los que dijeron que lo que más les ayudó fueron los profesionales sanitarios (psiquiatras y psicólogos, con doce respuestas), los fármacos (dos respuestas) y los grupos psicoterapéuticos (ocho respuestas). Una primera aclaración es que no todos los pacientes fueron derivados a los grupos psicoterapéuticos del Hospital de Día (que funcionó como una modalidad terapéutica diferente), y que no todos los pacientes recibieron o aceptaron medicación. Si bien destaca el valor reducido dentro del global de respuestas de los factores asociados al tratamiento. Esto hace plantearse el posible papel reducido de la ayuda sanitaria ante estas situaciones, y sobre todo la escasa percepción positiva para los afectados del tratamiento recibido como factor de resiliencia. Es decir, para la mayoría de los pacientes, a pesar de la buena valoración de los servicios sanitarios, en cuanto a lo recibido, y a la utilidad de ello, no consideran que los servicios sanitarios,

ni profesionales ni terapias, hayan tenido un papel destacado en su evolución o mejoría. Ante esto hay que replantearse si el papel de los profesionales podría realizarse de otra manera, o habría aspectos mejorables, lo que no queda muy claro, si para los pacientes lo recibido era lo que esperaban y les resultó útil, pero a tenor de las respuestas no fue lo fundamental para la readaptación tras la experiencia traumática (fueron los aspectos más sociales). Con ello podemos hipotetizar que aunque para los pacientes de la muestra la ayuda sanitaria y profesional fue adecuada no fue lo más importante para la readaptación tras la situación traumática, sino que en todo caso facilitó que los pacientes pudiesen recibir otro apoyo que les resultó más importante como factor de resiliencia (el familiar), o colocarles en una posición desde la que les resultó de más ayuda, pero que aunque es un factor que la mayoría considera que fue útil y cumplió sus expectativas no es lo más importante para la mayoría de los pacientes de la muestra como factor resiliente, y que el tratamiento puede ayudar a resolver la situación pero no es lo único que lo puede hacer (252).

En cualquier caso, el hecho de que el papel como factor de resiliencia de los profesionales y los tratamientos aplicados sea relativo coincide con los estudios que abogan por un papel menor de los profesionales ante situaciones traumáticas (7), dado que la mayoría de las personas no necesitan ni consultar ante estas vivencias, y puede explicar porque la mayoría de los pacientes a los tres años ya no acuden al CSM.

El tercer grupo de respuestas más contestado es el de las respuestas individuales al trauma, se incluyen aquí un grupo de respuestas heterogéneo que tienen en común que son respuestas que el individuo desarrolla específicamente ante la situación traumática, con el objetivo específico de poderlo superar, como reacción de coping. Aquí están englobadas respuestas como no pensar (seis respuestas), mirar hacia delante, hacia el futuro (cuatro respuestas), tratar de olvidar (cuatro respuestas), irse fuera de Alcalá (dos respuestas), reflexionar, el autocontrol, la sugestión o no ir al CSM (una respuesta). Destaca que la mayoría de las acciones de estos pacientes que consideran que les ayudaron podríamos definir las como más cercanas a las conductas evitativas de coping (no pensar, tratar de olvidar, irse de Alcalá, no ir al CSM), y muy pocas como cercanas al afrontamiento de la situación traumática (reflexionar, mirar hacia delante), si bien estas respuestas evitativas se han asociado con peor calidad de vida percibida (30). En contra de lo que pudiera parecer, a la mayoría de los pacientes lo que creen que les ha ayudado es el tratar de huir o de evitar estímulos en relación al

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

trauma vivido, y resulta más curioso que consideren que esto les ha ayudado (o eso piensan), cuando en muchas ocasiones en terapia se trabaja en el sentido contrario, como forma de superación de lo traumático, tratando de que no se produzcan respuestas evitativas, que en ocasiones acaban enquistando situaciones traumáticas, dificultando la normalización de la vida. Quizás es con esto con lo que tenga que ver que algunos pacientes dejasen de acudir porque pensaban que no les beneficiase o les hacía daño, el ir al CSM (los profesionales trabajarían seguramente hacia las respuestas de afrontamiento y no evitativas, cuando a los pacientes lo que pensaban que les ayudaba eran estas respuestas de evitación y lógicamente sufrían al acudir al CSM).

Se observa que muchos de los pacientes tras la situación traumática tienden a huir de cualquier pensamiento, situación o lugar que les recuerde al trauma, lo que está incluido como síntomas evitativos en el TPET, por lo que esta tendencia de muchos de los pacientes podría explicar también en parte el alto número de abandonos de pacientes, desde los que se fueron de Alcalá, a los que dejaron de ir o porque pensaban que les perjudicaba el acudir. Como ya hemos comentado, habría que observar cuál ha sido la evolución de estos pacientes, y si estas respuestas, en contra de lo que se pudiera pensar resultan dañinas a medio plazo para el paciente. Lo que sí es claro es que este tipo de respuestas superan en número a las que podríamos llamar de afrontamiento activo: Reflexionar, mirar hacia delante, y faltaría saber cuáles son más eficaces a medio plazo para la superación de la situación traumática, aunque en los estudios previos el afrontamiento activo se considera como un factor de protección, así como que facilita la existencia de cauces para la expresión emocional (7,252), y las otras se asocian a peor calidad de vida percibida (30).

El cuarto grupo de respuestas más contestado es el de factores asociados a las características propias del individuo, se incluyen aquí características innatas del individuo, edad (dos respuestas), o bien características del individuo, que se usan como recursos propios ante la situación traumática, como serían el carácter (siete respuestas), o la fuerza de voluntad (seis respuestas), son por tanto rasgos o cualidades del individuo que o bien están presentes previamente antes de los atentados, o salen a la luz en la situación traumática, y que el individuo usa como recursos propios para la superación de la situación traumática. Recursos que de no haber sido por el trauma vivido puede que no hubiesen salido a la luz, pero que el

individuo considera como propias, y que le han ayudado ante el trauma, como forma de tratar de superarlo de una manera sana. En este contexto los rasgos caracteriales que se han asociado a una mejor evolución en estudios previos serán la sociabilidad, la extroversión y el bajo neuroticismo, además de un adecuado autoconcepto, de la misma manera se ha encontrado la edad adulta un factor de protección del mismo modo que resulta un factor de riesgo la edad infantil (239).

El quinto grupo de respuestas sería el de factores asociados a la recuperación de la vida previa al trauma, estarían incluidas aquí respuestas como la recuperación de la rutina (cuatro respuestas), el poder vivir el día a día (cuatro respuestas) y el paso del tiempo (cuatro respuestas). Como ya se ha comentado, para los pacientes una de las consecuencias que ellos mismos consideran que les impiden superar la situación traumática es el haber perdido aspectos propios de su carácter o de su vida, lógicamente también considerarán que los factores asociados a que recuperen su rutina y su ritmo de actividades previos a la situación traumática estará entre lo que crean que más les ha ayudado. Habría que preguntarse que es lo que les ha ayudado hasta que esto se ha podido producir, pero parece que para algunos pacientes es vital el poder hacer las mismas cosas que hacían antes de los atentados, tanto a nivel conductual como cognitivo. En este sentido hay que preguntarse el papel de los medios de comunicación, a los que en muchas ocasiones se les achaca que no permiten que los pacientes hagan precisamente esto, recuperar la vida previa que tenían (296). Se ha estudiado la importancia de la recuperación de la vida previa al trauma como factor de buen pronóstico (223,231), por lo que el paciente tenga la sensación de estar recuperando aspectos de su vida que en este caso los atentados le habían arrebatado se puede considerar como algo resiliente, que facilita la superación de lo traumático, como algunos estudios han mostrado (282,283), del mismo modo que la pérdida o no recuperación se puede considerar un factor de riesgo (223,231).

El sexto grupo más respondido es el de factores asociados a las relaciones interpersonales. Dentro de esta categoría se encuentran las respuestas, el poder hablar sobre ello (cuatro respuestas), sentirse comprendida (una respuesta), sentirse escuchada (una respuesta) y conocer a gente en una situación similar (cuatro respuestas). Este grupo engloba a respuestas de pacientes que lo que consideran que les ha ayudado tiene que ver con situaciones que se dan en las relaciones humanas,

esto enlazaría con la necesidad ante una situación traumática de hablar sobre ello, y de aspectos reforzadores sobre ello que se puedan dar en una relación familiar, pero también con un amigo o en una relación terapéutica. Esto no quiere decir que para todos los pacientes sea necesario hablar sobre el trauma vivido, pero sí con la sensación de que si lo hacen después de lo ocurrido pueden ser escuchados y comprendidos, cuando a ellos les resulta a veces difícil entender el porqué ha sucedido lo que ha pasado. Así mismo iría en contra de la aparición de respuestas emocionales que podría perpetuar el trauma, como son la culpa, la vergüenza...(252). Por otro lado la respuesta conocer gente en una situación similar iría hacia lo que se consideran los factores terapéuticos comunes de los grupos (309), en este caso la universalidad, saber que después de lo ocurrido no se es único o un bicho raro, sino que hay gente que ha vivido lo mismo, y que tiene pensamientos y sentimientos parecidos a los que puede tener uno, aunque al sujeto le resulten extraños o le generen sufrimiento el tenerlos (en este caso cumpliría una función normalizadora). Estos factores no tienen porqué darse en una relación terapéutica. Sobre esta temática los estudios coinciden es que es un factor positivo cara la superación de lo traumático, y que la existencia de cauces para canalizar la expresión emocional es un factor de protección ante lo traumático, en cuanto a que sentirse escuchado, comprendido, aceptado facilitan que se pueda resolver correctamente lo traumático (225,229), elementos estos que solo se dan en relaciones interpersonales (7), con lo que esto enlazaría también con la importancia de las relaciones sociales y el apoyo sociofamiliar para la superación de lo traumático (282,283,288).

El séptimo grupo de respuestas sobre factores de resiliencia más mencionado tiene que ver con los factores asociados al trabajo (ocho respuestas), para estos pacientes el trabajo fue un factor que creen que les ayudó a la superación de la experiencia, ya sea como forma de normalización o de recuperación de su vida previa (252), por las relaciones interpersonales que allí establecen (224,231,282,283), porque hacía que durante unas horas al día estuviesen centrados en algo que no tenía que ver con lo vivido...Esto estaría en relación con las habilidades de afrontamiento de cada paciente, y con la normalización a través de la recuperación de la rutina de la vida previa, incluso un paciente que consideraba que no había superado la experiencia traumática indicaba que había tenido que cambiar de trabajo, la experiencia vivida le había cambiado en un aspecto que consideraba fundamental en su vida. Además el

volver al trabajo indica para muchos, que iban en los trenes al trabajo, el poder volver a hacer la misma rutina cotidiana que hacían antes de los atentados, entre lo que estaba el poder volver a coger un transporte público.

La octava categoría en número de respuestas son los factores asociados a la espiritualidad y Dios, en realidad se ha incluido la espiritualidad por el diferente valor que se le puede dar a Dios, según cada individuo, algo difícil de evaluar, pero hay que destacar que todas las respuestas englobadas aquí incluyeron a Dios (seis respuestas). La reflexión nos lleva hacia lo que puede ser considerado unos mecanismos propios con locus de control externo, algo así como un discurso que dice me ha ocurrido una tragedia de la que no puedo salir solo, y necesito ayuda desde fuera, aunque también a lo que puede ser la reflexión sobre lo ocurrido a través de un prisma religioso-espiritual (pensar que esto es una prueba, o que el sufrimiento tendrá una recompensa), aunque también esto puede llevar detrás la posibilidad de reflexionar sobre lo ocurrido y encontrar respuestas, a veces tan ansiadas, ya se ha comentado la importancia de darle un sentido al relato biográfico sucedido. Este grupo de respuestas está muy matizado por factores culturales previos, por lo que se espera que sean por ejemplo más los inmigrantes latinoamericanos los que más se hayan basado en Dios y la espiritualidad para la superación de la experiencia, de hecho todos los pacientes que respondieron esta respuesta salvo uno eran inmigrantes. Faltaría saber qué es lo que realmente hay detrás de lo estas respuestas, si es el poder encontrar respuestas o bien esperanza, o valor para soportar el sufrimiento. Aunque es conocida la importancia de la religión para la superación de patologías psiquiátricas así como situaciones adversas, principalmente en el sentido de encontrar un significado a lo sucedido (264, 265) en esta muestra no son los factores más respondidos.

El noveno grupo de respuestas es el de respuestas asociadas a las consecuencias psicológicas del trauma (cinco respuestas), aquí se incluirían el estar bien físicamente (cuatro respuestas) y el empezar a dormir (una respuesta). Incluye factores asociados a la desaparición de síntomas, como poder dormir, o a evitar consecuencias del trauma, en este caso secuelas físicas, esto llevaría a algo así como un ejercicio de evaluar de una manera realista lo que se ha perdido, algo así como el trabajo que se hace en los duelos, y la ayuda que supone el pensar que las consecuencia podían haber sido mucho peores. También los estudios hablan de la importancia tras vivencia

traumática de la situación física en la que ha quedado el paciente, así como de la importancia de la ausencia de secuelas para poder readaptarse de una manera adecuada (110,111).

En esta línea, este grupo de respuestas es la que en parte se asemeja más a una mejoría clínica, desaparición de síntomas asociados a la vivencia traumática, con lo que de nuevo nos hace plantearnos si realmente lo más adecuado es valorar la situación clínica según criterios DSM o CIE, en realidad en esta muestra son pocos los que consideran que su mejoría tenga que ver con desaparición de síntomas clínicos asociados a la vivencia traumática, cuando a nivel clínico estos son de los factores que más se relacionan con una mejoría sintomática.

Finalmente el décimo grupo incluye las experiencias vividas previamente (una respuesta), esto englobaría el papel de las situaciones traumáticas vividas previamente, así como que el aprendizaje postraumático puede ayudar al afrontamiento y superación de experiencias traumáticas que pudiesen aparecer posteriormente. Lógicamente no es muy habitual que haya individuos, y quizás menos en España que en su vida tengan que afrontar dos situaciones traumáticas diferentes, por lo que es una respuesta que solamente dio un individuo. Esto iría a favor del factor protector de las experiencias traumáticas bien resueltas en el pasado cara al afrontamiento de nuevas situaciones traumáticas, aunque de no ser esto así el vivir otra situación traumática puede hacer resurgir traumas previos, no es el caso del paciente que respondió esto, que si consideraba que el haber pasado por una situación similar le había ayudado en el 11M. Los estudios al respecto no acaban de encontrar si el haber sufrido experiencias traumáticas previas, ante la aparición de otra situación traumática, resultan protectoras (232), o de riesgo (230), si bien para el paciente de la muestra resultó según su respuesta protectora. En los estudios sobre atentados del 11S el haber pasado por experiencias traumáticas previas sí se asocia a peor evolución en cuanto a mayor riesgo de TPET y mayor uso de servicios sanitarios y medicación (295,304), lo que no concuerda con los resultados de esta muestra, si bien es únicamente un paciente el englobado en esta categoría de respuestas en nuestra muestra.

III CORRELACIÓN ENTRE EL REGISTRO DE CASOS Y LA ENCUESTA TELEFÓNICA.

6.- RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA, EVOLUCIÓN Y FACTORES DE RESILIENCIA:

1. Género: El género en la muestra de pacientes no es un factor que influya en la percepción de superación de la experiencia traumática, tanto hombres como mujeres consideran en un porcentaje similar que han superado la experiencia o que no (mujeres 60% y hombres 50%). Al igual que en estudios previos, sobre acontecimientos traumáticos terroristas, en los resultados el género no es un factor que favorezca o dificulte la recuperación de la vida tras una experiencia traumática, al menos por sí solo, si bien la cifras de TPET son mayores en mujeres que en hombres (171,297,308), esto tiene que ver con la mayor prevalencia de situaciones traumáticas en mujeres y cuando además se asocia el riesgo de la situación traumática a otros (dificultades sociales, económicas...). A pesar de que en la muestra existe un número casi doble de mujeres que de hombres en estas cifras parecen solo influir en la decisión de consultar y no en otras cuestiones (ya hemos comentado que las mujeres lo hacen más que los hombres).

Tampoco el género influye en la evaluación que los pacientes realizan en cuanto a utilidad o a lo recibido por los mismos que es muy similar en hombres y mujeres. Lo que resulta acorde, ya que no existen diferencias en las intervenciones realizadas, en la evolución, número de citas que recibieron o retornos tras el alta según el género.

En cuanto a la evolución, tampoco el género es un factor que lo modifique, siendo muy similar en hombres y mujeres, en cuanto a pacientes que continúan en tratamiento, que reciben el alta o que abandonan. En estos resultados el género no resulta ni un factor protector ni de riesgo de cara a la evolución posterior tras la situación traumática. Esto choca con estudios previos (226), que indican que las mujeres tienen más posibilidades de realizar clínica tras una situación traumática, si

bien es el estudio no se han realizado pruebas para determinar la presencia de diagnósticos psiquiátricos, resulta lógico pensar que los pacientes con peor evolución (y patología psiquiátrica), continúen en tratamiento, si bien otra explicación podría resultar que los pacientes que se encontrasen peor (en este caso predominantemente mujeres), por estrategias de coping evitativas, podrían haber abandonado el tratamiento, si bien no hay diferencias por género en cuanto al número de abandonos.

Finalmente tampoco existen diferencias por género en los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la situación traumática, en este estudio el género no es determinante en lo que los pacientes creen que más les ha ayudado a la superación de la experiencia.

Nacionalidad: Según los resultados en la muestra la nacionalidad no es un factor que influya en la percepción de superación de la experiencia traumática, no existen diferencias significativas en la percepción de superación en los diferentes constructos según nacionalidades. Esto en principio concuerda con algunos de los estudios previos, que en su mayoría no encuentran diferencias significativas según la raza, etnia o nacionalidad para las cifras de patología mental tras una situación traumática (297), aunque no concuerda con estudios sobre el 11S, que encuentran que es la raza blanca la que menor riesgo de TPET tiene a los seis meses, y que es la raza asiática la que realiza mayor uso de medicación (295). En nuestro estudio no se han realizados tests para determinar las cifras de TPET, pero esto concuerda en que no haya diferencias en la evolución o la percepción de superación según nacionalidad.

La percepción de superación es más alta en pacientes españoles, lo que puede estar en relación con el mayor número de citas, y en que acuden antes a tratamiento, seguido de sudamericanos y ciudadanos de Europa del este, lo que concuerda con lo que implica cara al tratamiento las dificultades idiomáticas. Otros factores que pueden ser tenidos en cuenta es el mayor nivel educativo y económico en españoles que en extranjeros, que como hemos visto influye en la percepción de la evolución, así como que existan diferencias significativas en el tratamiento que reciben y en el tipo de sintomatología predominante (en el caso de los españoles predominio de clínica afectiva y evitativa, en sudamericanos y europeos del este de hiperactivación y reexperimentación).

En cuanto a la valoración de los servicios sanitarios y su utilidad tampoco existen diferencias según nacionalidades, sin embargo los españoles valoran más la

atención recibida que lo no españoles (españoles adecuada y útil 91%, sudamericanos 77% y este de Europa 71%), aunque no existen diferencias estadísticamente significativas, entre las posibles explicaciones para la peor valoración de los extranjeros podrían estar el menor conocimiento de la red sanitaria y la mayor dificultad para acceder a ella (a pesar de los esfuerzos realizados en este sentido), el que hubiese pacientes sin papeles en regla, la dificultad en el conocimiento del idioma para algunos de ellos, lo que concuerda con que la población española acudiese antes y recibiese más citas (los pacientes con dominio idiomático y papeles en regla, seguramente españoles en su mayoría tienen una mejor valoración). Tampoco existen diferencias en la muestra en la evolución según la nacionalidad, este no es un factor que influya de manera significativa en la evolución, de nuevo concuerda con que no haya diferencias en la percepción de superación, el tipo de tratamiento o número de citas que recibieron, si bien en los estudios IIS existen diferencias según raza y son los pacientes asiáticos los que realizan mayor uso de los servicios sanitarios tras los atentados (304), lo que no concuerda con estos resultados.

Finalmente tampoco existen en la muestra diferencias según nacionalidad en los factores de resiliencia que los pacientes creen que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática, si bien llama la atención que son los pacientes españoles los que más valoran los factores asociados al tratamiento (profesionales, grupos psicoterapéutico y fármacos), lo que también puede explicar en parte que la valoración de la atención sanitaria sea mejor en los españoles (no significativo), ya que consideran que los factores asociados al tratamiento les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática, pudiendo esto influir en la valoración, ya que lo recibido sí les fue útil, pero también recibieron más citas, y acudieron antes (no significativo) pero que puede explicar la mejor valoración sanitaria y el que mencionen más los factores asociados al tratamiento que los ciudadanos extranjeros.

3. Estado civil: No hay diferencias estadísticas en la muestra en cuanto a la percepción de superación de la experiencia traumática en relación al estado civil, destaca sin embargo que son los pacientes viudos los que con mayor porcentaje piensa que lo ha superado adecuadamente, esto pudiese estar en relación con que a pesar de que son pacientes que a priori tienen menor apoyo familiar importante como se ha descrito en estas situaciones, el haber tenido que la superar de situaciones, que si bien

no son traumáticas resultan difíciles para la salud mental, como el fallecimiento del cónyuge les pudiese facilitar la superación de situaciones traumáticas posteriores (314), si bien también habría que pensar en su menor apoyo social como un impedimento (273). Esto también concuerda con los estudios sobre el 11S (295,304), en los que los pacientes viudos no son los que tienen mayor riesgo de patología psiquiátrica. Les sigue en cuanto a porcentaje que creen que lo han superado los que conviven como pareja de hecho, los solteros, los separados y los que peor percepción de superación la tienen los casados. Esto pudiera explicarse debido a la presión que supone para un individuo, que seguramente sea el cabeza de familia, o con un papel destacado en ella, posiblemente con hijos a su cargo, el tener que continuar con su vida y con las obligaciones familiares tras una situación traumática, esto pudiera ser una dificultad aún mayor, a pesar de que son pacientes que tienen en principio más apoyo familiar que solteros o viudos, debido a las reticencias en consultar primero y posteriormente en acudir a las citas (292). Esto no concuerda con los estudios sobre el 11S, en que son los pacientes separados, divorciados y que no están casados los que mayor riesgo de patología psiquiátrica tienen.

En cuanto a la valoración de la utilidad de lo recibido por los servicios sanitarios llama la atención que aunque tampoco hay diferencias significativas en esta muestra, la valoración sigue el orden inverso al de la percepción de superación, es decir los grupos de pacientes que pensaban en mayor porcentaje que habían superado la situación traumática viudos, pareja de hecho y solteros, son los que peor evalúan lo recibido por los servicios sanitarios, mientras que los dos grupos con porcentaje de superación más bajos, separados y casados, son los que mejor evalúan la ayuda recibida. Una posible explicación sería que los grupos que piensan que lo han superado con mayor porcentaje no considera importante la ayuda sanitaria, y lo han conseguido apoyándose en su grupo social o familiar, mientras que los grupos que piensan en menor porcentaje que han superado la situación traumática adecuadamente (casados y separados), han necesitado, bien por gravedad o peor evolución de más ayuda de los servicios de Salud Mental, por lo que valoran mejor la ayuda recibida, sin embargo ninguno de los grupos valora especialmente como factor de resiliencia el apoyo sanitario.

En esta muestra tampoco hay diferencias significativas en cuanto a la evolución o los factores de resiliencia según el estado civil. Si bien destaca en relación a la evolución que existen diferencias significativas en el porcentaje de pacientes que

recibieron la ILT, siendo los grupos con mejor percepción de superación, solteros y parejas de hecho los que en mayor porcentaje los recibieron (100% y 37.9%), lo que puede hablar a favor de recibir una ILT en un determinado momento como factor terapéutico que facilita la percepción de superación.

Tipo de convivencia: No hay diferencias significativas en la percepción de superación de la experiencia traumática según el tipo de convivencia. Los que mejor percepción de superación son los que viven con su familia de origen (posiblemente los que tienen menos obligaciones familiares y un grupo familiar de apoyo más amplio), sin dificultades para pedir ayuda por obligaciones familiares, (292) seguido de los que conviven con familia propia, los que conviven solos, y los que peor percepción de superación son los que tienen otro tipo de convivencia, esto resulta llamativo, si atendemos que los pacientes que viven solos puede que dispongan de un menor apoyo familiar o social, si bien no tiene porqué ser así.

No hay diferencias en la evaluación de la ayuda recibida por los servicios sanitarios, la mejor valoración es de los que viven con familia propia, seguida de los pacientes casados, la peor valoración es de los pacientes que viven solos (peor valoración de pacientes viudos o solteros). Ningún grupo menciona especialmente los factores de resiliencia asociados al tratamiento, y todos valoran mayoritariamente los factores sociofamiliares, lo que indica que el tipo de convivencia no influye en tener menor apoyo social en la muestra. Finalmente no hay diferencias significativas en la muestra en la evolución (tampoco existen en el número de citas o en el tiempo hasta la primera cita en los diferentes subgrupos) ni en los factores de resiliencia según el tipo de convivencia.

5. Nivel de estudios: No hay diferencias significativas en la percepción de superación según el nivel académico, destaca sin embargo que a mayor nivel de estudios mayor percepción de superación, lo que concuerda con los estudios sobre IIS, en los que son los pacientes sin estudios los que mayor riesgo de patología psiquiátrica tienen (295,304). También destaca que aunque sin diferencias significativas en la muestra, que salvo en el grupo de pacientes sin estudios, que realiza una buena valoración de la atención sanitaria, a mayor nivel de estudios peor evaluación de lo recibido por los servicios sanitarios, lo que inicialmente puede chocar con la buena percepción de superación en relación al nivel de estudios, pero que podría explicarse

por otros motivos (mayor apoyo social, recursos sociales e individuales...). Podría ser que los pacientes con mayor nivel de estudios tiene más recursos propios para poder superar la situación traumática (en general la patología psiquiátrica tiene mejor evolución a más nivel educativo, y esto resulta un factor protector además para algunas enfermedades mentales), lo que podría explicar la valoración negativa de lo público, a lo que posiblemente recurrieron menos, los pacientes con mayor nivel académico son los que más abandonaron para recibir ayuda en otro lugar.

No hay diferencias tampoco según el nivel de estudios en la evolución de los pacientes, a pesar de que los que tienen mejor nivel de estudios piensan que han superado la experiencia traumática en un porcentaje de casos mayor, esto no se ve en la evolución de los pacientes según el nivel de estudios. Llama la atención que la mayoría de los pacientes que abandonaron el tratamiento porque no les ayudaba eran de nivel de estudios alto, lo que podría explicar también la mala evaluación de lo público, al ser usado menos por los estratos educativos altos. Esto no concuerda con los estudios 11S en los que, aunque con el matiz de un diferente sistema sanitario que facilita un mayor uso de recursos según el nivel económico, son los pacientes con mayor nivel de estudios los que más recursos sanitarios utilizan (304). Por otro lado este menor uso queda reflejado también en las visitas a la urgencia en relación al nivel de estudios, cuanto menor nivel de estudios más acuden los pacientes a la urgencia psiquiátrica (más uso de recursos). Sin embargo el hecho de que no haya diferencias en la evolución choca en parte con el hecho de que existan diferencias en el tipo de tratamiento según el nivel de estudios, que en principio podría suponer diferencias en la evolución en relación a las diferentes modalidades terapéuticas usadas.

Finalmente en cuanto a los factores de resiliencia que los pacientes creen les han ayudado, a mayor nivel de estudios peor valoración de las variables asociadas al tratamiento (también menor uso como se ha señalado), en los pacientes con nivel educativo alto son especialmente bien valoradas la religión-espiritualidad y los factores asociados a la recuperación de la vida previa, muy por encima de los otros grupos según nivel de estudios, que valoran los factores de resiliencia de forma muy similar, mayoritariamente los sociofamiliares.

6. Recibe tratamiento farmacológico previamente al 11M: Destaca que los pacientes con mayor percepción de superación son los que se encontraban previamente en tratamiento, si bien no hay diferencias significativas, pero en este caso el

encontrarse previamente en tratamiento farmacológico con psicofármacos resulta un factor favorable para la percepción de superación de la experiencia traumática, lo que choca con los estudios sobre pacientes 11M realizados, que lo consideran el factor que más se correlaciona con el desarrollo de sintomatología psiquiátrica (308). No hay diferencias significativas en la evaluación de los servicios sanitarios, según si estaban previamente en tratamiento, el encontrarse en tratamiento farmacológico no determina diferencias en la evaluación de los servicios sanitarios, que en ambos grupos reciben una buena valoración (los pacientes que se encontraban en tratamiento con psicofármacos no tienen porqué ser en este CSM). Tampoco hay diferencias significativas en la evolución en relación a estar previamente en tratamiento, si bien destaca que los pacientes que no estaban en tratamiento abandonan para buscar ayuda en otro sitio con más frecuencia, mientras que los que sí estaban en tratamiento previamente al 11M abandonan porque creen que no les ayuda el acudir y para salir solos. Esto choca con estudios realizados en la misma población, pero entre las cinco y las doce semanas tras los atentados, en los que el mayor indicador para sufrir patología psiquiátrica era el estar en tratamiento previamente con psicofármacos (308), y además concuerda con que no sean los pacientes que estaban tomando psicofármacos los que reciban más citas de media. Es decir el estar tomando un tratamiento farmacológico no se asocia con mayor adherencia al tratamiento, los pacientes abandonan, si bien no es para buscar tratamiento en otro lugar, sino para continuar solos sin tratamiento. Finalmente en cuanto a los factores de resiliencia que creen que más les han ayudado tampoco hay diferencias significativas, pero los que tomaban tratamiento farmacológico previamente valoran más los factores asociados al tratamiento recibido (aunque esto no se relaciona con mayor adherencia o con mejor evolución).

7. Ha acudido a la urgencia psiquiátrica: No hay diferencias en la percepción de superación de la experiencia según si los pacientes han acudido a la urgencia psiquiátrica durante el periodo de seguimiento, si bien llama la atención que son los pacientes que han acudido a la urgencia psiquiátrica, posiblemente con síntomas más graves, los que tienen una percepción de superación mayor que los que no han acudido. Esto puede traducirse en que el acudir a la urgencia, a pesar de mayor gravedad que se presupone supone recibir una ayuda terapéutica para estos pacientes que influya en la percepción de superación (además por supuesto que otros factores). Además aunque tampoco hay diferencias significativas los pacientes que mejor valoran la ayuda

sanitaria son los que han acudido a la urgencia (más que los que no), lo que va a favor de que el haber acudido a la urgencia es un factor terapéutico de cierta relevancia que influye en la valoración de la ayuda recibida y en la percepción de superación de la experiencia traumática.

Por otro lado, el haber acudido a la urgencia psiquiátrica no es un factor que marque diferencias significativas en la evolución, pero los pacientes que han acudido a la urgencia abandonan en más frecuencia porque creen que se encontraban bien y abandonan menos para buscar ayuda en otro sitio, lo que puede indicar que es un factor también de relevancia para la adherencia terapéutica y la buena evolución, aunque también los pacientes que acudieron a la urgencia reciben también más citas en el CSM (no significativo). Los pacientes que acuden más a la urgencia psiquiátrica son los que son usuarios habituales de esa línea de tren y los que tienen antecedentes de hechos traumáticos en el pasado (diferencias estadísticamente significativas), al igual que existen en relación al dispositivo de tratamiento, acudiendo más a la urgencia los pacientes tratados en el Hospital de Día.

Finalmente los pacientes que han acudido a la urgencia, valoran más los factores de resiliencia asociados al tratamiento que los que no. Si bien no hay tampoco diferencias significativas. Según estos hallazgos, aunque sin diferencias significativas, el acudir a la urgencia se asocia a mejor percepción de superación, valoración de la ayuda recibida y valoración de variables de resiliencia asociadas al tratamiento en los pacientes de esta muestra.

8. Tipo de afectado: Destaca que tampoco el tipo de afectado sea un factor que determine diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a la percepción de superación. Esto es llamativo porque en la mayoría de los estudios un factor a tener en cuenta en la superación satisfactoria de una situación traumática es el tipo de situación traumática, y también el grado de afectación del individuo que la ha sufrido, y que en estudios previos, a mayor grado de afectación y secuelas peor evolución (223, 228). De la misma forma que es más fácil que se pueda vencer la ansiedad que pueda suponer coger un coche tras un accidente si este es leve que no si uno ha resultado herido de consideración es también más sencillo a priori que uno pueda afrontar y superar una situación traumática si no ha sido herido, o ha sido de manera leve, que no si ha resultado herido grave. Sin embargo en esta muestra no hay diferencias estadísticas en la percepción de superación según el tipo de afectado, aunque los que han sido

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

afectados indirectos tienen una percepción de superación mayor que los directos, esto sí coincide con estudios previos (231), no hay diferencias significativas, y tampoco dentro de los subtipos de afectados directos (de menos a más gravedad) existen diferencias estadísticamente significativas. La explicación podría estar en la llamativa escasa muestra de afectados indirectos, y que dentro de los directos la mayoría habían resultado ilesos, dificultando por cuestiones de muestra que pudiesen aparecer diferencias mayores.

No existen diferencias significativas en la evaluación de los servicios sanitarios, en relación al tipo de afectado, aunque son los afectados indirectos, que en principio requirieron menos de los servicios sanitarios los que muestran una mejor valoración que los directos, que con seguridad usaron más los servicios sanitarios, lo que resulta llamativo. Quizás el menor grado de afectación en los afectados indirectos pudiera facilitar una valoración más bondadosa de la ayuda sanitaria, o que el no resultar dañados influya en la valoración de la ayuda recibida.

Tampoco hay diferencias significativas en la evolución de los pacientes según el tipo de afectado, lo que resulta llamativo. Como hemos comentado, un factor a tener en cuenta para la evolución tras una situación traumática es la intensidad del trauma (5,231), que en el caso de los afectados directos, por el hecho de estar presentes es mayor que los indirectos, si bien estos pudieron perder a seres queridos, no estaban en los trenes, y lo que es innegable es que para los afectados directos había diversos grados de afectación, siendo en principio una situación más traumática estar en los trenes y resultar herido (y de qué gravedad), que estar pero resultar ileso, o no estar en los trenes a pesar de que sí estuviese algún ser querido. Una posible explicación podría estar en que como se comentaba antes la muestra de afectados directos está compuesta sobre todo por pacientes que resultaron ilesos, lo que puede marcar la ausencia de diferencias significativas en la evolución a pesar de que la situación pudo ser más traumática a mayor grado de afectación como muestran los estudios (5,231), también destaca que los pacientes que resultaron afectados directos recibieron en mayor medida la ILT, aunque esto no influya en la evolución.

Sí existen diferencias significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en los retornos tras el alta según el tipo de afectado, cuestión que sin duda es un marcador de evolución, los afectados directos retornaron más tras el alta, la mayoría de los retornos se produjo en ciudadanos que habían sido afectados directos, lo que plantea la posibilidad que si bien en un principio no existan diferencias en la evolución durante el periodo de

seguimiento, éstas sí que aparezcan posteriormente, en cuanto a que los afectados directos necesiten tratamiento después de haber sido dados de alta (los menos), o de abandonar por los motivos que sean (los más). Este hallazgo en parte coincide con los estudios previos que indican peor pronóstico a mayor grado de secuelas físicas, y también con los hallazgos en estudios de atentados terroristas (231,304).

Finalmente tampoco hay diferencias significativas en los factores de resiliencia que los pacientes creen que más les han ayudado en relación al tipo de afectado. El tipo de afectado no parece ser un factor que determine los factores de resiliencia que le son más útiles a los pacientes. Ninguno de los dos grupos valoran especialmente los asociados al tratamiento, lo que es congruente con que tampoco haya diferencias en la valoración o la percepción de superación, y los dos grupos valoran especialmente las variables sociodemográficas.

9. Antecedentes de tratamiento psiquiátrico: La primera cuestión choca con los estudios sobre este tema (15), en esta muestra no hay diferencias significativas en la percepción de superación en relación a que el paciente presente antecedentes de tratamiento psiquiátrico en el pasado, es decir, el hecho de tener antecedentes de tratamiento previo no determina que el paciente tenga peor sensación de superación de la experiencia traumática, en contra de lo que resaltan los estudios que consideran que los antecedentes psiquiátricos son un factor de riesgo para desarrollo de clínica (TPET o de otro tipo tras una situación traumática) (16). Entre las explicaciones podríamos destacar que, por un lado, se pregunta al paciente sobre su percepción subjetiva de superación, no se pasan escalas de patología mental de diagnóstico o screening, por lo que sí puede existir ese mayor riesgo de patología mental en los pacientes con antecedentes, pero aún así llama la atención que su percepción de superación sea buena en todo caso, y mejor que en el caso de los pacientes sin antecedentes previos, aunque sin escalas que afiancen esta vivencia. Otra causa posible de este resultado contradictorio (respecto a los estudios previos), pudiera ir en la línea de que son pocos los pacientes con antecedentes de tratamiento psiquiátrico, lo que puede dificultar que hubiese resultados estadísticos significativos ante la escasez de la muestra. Este hallazgo tampoco concuerda con los estudios sobre atentados terroristas (295,304), en cuanto a que en éstos el presentar antecedentes de hechos traumáticos marca un peor pronóstico y un mayor riesgo de patología psiquiátrica. Es más, en nuestra muestra, incluso un paciente consideró como factor de resiliencia más importante para la

superación de la experiencia traumática previa el haber pasado por una situación traumática previamente.

Por otro lado los pacientes con antecedentes de tratamiento psiquiátrico valoran mejor la atención recibida y su utilidad que los que no, aunque no hay diferencias estadísticas. Posiblemente el hecho de haber acudido previamente a Salud Mental facilite el mejor procesamiento de la situación traumática, y que la valoración sea mejor (también pacientes que acudieron con un mismo terapeuta en las dos ocasiones), lo que puede facilitar la alianza terapéutica y facilitar una mejor valoración.

En la evolución el contar con antecedentes de tratamiento psiquiátrico tampoco influye en la evolución, no hay diferencias significativas en la muestra, sin embargo llama la atención que aquí sí parece que los que no tienen antecedentes abandonan más por mejoría clínica, mientras que los que tienen antecedentes abandona para buscar ayuda en otro sitio o porque piensan que tienen que salir solos, aquí sí parece que el tener antecedentes previos de tratamiento psiquiátrico influye en una peor evolución, aunque sin diferencias significativas, al menos en cuanto a que existan mayor número de abandonos. Por el contrario esto choca con que la valoración y la percepción de superación sea mejor en pacientes con antecedentes de tratamiento. Como ya se ha comentado sí existen diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$) en el número de citas recibidas, y en este caso los pacientes con antecedentes de tratamiento reciben muchas más citas, lo que coincide con los estudios previos, al indicar una evolución más tórpida y mayor número de citas, aunque esto no se traduzca, seguramente por la escasa muestra de pacientes con antecedentes de tratamiento psiquiátrico en una peor evolución.

Finalmente la presencia de antecedentes de tratamiento psiquiátrico tampoco determina diferencias significativas en los factores de resiliencia más útiles en esta muestra (tampoco los pacientes con antecedentes valoran significativamente mejor el tratamiento), y los dos grupos mencionan en su mayoría los factores asociados a las variables sociodemográficas.

10. Antecedentes de sucesos traumáticos en el pasado: En contra de lo que muestran algunos estudios sobre la presencia de situaciones traumáticas y su influencia para la adaptación a venideras situaciones similares, en nuestra muestra hay diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en la percepción de superación de la experiencia traumática según si existen sucesos traumáticos en el

pasado. Los pacientes con antecedentes de sucesos traumáticos en el pasado tienen una percepción de superación mayor que los que no los tienen, en la línea de algunos estudios que consideran el haber superado situaciones traumáticas en el pasado útil para posteriores situaciones traumáticas (283,288). Es decir los sucesos traumáticos en el pasado pueden actuar como protectores ante una situación traumática para los pacientes de la muestra, aunque algunos estudios lo consideran más un factor de riesgo que otra cosa, aquí parece que haber tenido experiencias traumáticas previas sirve como forma de protección y proporciona un aprendizaje a los pacientes ante la nueva situación traumática. Es necesario aclarar sin embargo que de nuevo se habla de percepción subjetiva de superación, sin pasar escalas sobre patología mental, pero es muy importante la visión del paciente respecto a la superación de la situación traumática para él, que en nuestro caso indica una mejor disposición en los pacientes que han superado experiencias traumáticas previas. Este resultado tiene todavía más valor ya que son pocos los pacientes de la muestra con situaciones traumáticas previas, existiendo resultados significativos aún con esto. Como ejemplo de este perfil de pacientes sirva el paciente que considera el haber superado experiencias traumáticas previas como lo que más le ayudó a superar este trauma. Este hallazgo no concuerda con los estudios sobre 11S, que encuentran en las experiencias traumáticas previas un factor de riesgo para las situaciones traumáticas futuras (295,304).

De nuevo, aunque sin diferencias estadísticamente significativas en este caso, la valoración de los servicios sanitarios es mejor en los pacientes que tenían antecedentes de situaciones traumáticas en el pasado, quizás esto puede influir en que la percepción de superación sea mejor, desde un mejor aprovechamiento de la ayuda recibida. No parece sin embargo que aunque estos pacientes tuviesen en su biografía situaciones traumáticas esto sea algo que influya en que recibiesen un tratamiento diferente, ya que como se ha señalado este no es un factor que determine una mejor valoración, sin embargo los pacientes con antecedentes de tratamiento valoran más la ayuda recibida.

La evolución no está marcada por la presencia de hechos traumáticos, no hay diferencias significativas en la muestra, por tanto si bien la valoración subjetiva sobre la superación de la situación traumática es mejor en pacientes con hechos traumáticos previos esto no se ve reafirmado porque existiese una mejor evolución, además esto choca con que los pacientes con antecedentes de sucesos traumáticos en el pasado retornen más tras el alta, realicen más intentos de suicidio y acudan más a la urgencia (diferencias estadísticamente significativas Chi Cuadrado $p < 0.05$) que los que no, sin

embargo parece que estas variables no acaban influyendo en la percepción de superación ni en la evolución. Podemos pensar que aunque el grupo de pacientes con antecedentes de tratamiento psiquiátrico tenga al principio una peor evolución (más retornos, intentos de suicidio y visitas a la urgencia psiquiátrica), en posible relación a los antecedentes previos, a los tres años la percepción de superación es mejor y además esto no acaba influyendo en la evolución a los tres años. También destaca que los pacientes con antecedentes de sucesos traumáticos no necesitan más citas en el CSM, no acuden a más que los que no tienen antecedentes.

Tampoco en los factores de resiliencia existen diferencias significativas en relación a la existencia de hechos traumáticos en la biografía, si bien llama la atención que los pacientes con hechos traumáticos en su biografía valoran especialmente el entorno sociofamiliar, mientras que los que no tienen antecedentes de hechos traumáticos valoran más las variables asociadas al tratamiento. Parece que los antecedentes de hechos traumáticos no se traducen en un mejor uso, valoración o aprovechamiento de los servicios sanitarios, sino que estos pacientes, aunque con mejor percepción de superación no es a partir de que los servicios sanitarios les resultasen más útiles, sino de otras cuestiones (quizás un mejor aprovechamiento de sus recursos o el apoyo social), y que el aprendizaje postraumático que pueda presuponerse tras una situación traumática no tiene que ver con que los servicios sanitarios les puedan resultar de más ayuda, como se traduce en una mejor valoración de éstos y en que los factores de resiliencia en relación al tratamiento no son mencionados por ellos, o lo son en menor medida.

11. Nivel socioeconómico: No hay diferencias significativas en cuanto a la percepción de superación subjetiva, destaca que es el nivel económico más bajo los que tienen una percepción de superación más alta, llamativo en cuanto que son los estratos económicos más altos los que puedan tener más facilidades para el afrontamiento (más desahogo económico, posibilidad de otros tratamientos, en principio sin dificultades sociales), si bien el nivel económico no se relaciona con un factor protector tras una situación traumática (231) sin embargo es el estrato más bajo, en el que se encuentra muchos de los inmigrantes afectados, los que tienen una percepción mayor de superación.

Tampoco hay diferencias en la valoración de la atención sanitaria, siendo el estrato económico alto (formado seguramente por muchos pacientes con el nivel de

estudios alto, que también eran los que peor lo evaluaban), los que peor lo valoran, coincidiendo con la mala valoración del estrato sociolaboral alto. Quizás se puede esperar de los estratos socioeconómicos altos mayores expectativas, o que la posibilidad de poder abandonar la terapia porque disponen seguramente de medios económicos para un tratamiento privado hace que lo que esperan de la atención pública sea mayor que en el resto de los estratos socioculturales (medio, bajo, muy bajo), o irreal o desproporcionado, facilitando los abandonos y que se evalúe peor lo recibido, esto concuerda con que sean los pacientes de nivel económico bajo los que más citas reciban. También se puede hipotetizar que los estratos económico-culturales altos, sean más críticos con la atención que puedan recibir, y que esto influya en la valoración.

En la evolución no existen diferencias estadísticamente significativas, a pesar de la mejor percepción de superación y que la evaluación de los servicios sanitarios sea mayor en el estrato bajo, esto no se ve reflejado en una mejor evolución. Tampoco existen diferencias en relación al estrato económico en el número de veces que acuden a urgencias ni en que reciban más citas en relación al estrato económico.

No hay diferencias tampoco significativas en los factores de resiliencia en relación al nivel socioeconómico, todos los estratos económicos valoran de mejor manera a los factores asociados al entorno sociofamiliar.

12. Situación laboral en el momento del 11M: No se objetivan diferencias en la percepción subjetiva de superación. Independientemente de la situación laboral de los pacientes, los porcentajes son muy similares, este hallazgo chocaría con estudios que hablan de la situación laboral activa como un factor protector para la patología mental (238), aunque de nuevo aquí se preguntaba al paciente por su percepción, sin que existan escalas que indiquen que dicha percepción sea equivalente a patología mental en el caso de que no fuera buena.

Tampoco hay diferencias en la valoración de los servicios sanitarios, en relación a la situación laboral.

No hay diferencias estadísticas tampoco en la evolución, en relación a la situación laboral, sin embargo todos los estudiantes de la muestra dejaron de ir porque se encontraban mejor, lo que no deja de ser chocante, y que quizás indique un pronóstico más benigno en el curso tras un acontecimiento traumático en este grupo, por reunir una serie de cualidades habitualmente que podrían resultar protectoras (edad, apoyo familiar, convivencia con familia de origen). También destaca, que

seguramente en relación a una situación económica más relajada, todos los pacientes que abandonan para iniciar tratamiento en otro lugar, son trabajadores activos, y que son los pacientes sin trabajo los que mayor número de citas reciben, destacando a las amas de casa, lo que concuerda con los estudios sobre análisis de la demanda realizados (292).

Finalmente no hay diferencias estadísticas en los factores de resiliencia en relación a la situación laboral, a destacar que los trabajadores activos no valoran especialmente bien el trabajo como factor de resiliencia, y que en los dos grupos el apoyo sociofamiliar es el más valorado y no especialmente los asociados al tratamiento (aunque los pacientes en situación laboral no activa los valoran más que los trabajadores).

13. Recibió la ILT: No existen diferencias significativas en la percepción de superación subjetiva, en relación a si se recibió la ILT durante el tratamiento o no. Llama la atención sin embargo, que los pacientes que recibieron la ILT tenían mejor percepción de superación que los que no la recibieron, es decir, los pacientes a los que hay que suponerles mayor gravedad, que son los que recibieron la ILT, piensan que han superado la experiencia traumática de una manera sana en mayor medida que los que no la recibieron, en esta línea, se puede pensar en una ILT en un momento determinado ante un paciente que ha sufrido una experiencia traumática (durante los primeros días), como un factor que podría tener una acción terapéutica en un momento dado, quizás facilitando el rol de enfermos, con lo que esto conlleva como comentaba Pearson, (disminución de responsabilidades, mayor apoyo por parte del entorno sociofamiliar...).

No existen diferencias significativas en la evaluación de los servicios sanitarios, sí destaca que los pacientes que recibieron la ILT la valoran mejor que los que no la recibieron (93% por 88%), parece que también recibir la ILT facilita que se valore mejor la atención recibida, partiendo de la base de considerar la ILT como parte del proceso terapéutico con el paciente, como puede ser durante los primeros días.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la evolución (Chi Cuadrado $p < 0.05$), según si los pacientes recibieron la ILT o no. En general se puede decir que los pacientes que recibieron la ILT evolucionan mejor que los que no la recibieron (a pesar de la mayor gravedad supuesta a priori para los primeros). Los que recibieron la baja abandonan más por mejoría (40% por 33% de los que no recibieron

baja) y ninguno de ellos abandono para buscar ayuda en otro sitio (la baja puede que facilite la adherencia al tratamiento), por el contrario, los pacientes que no recibieron la ILT abandonan con frecuencia para buscar ayuda en otra parte (18% del total) y abandonan más porque creen que no les ayuda el acudir (11% del total). Es decir, estos hallazgos indicarían cierta función terapéutica de recibir una ILT en una situación traumática, al menos en esta muestra. Habría que determinar lo que recibe el paciente cuando se le da la baja, lo que realmente le resulta terapéutico de ello, se le exime de unas responsabilidades laborales, pero también seguramente sociales y familiares, asignando al paciente un rol de enfermo con una conocida función terapéutica, que puede facilitar el posterior proceso terapéutico (la mayoría de las bajas se dieron por motivo psiquiátrico en los primeros momentos del tratamiento). Es de suponer que la ILT tiene que tener una serie de condiciones para que cumpla esta función y no acabe yendo contra la autonomía del paciente en el caso de que se prolongue mucho o tenga consecuencias negativas (despido laboral, acarree dificultades económicas...), generando iatrogenia, y faltaría conocer cuáles son el tipo de bajas que cumplen esta función, si se le quiere dar una función terapéutica (principalmente duración y momento en el que habría que facilitar el alta del paciente). Destaca también que los pacientes que recibieron la ILT retornaron menos tras el alta, lo que habla también de una función terapéutica. A la vista de estos hallazgos puede ser un área interesante para futuras investigaciones, tratando de responder preguntas como adecuación de la baja para todas las patologías psiquiátricas o algunas, con qué perfil de pacientes, en qué momento de la evolución....pero a la vista de lo obtenido en la muestra la evolución es mejor en los que recibieron la baja durante los primeros meses.

También existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en los factores de resiliencia que los pacientes creen les han ayudado en el afrontamiento de la situación traumática. Los pacientes que recibieron al ILT valoran más los factores asociados al tratamiento (20% por 18%), esto indicaría que la ILT no es un factor determinante en la valoración del tratamiento, solo un 2% de diferencia entre los dos grupos, lo que indicaría que a pesar de la función terapéutica antes mencionada, los pacientes no la valoran como algo que forme parte del proceso terapéutico, o que sea algo asociado a los factores de resiliencia, por lo que la mejor valoración de la ayuda sanitaria de los que recibieron la ILT no tiene porqué ver directamente con el hecho de recibir la baja. Los pacientes con la baja también valoraron más los factores asociados a las características propias del individuo (6.6%

por 3.7%), casi el doble, la posible relación podría estar en que recibir la ILT hace al paciente más consciente de ellas, o lo suficientemente como para poder valorarlas, especialmente el carácter. Valoran más los factores asociados a las consecuencias del trauma (6.6% por 3.7%), también el recibir la ILT puede hacer al paciente más conscientes de ellas y utilizarlas como recursos resilientes. Los factores asociados las vivencias previas del individuo (6.6% por 3.7%), sin que parezca que esto tenga más relación con la baja como el hecho de que es más fácil recibirla si uno tiene vivencias traumáticas previas y finalmente de manera curiosa los factores asociados al trabajo (6.6% por 0%), es decir, solo los pacientes que recibieron la baja valoran el trabajo como factor de resiliencia, esto podría indicar que tras recibir la baja y posteriormente incorporarse, el trabajo actúa como un factor de resiliencia, que ayuda en la situación traumática, cosa que no sucede con los pacientes a los que no se les da la baja. Es como si fuera necesario estar de baja para que el trabajo pueda ayudar en el proceso terapéutico posteriormente, o también se puede interpretar como que a los pacientes a los que se les da la baja, esto no les ayuda, y sí les ayuda el trabajar, pero si fuera de esta manera el trabajo también aparecería señalado por al menos algún paciente de los que no se les dio la baja.

Por otro lado a los pacientes a los que no se les dio la baja valoran más los factores asociados al entorno sociofamiliar (55% por 33%), quizás quienes no recibieron la baja, al disponer de menos tiempo libre aprovecharon mejor los apoyos sociales, al igual que puede suceder en los asociados a las relaciones interpersonales (7.4% por 0%).

14. Existe consumo de tóxicos: No se objetivan diferencias estadísticas en la percepción de superación en relación a que exista consumo de tóxicos, destaca sin embargo que la percepción de superación es bastante mayor en los pacientes que no consumen tóxicos (61%), por solo un 37.5% en los pacientes que consumen. Es decir, el consumo de tóxicos se podría considerar como un obstáculo cara a la superación de una forma sana de la experiencia traumática, esto coincide con su inclusión en muchos estudios como un factor de riesgo (231), al igual que se encontró en los estudios sobre 11S, en este caso en relación a la peor evolución cuando existía consumo de alcohol (295,304). Se ha comentado, que dentro de las estrategias desadaptativas de coping para el afrontamiento de las situaciones traumáticas, el consumo de tóxicos puede ser una de ellas, y que hay algunos pacientes que ante situaciones traumáticas, y

seguramente para mitigar parte de la sintomatología acompañante consumen tóxicos, los estudios muestran mayor dificultad en el afrontamiento ante el uso de estas estrategias de coping (279), aspecto que queda reseñado en estos resultados, pero con un matiz, en la mayoría de los estudios se enfocan los resultados a empeoramiento clínico ante una patología (en este caso reacción aguda o crónica ante estrés), mientras que aquí lo que queda patente es que los pacientes que consumen tóxicos tras una situación traumática, perciben mayor dificultad para la superación de una manera sana. Es decir, no solamente hay una mayor dificultad objetiva, que muestran la mayoría de los estudios, sino que también el percibe esa mayor dificultad (faltaría ver si lo asocia al consumo de tóxicos, y esta es un de las causas, o si creen que este consumo es una consecuencia de dicha dificultad inicial). Seguramente de haber tenido una muestra mayor de pacientes consumidores de tóxicos se hubieran tenido diferencias significativas.

Tampoco hay diferencias significativas en la valoración sanitaria, en relación a que el paciente consuma tóxicos, destaca sin embargo que los pacientes consumidores evalúan peor la atención recibida.

No se ven diferencias significativas en la evolución, en relación a que el paciente consuma o no tóxicos, de nuevo la escasa muestra de pacientes consumidores podría ser la causa, porque lo que sí se objetiva, es que los pacientes consumidores abandonan el tratamiento en mayor cuantía que los no consumidores, lo que puede indicar también estas dificultades en el afrontamiento de lo traumático, que ya ha quedado patente en la percepción subjetiva de superación, así como que los pacientes no consumidores abandonan más por mejoría.

Por último aunque no hay diferencias significativas en los factores de resiliencia, sí se ve que los pacientes consumidores de tóxicos, a pesar de la peor evaluación de los servicios sanitarios y el mayor índice de abandonos, mencionan en mayor medida las variables asociadas al tratamiento (25% por 13.8% de los que no consumen), esto podría indicar que estos pacientes sí consideran que la ayuda recibida ha sido adecuada, pero por otros motivos han decidido abandonar, no por estar descontentos del tratamiento. Podríamos hablar de un modo de afrontamiento de la situación traumática basado en la evitación, y dentro de esto podría encuadrarse el consumo de tóxicos y el abandono del tratamiento, de nuevo estas estrategias de afrontamiento podrían ser la causa de esa gravedad clínica o bien ser la consecuencia de dicha gravedad sintomática (279), que impide que el paciente puede afrontar la

situación traumática de otra forma, esto iría a favor del peor pronóstico encontrado en estudios sobre el uso de estrategias de coping evitativas tras experiencias traumáticas.

15. Era usuario habitual de ese tren: No hay diferencias significativas en la percepción de superación según si el paciente es o no usuario habitual de ese tren, quizás se pudiera esperar que la situación fuese aún más traumática si cabe para los usuarios habituales del tren, que necesitan usarlo a diario para desplazarse a su lugar de trabajo o estudios, pero esto no se ve en los resultados.

Tampoco se objetivan diferencias significativas en la valoración sanitaria, en relación a que fuesen o no usuarios, siendo adecuada en ambos grupos.

En cuanto a la evolución, tampoco hay diferencias significativas, aunque sí destaca que los pacientes que no eran usuarios, abandonan el tratamiento en un porcentaje bastante mayor que los que son usuarios (60% del total por 41%), detrás de esto podemos encontrar, o bien una menor gravedad para los no usuarios, que por eso abandonan antes, lo que iría a favor de la hipótesis inicial, en cuanto a que el acontecimiento es más traumático para quienes necesitan usar ese tren a diario, o bien lo contrario, y una mayor gravedad clínica, que hace que decidan abandonar por otros motivos, ninguna de las dos hipótesis puede quedar confirmada o refutada, ya que no hay diferencias en la evolución o en la percepción de superación. La otra posibilidad que es que estos pacientes abandonasen porque creen que no recibían una atención útil o adecuada queda refutada al no haber diferencias en la evaluación de los servicios sanitarios.

Sin embargo en los pacientes que son usuarios habituales existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en que acuden más a la urgencia psiquiátrica y realizan más intentos de suicidio durante el tratamiento, indicadores ambos factores de una evolución más tórpida durante los tres años de seguimiento, aunque esto no quede contrastado en los resultados finales, pero sí parece que el ser usuario de la línea de tren produce un mayor grado de malestar psicológico que se traduce en más intentos de suicidio y visitas a la urgencia, por las consecuencias comentadas de los atentados para los usuarios habituales.

Finalmente, no hay diferencias en los factores de resiliencia que los pacientes creen que más les han ayudado en el afrontamiento de lo traumático en relación a que el paciente sea o no usuario habitual de ese tren.

16. Era usuario habitual de esa línea de tren: De nuevo en esta pregunta se parte de la hipótesis de que el estallido de los trenes resulta más traumático para quienes cogen todos los días ese tren, que para los que estaban allí de manera accidental, como señalan estudios previos el trauma es peor vivido cuando sucede como algo que rompe la rutina del individuo que no cuando sucede por azar (279). Tampoco hay diferencias significativas en la percepción de superación según si el paciente es o no usuario habitual de esa línea de tren, con lo que queda de nuevo refutada la hipótesis inicial, si bien como en la anterior pregunta con similares causas. No hay diferencias significativas en la evaluación de los servicios sanitarios.

Tampoco hay diferencias en la evolución, pero al igual que en la anterior pregunta, los pacientes que no son usuarios habituales de esa línea de tren, abandonan en mayor medida que los que sí que los son (60% por 41%), entre las causas de nuevo podríamos indicar que estos pacientes necesitasen menos la atención sanitaria y por eso abandonasen antes. También realizan más intentos de suicidio y acuden más a la urgencia de manera estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

La similitud en estos resultados y los de la pregunta anterior nos llevan a la explicación de que ambos grupos de pacientes fuesen muy similares, y que la mayoría de los que cogían las líneas de tren siniestradas cogían siempre el mismo tren a la misma hora.

Finalmente no hay diferencias significativas en los factores de resiliencia en relación a que los pacientes sean o no usuarios de la línea de tren.

17. Dispositivo en el que recibió tratamiento principalmente: El dispositivo en el que los pacientes recibieron tratamiento principalmente nos puede servir para conocer qué pacientes y según en qué dispositivo evolucionaron mejor, o quiénes lo valoran más. Hay que indicar que las técnicas, estrategias y tratamientos farmacológicos usados, pueden ser diferentes en los diferentes dispositivos y que el paciente lo puede vivir de formas distinta (más o menos útil...).

No hay diferencias significativas en la percepción de superación, sin embargo los pacientes que acudieron al Hospital de Día, tienen una percepción de superación sana de la experiencia en el 63% de los caso, bastante más alta que la media general, y los pacientes que acudieron al CSM (54%), existiendo una amplia diferencia entre los pacientes que se trataron aquí y en el resto de dispositivos. Habría que detenerse a pensar por qué, a igualdad prácticamente de condiciones de tratamiento, hay

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

dispositivos en los que los pacientes tienen una mejor percepción de superación, suponiendo que los pacientes se repartieron en cuanto a gravedad en los diferentes dispositivos. Analizando sin embargo las diferencias en cuanto a los tratamientos, en el Hospital de Día además de en los casos que fue necesario en los que se usó tratamiento farmacológico se utilizaron técnicas de tratamiento grupal, no utilizadas en el CSM, que quizás pueda explicar la mejor valoración de los pacientes.

En cuanto a la evaluación de los servicios sanitarios, destaca, que en general es buena en todos los dispositivos (100% buena para los pacientes de otros dispositivos, 90% para los del Hospital de Día y 88% para los que acudieron al CSM), llama la atención que la valoración más alta es la de otros dispositivos, que coincide con los pacientes que tienen una percepción de superación peor, por lo que ante la buena valoración habría que inclinarse a causas clínicas, como causa de esa peor percepción de superación, más que causas asociadas al tratamiento que recibieron, en otras dificultades que puedan influir en el tratamiento y la evolución que se dan en estos pacientes (derivados desde Servicios Sociales,), que puedan tener dificultades económicas, desestructuración familiar, bajo apoyo social....

En relación a la evolución, tampoco existen diferencias estadísticamente significativas, destaca que el porcentaje de abandonos más alto por mejoría clínica, corresponde llamativamente (y a pesar de ser los que tienen la percepción de superación más bajo) a los pacientes que se trataron en otros dispositivos, con un 35% de abandonos por mejoría, seguido del Hospital de Día, con 32%. En el caso de pacientes tratados en el CSM el porcentaje de abandonos por mejoría fue del 28%, destacando que en general los pacientes que más abandonan el tratamiento, por los motivos que fuesen son los del CSM (54.7% de abandonos del total), a pesar de tener una buena percepción de superación y evaluar bien la atención recibida, lo que no deja de ser chocante. Los motivos de abandono principales fueron el horario, que rechazasen la ayuda y que no les ayudase el acudir, en los otros dispositivos el porcentaje de abandonos fue menor por estas causas (27% en Hospital de Día y 33% en otros dispositivos). Por otro lado, dentro de la evolución destaca que existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en el número de visitas a la urgencia durante el tratamiento, los pacientes del Hospital de Día fueron los que más acudieron a la urgencia (25%, seguido de los del CSM 11%, y otros dispositivos 8%), lo que concuerda con la función terapéutica que puede ser para un paciente acudir a la urgencia, ya que los pacientes del Hospital de Día son los que

tienen una mejor percepción de superación. Los pacientes del CSM fueron los que más retornaron a tratamiento tras el alta, 17.1%, seguido de los de otros dispositivos 9%, en el caso de los pacientes del Hospital de Día ninguno retornó tras el alta, existiendo diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$).

Por último no hay diferencias significativas en los factores de resiliencia. Llama la atención, la elevada valoración de los factores asociados al tratamiento en los pacientes que fueron al Hospital de Día (36% lo señalan), y en otros dispositivos (22%), en ambos casos superior a la media, mientras que solamente el 7% de los que acudieron al CSM señalan las variables asociadas al tratamiento. Esto llama la atención aún más si lo comparamos con los resultados previos, que señalan una peor percepción de superación de los pacientes de otros dispositivos y la buena valoración de la atención recibida, parece que les ayudó el acudir, abandonaron menos, pero que aún así la percepción de superación no es buena para estos pacientes, podríamos asociarlo a mayor gravedad clínica o factores socioeconómicos (por eso recibieron tratamiento en otros dispositivos, como los servicios sociales). Esta hipótesis no que da apoyada por los resultados ya mencionados de evolución en relación al nivel económico, por lo que habría que buscar otras explicaciones. La mayor valoración del tratamiento como factor de resiliencia corresponde a los pacientes que acudieron al Hospital de Día, lo que va a favor de las técnicas y estrategias específicas allí utilizadas (grupales).

También destaca la buena percepción de superación de la experiencia de los pacientes que se trataron en el CSM, junto con la buena evolución, pero también que es el grupo con mayor porcentaje de abandonos sin estar en relación con la mejoría. Podríamos pensar que estos pacientes sí les ayudo el acudir, pero que abandonaron (por encontrarse mejor), y que lo que recibieron les sirvió para la superación de la experiencia, lo que no se explica del todo es que los abandonos fuesen por otros motivos y no por mejoría. Esto unido con los pocos pacientes que señalan los factores asociados al tratamiento dentro de este grupo, nos hace pensar que se apoyaron más en otros factores de resiliencia, que les ayudaron aún más que el acudir al CSM. Finalmente en los pacientes del Hospital de Día sí se ve esa relación entre la percepción de superación adecuada, la valoración de los servicios sanitarios y el nombrar los factores asociados al tratamiento. Es en estos pacientes en los que podríamos decir que el acudir les ayudó, la evaluación de lo sanitario es buena, evolucionan bien, y además creen que el acudir al Hospital de Día es uno de los

motivos, todo unido a que no existió ni un reingreso en los pacientes que acudieron allí.

18. Retornos tras el alta: Un aspecto importante a estudiar es la influencia que tiene en los diferentes factores a estudio el retornar tras el alta (independientemente si fue un abandono, los más, o un alta médica, los menos). En principio se puede pensar que estos son pacientes que en la mayoría de los caso dejaron de ir porque pensaban que se encontraban mejor o rechazaron la ayuda, pensaron que tenían que salir solos, para luego darse cuenta de que no encontraban bien del todo y volver a acudir, aunque también habrá algún paciente que recibió el alta médica y luego sufrió o pensó que sufría una recaída. El porcentaje global durante estos tres años de seguimiento de retornos tras alta es del 13.86%.

En los resultados obtenemos, que no existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de superación, que es muy parecida para ambos grupos (los que retornan y los que no), y parece que el retornar tras el alta no condiciona que los pacientes tengan por el hecho de tener que volver una percepción de superación peor.

La evaluación de lo sanitario es también similar, sin diferencias significativas, destaca que es mejor para los que tuvieron que retornar, en consonancia con las expectativas que tendrían al volver a pedir cita (90% por 81%).

La evolución tampoco difiere en ambos grupos, no hay diferencias estadísticas, por lo que podemos decir que el retornar tras el alta no es un factor que influya negativamente en la evolución posterior.

Finalmente tampoco hay diferencias en los factores de resiliencia, tampoco el retornar tras el alta hace que se señalen más los factores asociados al tratamiento como factor de resiliencia.

Las variables sociodemográficas que se asocian a retornar tras el alta son el tener historia de pérdidas recientes, el tener antecedentes de hechos traumáticos en el pasado, el recibir la ILT, el dispositivo en el que el paciente recibió principalmente tratamiento y el tipo de tratamiento recibido.

19. Tipo de sintomatología predominante: La importancia de esta cuestión, radica por un lado en si la sintomatología clínica más importante tras una reacción traumática, está conformada por síntomas encuadrados dentro de las reacciones ante

gran estrés (agudo o crónico), sintomatología por tanto de reexperimentación, evitación, rumiativa... o si por el contrario predominan más cuadros de corte afectivo, ansioso, mixtos, y también el determinar la presencia de cuadros psicóticos o de otro tipo.

Ya se ha mencionado los cuadros clínicos que los pacientes de la muestra presentaban previamente, pero otra parte importante es saber si existe relación, y de qué tipo entre los síntomas clínicos predominantes y la percepción de superación de la experiencia (si hay determinada sintomatología que se asocia con mejor o peor percepción de superación sana de la experiencia), también el determinar si la clínica predominante influye en la evaluación de los servicios sanitarios, en la evolución y si por último hay sintomatología que se asocia a utilizar determinados factores de resiliencia.

En primer lugar sí hay diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en la percepción de superación de la experiencia traumática en esta muestra. Los pacientes con mejor percepción de superación son aquellos con clínica predominantemente ansiosa diferente de las anteriores, de los que el 100% cree haber superado sanamente la experiencia, si bien con una muestra escasa. El 80% de los pacientes con clínica afectiva también piensan a los tres años que han superado sanamente la experiencia, al igual que el 100% de los pacientes que presentaron sintomatología psicótica (solo un paciente). Por el contrario, cuentan con peor percepción de superación los pacientes con clínica predominante del espectro de reacción ante gran estrés, así los pacientes con clínica predominantemente evitativa piensan que lo han superado sanamente el 63.5%, pacientes con clínica predominantemente de reexperimentación el 54% y de hiperactivación el 42%, finalmente pacientes con clínica somática piensan que lo han superado el 50%.

A la vista de estos resultados podemos pensar que hay síntomas, o grupos de síntomas que condicionan mayor dificultad para que el paciente piense que ha superado lo traumático, es curiosamente los síntomas más relacionados con una reacción ante estrés agudo o crónica según las clasificaciones psiquiátricas (por otro lado los más frecuentes en la muestra), los que tienen una peor percepción de superación, al igual que pacientes con sintomatología predominantemente somática.

Parece que la presencia de esta clínica pudiera condicionar un mayor sufrimiento, o que permaneciese más tiempo, condicionando la percepción sobre la superación de los supervivientes. Por el contrario los cuadros de predominio ansioso o

afectivo (y anecdóticamente el de el paciente con clínica psicótica), tienen una mejor percepción de superación, bien por ser síntomas que remiten antes, son de menor intensidad o permiten llevar una vida más normalizada, pero la percepción de superación es buena. En relación a estos resultados podemos hipotetizar que determinados síntomas ante una reacción traumática, son más “agresivos” para los pacientes y condicionan lo que ellos consideran que es su vida cotidiana, impidiendo una readaptación sana, faltaría conocer en donde radica esta dificultad, y si tiene que ver con la propia sintomatología o bien en mayores dificultades para la adaptación por parte de los pacientes.

También existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en la evaluación de los servicios sanitarios dentro de esta muestra, aunque la evaluación es buena por parte de todos los grupos de pacientes, no todos evalúan por igual la atención sanitaria, estando esto en relación además con la percepción de superación. Los pacientes que tenía peor percepción de superación son los que peor evalúan la atención sanitaria recibida, un 75% de los pacientes con clínica somática evalúan la atención recibida como buena, un 81% de los pacientes con clínica de reexperimentación y un 83% los pacientes con clínica de hiperactivación, todos por debajo de la media. En opuesto, los pacientes con mejor percepción de superación son los que mejor evalúan la atención recibida, que es calificada como útil y adecuada por un 90% de los pacientes con clínica evitativa, un 90% por los pacientes con clínica afectiva y un 100% de los pacientes con clínica psicótica y ansiosa.

Esta relación puede hacernos pensar en una relación entre como se evalúa si la atención sanitaria fue adecuada y útil y la percepción de superación, condicionadas ambas variables por el tipo de síntomas que los pacientes presentan. Así la clínica podría condicionar por un lado la percepción de superación y la valoración de lo sanitario. Faltaría determinar sin embargo si depende de la clínica que los pacientes presenten que no sean capaces de utilizar todo el potencial que puede sacarse de un tratamiento, o si bien en determinados casos con un tipo de clínica concreta, la atención no es tan útil y adecuada, y cuáles son las causas.

No existe sin embargo diferencias en la evolución en relación al tipo de sintomatología, si nos atenemos a los resultados anteriores, parece que la clínica puede influir y mucho en la evolución (si influye en la percepción de superación y en la valoración sobre la atención recibida y su utilidad), pero estos resultados no se objetivan con diferencias en la evolución.

Las posibles causas pueden ser desde que aunque los pacientes tienen una peor percepción de superación y de valoración sanitaria, esto no influye en la posterior evolución, bien porque los pacientes dejan de ir antes de tiempo por los motivos que sean, impidiendo ver si hay diferencias en cómo evolucionan, o porque los abandonos se reparten por igual entre los que dejan de ir porque se encuentran bien y los que dejan de ir por otros motivos (rechazan la ayuda, creen que no les ayuda ir...).

Finalmente, tampoco hay diferencias en los factores de resiliencia más mencionados según la sintomatología predominante. Es adecuado sin embargo observar en relación a la clínica si los factores de resiliencia mencionados son diferentes, porque podría indicar cómo se utilizan determinadas estrategias de coping o factores de resiliencia según el tipo de clínica, de malestar o de sufrimiento al que el paciente tiene que enfrentarse.

Así los pacientes con clínica predominantemente de reexperimentación mencionan a las variables sociofamiliares y asociadas al tratamiento, los pacientes con clínica evitativa las características propias como el más utilizado (en concordancia con la clínica que muestran), los pacientes con clínica de hiperactivación los factores sociofamiliares, los pacientes con clínica afectiva las características propias del individuo (a destacar como eficacia importante la de este factor de resiliencia, ya que todos los pacientes con este tipo de clínica consideraban que habían superado de una manera sana la experiencia vivida), los pacientes con clínica predominantemente ansiosa señala los factores sociofamiliares y finalmente los pacientes con clínica somática una miscelánea de factores (religión, tratamiento y trabajo), no mencionadas a penas por el resto de los grupos, a destacar también la mala percepción de superación de este grupo.

20. Tenía los papeles de residencia en regla: No existen diferencias en la percepción de superación en relación a que los pacientes tengan en regla los papeles de residencia, los porcentajes fueron muy similares. Es decir este no parece ser un factor que influya en que el paciente crea que no ha superado sanamente lo vivido, si bien a priori se pudiera pensar que el no tener los papeles dificulta la adaptación en muchos aspectos, laboral principalmente y además dificulta la integración social, factor protector para el desarrollo de patologías mentales, no se objetiva en esta muestra que quiénes no estuvieran legalmente en España tuvieran más dificultades, o al menos es la percepción que tienen de superar lo traumático. Entre las posibles causas pueden estar

que la muestra de “ilegales” no es muy alta, y que algunos de ellos tras los atentados volvieron a su país, lo que facilita la superación por incremento de apoyo sociofamiliar a priori.

Tampoco se ven diferencias significativas en la valoración de la ayuda sanitaria. Tal como es necesario, justo e indiscutible que todas las personas que en España demanden atención sanitaria por una causa justificada (los atentados del 11M lo son). Vemos que los pacientes sin papeles que fueron atendidos en nuestro centro, evalúan de una forma adecuada la atención recibida (adecuada y útil el 78%), menor que el de la muestra de ciudadanos legalmente en España (90%).

Concordando con los resultados en la percepción de superación no hay diferencias en la evolución en relación a tener los papeles de residencia, esto iría en contra de nuevo del mayor riesgo de enfermedad mental tras una situación traumática en pacientes no integrados, que muestran algunos estudios (228,229), de nuevo presuponemos que no tener los papeles de residencia es una traba para la integración, aunque de nuevo puede achacarse a la escasa muestra de pacientes sin papeles y a que algunos volvieron a su país. No obstante creemos importante señalar la ausencia de diferencias en relación a este ítem, que podía marcar la evolución. Cabe destacar con todo, que el porcentaje de abandonos en pacientes sin papeles es de casi el 70%, lo que también puede sesgar la utilidad de la ayuda sanitaria desde Salud Mental. Además, destaca, que los pacientes sin papeles retornaron más tras el alta y recibieron un porcentaje de bajas mucho menor que el de ciudadanos con papeles, el número de visitas a la urgencia psiquiátrica fue similar en pacientes con y sin papeles, aunque sin diferencias significativas.

Finalmente tampoco hay diferencias en los factores de resiliencia, a destacar que la muestra de sin papeles mencionó menos las variables sociofamiliares y de tratamiento y más las asociadas a las características individuales y la religión.

21. Tenía problemas idiomáticos: El dominio del idioma es una cuestión fundamental para la integración, la adaptación social, y su ausencia un factor de riesgo para enfermedades mentales, en relación a esto es interesante el comprobar si los pacientes sin dominio del idioma tienen más dificultades en superar sanamente una experiencia traumática o si la evolución es peor.

En la percepción de superación no hay diferencias significativas en relación al conocimiento del idioma, aunque es peor en los que no conocen el idioma (50% por

60%), parece que los pacientes que no dominan el idioma tienen una peor percepción de superación, si bien no hay diferencias, aunque quizás no existan diferencias bien porque los pacientes acaben conociendo el idioma, lo que facilita la superación traumática en parte (301), o porque volvieran a sus países de origen.

Tampoco existen diferencias en la evaluación de la ayuda sanitaria, aunque los pacientes con el dominio del idioma, que lógicamente pueden aprovechar más la ayuda la evalúan mejor (91% buena en los que dominan el idioma por 80% en los que no).

Tampoco en la evolución se objetivan diferencias en relación a si se dominaba el castellano. Esto iría en contra de algunos estudios que postulan el no dominio idiomático como un factor que marca mala evolución, como los del 11S (303). Destaca sin embargo que el porcentaje de abandonos de pacientes que no dominaban el idioma fue muy alto, 75% de abandonos sin incluir los que se produjeron por mejoría.

Finalmente no hay diferencias en los factores de resiliencia que utilizan los pacientes en relación al dominio del idioma, ambos grupos valoran señalan los factores sociofamiliares como los de mayor ayuda.

22. Tipo de tratamiento que recibe: La importancia de determinar la influencia del tipo de tratamiento sobre las cuestiones preguntadas a la muestra de pacientes radica en varias cuestiones: En primer lugar, el saber si existen diferencias según los tipos de tratamiento que los pacientes recibieron en su valoración sobre la percepción de superación. Si esto fuera así, querría decir, que algunos de los tratamientos se asocian a una valoración mejor a los tres años sobre la recuperación tras la experiencia traumática, lo que indicaría que entre las posibles cuestiones que pueden determinar cuál va a ser a los tres años la percepción sobre el grado de superación de una manera sana de la experiencia se encuentran algunos de los tratamientos aplicados, y que algunos de estas variables de tratamiento resultan de más ayuda para la superación de una manera sana.

De igual forma las variables de tratamiento pueden influir en la valoración sanitaria y por supuesto en la evolución. Esto también tiene importancia, porque seguramente existan algunas variables de tratamiento que pueden asociarse con una mejor o peor evolución, partiendo de la base de que no son las únicas cuestiones importantes o esenciales en la evolución. Finalmente también el tratamiento puede tener importancia sobre los factores de resiliencia que los pacientes creen más les han

ayudado en la superación de la situación traumática, en cuanto a que permitan optimizar y aplicar estrategias resilientes, especialmente en el caso de la psicoterapia.

No se objetivan diferencias significativas en la percepción subjetiva de superación, en relación al tipo de tratamiento que los pacientes recibieron. Destaca sin embargo que los dos grupos de pacientes que mejor percepción de superación tienen son los que reciben tratamiento farmacológico únicamente (60% de percepción de superación), y los que recibieron tratamiento mixto, psicoterapia y fármacos, también 60% de estos pacientes creen que han superado sanamente la experiencia vivida. Llama la atención también que son los pacientes que recibieron tratamiento únicamente psicoterapéutico y los que acudieron a psicoterapia de grupo, los que peor percepción de superación tienen (53.8 y 50% respectivamente). Si agrupamos las respuestas en dos grupos (una de pacientes que recibieron psicoterapia individual y grupal, pero sin recibir fármacos), y otro grupo que recibió fármacos (únicamente o junto a psicoterapia), vemos que los porcentajes de pacientes que creen que han superado la experiencia vivida de una manera sana se agrandan. Entre las causas podemos decir que quizás los pacientes que recibieron tratamiento combinado eran los pacientes más graves clínicamente, sobre los que seguramente se aplicaron más recursos, farmacológicos, psicoterapéuticos, más citas y cada menos tiempo, lo que pudo repercutir en su mejoría mayor. Por otro lado los pacientes que solo recibieron tratamiento farmacológico puede que fuesen los menos graves, por lo que no se utilizó psicoterapia, lo que puede explicar una mejor percepción de superación. La otra posible causa, que los pacientes que recibieron tratamiento con psicoterapia abandonasen antes de completar el tratamiento, lo que podría sesgar los datos no se ve en los resultados de la evolución, no abandonan más que los que reciben tratamiento farmacológico.

En cuanto a la evaluación sanitaria, tampoco se objetivan diferencias significativas, los pacientes que mejor valoran la atención sanitaria es a los que se destino mayor número de recursos, los que recibieron tratamiento combinado (95% lo consideraron útil), cifra menor en los que recibieron tratamiento farmacológico (85%), y más bajo aún en los que recibieron tratamiento psicoterapéutico individual (77%), y grupal (75%). Si de nuevo agrupamos en pacientes con tratamiento farmacológico solo o junto a psicoterapia, y los que recibieron tratamiento psicoterapéutico (individual o grupal), los porcentajes también difieren más, 90% creen que la ayuda fue adecuada y útil en el primer grupo y 76% en el grupo de pacientes con psicoterapia. Estos

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

resultados son acordes a los resultados en la percepción de superación de la experiencia, pero llama la atención la valoración menor en los pacientes que recibieron psicoterapia, especialmente si se compara con los que recibieron solamente la modalidad de tratamiento farmacológico.

Respecto a la evolución sanitaria, llaman la atención diferentes aspectos, que marcan ciertas diferencias, si bien no significativas. En los pacientes que recibieron únicamente tratamiento farmacológico, están todos los pacientes que rechazaron la ayuda, es decir, que a pesar que tanto la satisfacción con el tratamiento recibido como la percepción de superación de la experiencia fueron buenas, incluso mejores que en otras modalidades de tratamiento, un número elevado de pacientes de esta modalidad terapéutica abandonó porque rechazó la ayuda. También por el hecho de que un 16% hubiese abandonado en el grupo de tratamiento farmacológico únicamente para buscar ayuda en otra parte, es decir, que sumando, de los 40 pacientes que recibieron tratamiento farmacológico, 10 abandonaron por estas dos causas, lo que puede sembrar dudas sobre la valoración sanitaria y la percepción de superación.

En el caso de los abandonos para el resto de modalidades terapéuticas, destaca en el caso de los que recibieron psicoterapia individual, un 16% de abandonos porque pensaban que no les ayudaba el acudir, esto puede indicar que esta modalidad de tratamiento no resulta de ayuda a todos los pacientes, los motivos podrían ser desde los que tuviesen que ver con el paciente (gravedad, no encontrarse en posición para iniciar una psicoterapia, por motivación...), con el terapeuta, su estilo o el tipo de terapia o bien el momento terapéutico, pero independientemente es un porcentaje de abandonos por esta causa alto. También en esta modalidad hay un alto porcentaje de abandonos por incompatibilidad de horarios (30%), seguramente en relación a la frecuencia de las citas y la duración, posiblemente más y cada menos tiempo que en otras modalidades de terapia.

Respecto a la modalidad de tratamiento psicoterapéutico grupal, destaca que es el grupo con mayor porcentaje de abandonos por mejoría (37.5%), lo que habla bien de esta modalidad de tratamiento, si bien un 25% de los pacientes abandono para buscar ayuda en otra parte, lo que de nuevo nos indicaría que hay pacientes que por las causas que antes mencionadas no pueden aprovechar adecuadamente un tratamiento psicoterapéutico. En este grupo sin embargo no existe ningún abandono porque el paciente crea que no le ayuda, quizás esta es la modalidad de tratamiento en la que los

pacientes salgan con mayor convencimiento de su eficacia, lo que se ve la buena valoración recibida.

Finalmente, en el grupo de los que recibieron tratamiento combinado destaca que es el grupo con el mayor número de abandonos porque no les ayudaba el acudir. En este caso, podemos suponer que el de pacientes más graves, que por eso recibieron ambas modalidades de tratamiento, también es el que cuenta con mayor número de pacientes que abandonan porque piensan que el tratamiento no es eficaz, que no les ayuda, a pesar de ser seguramente el más intensivo y el que usa mayor número de recursos.

Si agrupamos los porcentajes totales los resultados globales son muy similares en cuanto a abandonos por mejoría y abandonos por otros motivos, en la agrupación de pacientes que recibieron psicoterapia (tanto individual como de grupo), los abandonos por mejoría llegan al 38%, y el global del resto de abandonos es del 28%. En el grupo de pacientes con tratamiento farmacológico (solo fármacos o junto a psicoterapia), el porcentaje de abandonos por mejoría es del 25%, y por otras causas del 41%, muy similares, pero algo que llama la atención, es el alto porcentaje de pacientes que abandonan por mejoría, lo que puede indicar que en ocasiones, los pacientes se encuentran mejor de lo que los terapeutas puedan pensar, o al menos lo suficientemente bien como para decidir abandonar el tratamiento. Es decir, que aunque los pacientes se encuentren bien como para decidir dejar el tratamiento está mejoría no es lo suficientemente importante para los terapeutas como para que estos decidan darle de alta. Este resultado hace plantearse por parte de los terapeutas los criterios para el alta en los pacientes de esta muestra, debido al alto porcentaje de pacientes en todas las modalidades de tratamiento que abandonan porque se encuentran bien sin recibir el alta por parte de los terapeutas, que parece que no objetivan o no ven lo suficientemente importante esta mejoría.

Finalmente no existen diferencias significativas en los factores de resiliencia en relación a las diferentes modalidades terapéuticas. Lo más reseñable, es que el que se realicen diferentes modalidades terapéuticas no influye en los factores que los pacientes consideran que más les han ayudado a superar la experiencia traumática.

Más aún, las diferentes modalidades terapéuticas no influyen en que las variables asociadas al tratamiento sean más o menos valoradas, el que existan diferentes tipos de tratamiento no marca diferencias en que estas variables sean más mencionadas como factores de resiliencia. Para los pacientes de esta muestra no hay

una modalidad terapéutica que influya en que se que consideren las variables asociadas al tratamiento en mayor medida.

No hay por tanto diferencias en la evolución según las diferentes modalidades terapéuticas en la percepción de superación ni la evolución, tampoco en los factores de resiliencia. Lo que indicaría que a nivel evolutivo el tipo de tratamiento no condiciona la evolución, que si depende de otras variables, que seguramente tengan que ver con recursos propios y el apoyo del entorno, cuestión señalada en estudios (301).

Existen variables que condicionan el tipo de tratamiento que se recibe, existiendo diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$).

Por ejemplo, destaca que en la nacionalidad, los pacientes del este de Europa reciban tratamiento farmacológico en un 60% de los casos, por un 35% de españoles y un 28% de sudamericanos, y que solo se utilizase psicoterapia individual en un 4.3% de pacientes de Europa del este, por un 18% en españoles y un 9% de sudamericanos. Sin que existan diferencias a penas en el porcentaje de pacientes españoles y sudamericanos en los que se usó fármacos más psicoterapia (35 y 33% respectivamente), siendo menor en el caso de pacientes de Europa del este 17%. Estos hallazgos indicarían que en pacientes que conocen el idioma se usa tratamiento combinado para los más graves, mientras que en pacientes no tan graves se utilizase fármacos o psicoterapia (pacientes sudamericanos y españoles que dominan el idioma), pero que en los pacientes que no dominen el idioma tan bien a priori, no es su lengua materna (Europa del este) se usen mucho más los fármacos.

También en relación al estado civil hay diferencias en el tipo de tratamiento, solteros reciben más medicación y menos psicoterapia que casados (47 y 11% por 31% y 19%).

En relación al tipo de convivencia los pacientes que viven solos reciben tratamiento farmacológico únicamente en un 66%, por un 47% de los que viven con su familia de origen y solo un 26% de los que viven con familia propia, y reciben psicoterapia individual en un 9% por un 3.5% de los que viven con su familia de origen y un 19% de los que viven con su familia propia.

7. RELACIÓN ENTRE VARIABLES DE EVOLUCIÓN DE RESILIENCIA Y DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS:

El objetivo de esta parte del estudio era determinar si existía relación entre las diferentes variables que se trataban de estudiar, es decir, si las variables en relación a la evolución clínica tenían relación con las variables de resiliencia, y estas a su vez con las variables de evaluación de los servicios sanitarios. Esta parte tiene indudablemente una importancia, que es la de saber si las diferentes variables que se estudian están influenciadas unas por otras. Si esto fuera así, determinaría, que algunas de las respuestas a estudio, influyen sobre otras de las cuestiones que se están estudiando, lo que de alguna manera parece tener cierto sentido, es comprensible que si evaluación de los servicios sanitarios esté influida por la evolución, y que los factores de resiliencia por ejemplo influyan en la evolución.

Respecto a la percepción de superación de la experiencia traumática, vemos por ejemplo que existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en relación a la valoración de los servicios sanitarios. En los pacientes que pensaban que recibieron lo que debían recibir por parte de los servicios sanitarios, la percepción de superación de una manera sana se da en el 92%, mientras que en los pacientes que pensaban que no recibieron lo que debían recibir de los servicios sanitarios, la percepción de superación sana se da en el 76%. Es decir, la percepción de superación de la experiencia traumática se ve influida por la valoración sobre la ayuda recibida, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Esto nos lleva a poder decir que la valoración de la atención sanitaria recibida influye en la percepción de la superación de la experiencia traumática.

Los pacientes que piensan que recibieron una ayuda adecuada por parte de los servicios sanitarios, piensan que han superado la experiencia traumática en mayor medida que los que no piensan que recibieron una ayuda adecuada, existiendo diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$). De nuevo nos encontramos con dos aspectos, por un lado la ayuda recibida determina en el caso de ser recibida como adecuada una mejor percepción de superación de lo traumático, en el caso de los pacientes que recibieron lo que debían recibir por parte de los servicios sanitarios un grado de superación de la experiencia traumática mayor que para los que creen que no recibieron lo que debían recibir. Por otro lado, los pacientes en los que sus expectativas sobre la ayuda que recibieron por parte de los servicios sanitarios se cumplieron tienen una opinión sobre su superación de lo traumático mayor que en aquellos en los que sus expectativas no se cumplieron. A tenor de estos resultados

podemos decir que la valoración de la ayuda, y su consideración como adecuada facilita la percepción de superación de la experiencia traumática, y que existen diferencias significativas en la valoración de superación de la experiencia traumática de una manera sana en los dos grupos. Por ello la valoración sanitaria influye en la percepción de superación de la experiencia traumática, los pacientes que creen que recibieron lo que debían recibir por parte de los servicios sanitarios, y que dicha ayuda fue adecuada tienen una mejor percepción de superación.

Otro aspecto que influye en la percepción de superación de lo traumático es la valoración de la atención sanitaria como útil o no, es decir, aquellos pacientes que consideraron que la ayuda recibida había sido útil o adecuada a los tres años tenían una percepción de superación de la experiencia traumática mayor que en los que pensaban que la ayuda no había sido útil o adecuada, 95% por 83% y estas diferencias son estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$). La valoración de la ayuda recibida como adecuada es un factor que influye en la percepción de superación de la experiencia traumática. En aquellos pacientes que la ayuda que recibieron consideran que les ha sido útil y que ha sido adecuada, la percepción de superación es mayor que en los que no la consideraron útil. De nuevo parece que la ayuda recibida juega un papel importante en cuanto a poder determinar la percepción de la superación a los tres años de los pacientes, y que aquellos pacientes que piensan que sí recibieron un tratamiento o una ayuda adecuada a los tres años tienen una mejor percepción de superación que los que no creen que la recibieron.

También existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción de superación de la experiencia en relación a la evolución durante el tratamiento. A grandes rasgos podríamos decir que en los pacientes que tienen una evolución adecuada a los tres años de los atentados, creen en su mayoría que han superado de una manera sana la experiencia vivida, existiendo diferencias significativas estadísticamente (Chi Cuadrado $p < 0.05$). Por ejemplo un porcentaje de pacientes abandono por mejoría mayor en el grupo que a los tres años tienen una percepción de superación adecuada que en el grupo de los que cree que no lo ha superado (50% por 25%), también en el grupo que a los tres años tienen una mejor percepción de superación adecuada los abandonos por otras causas son menores, (para buscar ayuda en otra parte, porque pensaban que tenían que salir solos...), los porcentajes de abandono en este grupo fueron del 9.5% en ambos caso respecto del global, mientras que en el grupo que pensaba a los tres años que no había podido

superarlo, los abandonos por estas dos causas fueron del 10 y del 13.5%. Incluso el porcentaje de abandono global fue mayor en el grupo de los que cree que no lo ha superado satisfactoriamente 42% por 35%. Esto parece indicar que aquellos pacientes que continuaron durante el tratamiento, hasta ser dados de alta, o que abandonaron por mejoría tienen a los tres años una percepción de superación mejor de la experiencia traumática que aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento antes de tiempo (por cualquier motivo salvo por estar mejor), por lo que podemos decir que el realizar el tratamiento de una manera adecuada, formal, sin abandonarlo y hasta el final influye a los tres años en la percepción de superación de lo traumático, siendo estas diferencias significativas estadísticamente.

También la percepción de superación de la experiencia traumática a los tres años se ve influida por los factores de resiliencia que los pacientes han utilizado para superar de una manera sana la experiencia traumática, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$). Esta es una cuestión importante porque lo que nos indica es que factores de resiliencia utilizados por los pacientes se asocian con una mejor percepción de superación a los tres años, y que esto dependerá de cuáles son esos factores de resiliencia usados por los pacientes, asociándose algunos con una percepción de superación sana a los tres años y otros factores de resiliencia en menor medida.

Analizando cada uno de los factores de resiliencia para los dos grupos (los que piensan que a los tres años han superado de una manera sana la experiencia traumática y los que no), podemos ver que el factor de resiliencia más mencionado, el apoyo sociofamiliar, es mencionado como factor utilizado por el 45% de los que piensan que han superado la experiencia traumática, y por el 65% de los que no la han superado como primera opción. Parece que es un factor que puede ayudar a superar la experiencia traumática pero no en todos los pacientes, y que incluso es mayor el porcentaje en el grupo de no superación. Esto puede indicar que aunque es un factor importante para todos los pacientes (todos lo mencionan), no sirve para superar la experiencia traumática en todos los casos, y que se necesita de algo más para poderlo superar, si bien se ha mencionado como un factor importante para la evolución tras situaciones traumáticas (21,63). La diferencia puede estar en los otros factores de resiliencia, pero incluso es mayor el porcentaje de pacientes que piensan que no lo han superado de entre los que lo mencionan como primera opción, por lo que otros factores de resiliencia pueden ser los que influyen de manera más clara la percepción de

superación. Lo que podemos decir es que los factores sociofamiliares, son mencionados por los dos grupos de pacientes (los que creen que lo han superado de una manera sana y los que no) como opción más mencionada, pero que a pesar de que esto coincide con los estudios al respecto que le sitúan como un factor protector y pronóstico tras situaciones traumáticas, no es por sí solo el más importante, y que a la vista de que ambos grupos lo señalan como el factor de resiliencia más mencionado, indica que hay otros factores de resiliencia que marcan junto a éste que el paciente perciba o no la superación de la experiencia vivida, lo que no va totalmente en contra de los estudios previos (21).

El factor de resiliencia recuperación de la vida previa es mencionado por el 4.7% de los pacientes que a los tres años creen que han superado la experiencia traumática y el 6,6% de los que no como primera opción. Esto indica también que no es un factor que marque claramente la percepción de superación, es un factor de resiliencia menos mencionado, y además son más los pacientes que creen que no lo han superado los que lo definen como primera opción, por lo que no parece un factor de resiliencia determinante tampoco.

El factor de resiliencia factores asociados al tratamiento es mencionado como primera opción por el 16% de los pacientes que a los tres años creen que han superado la experiencia traumática, y por el 10% de los que no, aquí si se ve que es un factor más mencionado por ambos grupos, además hay diferencias en cuanto a que los pacientes que creen que han superado la experiencia lo mencionan más, por lo que parece que es un factor de resiliencia que influye positivamente cuando los pacientes lo utilizan en superar sanamente la experiencia traumática, y que es más usado por los pacientes que piensan que han superado sanamente la experiencia vivida.

El factor de resiliencia factores asociados a la espiritualidad, es un factor que mencionan como primera opción el 4.6% de los pacientes que creen que han superado la experiencia traumática y ningún paciente de los que piensa que no. Aunque es un factor poco mencionado, los pacientes que lo usan tienen una mejor percepción de superación que los que no, de hecho ningún paciente que lo menciona como primera opción piensa que no ha superado la experiencia. Es decir, parece que es un factor de resiliencia, que aunque se utiliza poco sirve de manera positiva para la readaptación tras experiencias traumáticas. Esto coincide con los estudios previos, que lo consideran un factor resiliente (265, 264) para la patología mental, y como un factor que influye en las estrategias de coping, protegiendo ante la enfermedad mental.

El factor de relaciones interpersonales es mencionado como primera opción por 4.7% de los pacientes que piensan que han superado la experiencia traumática a los tres años, y por el 6.6% de los que no, de nuevo es un factor no muy utilizado por los pacientes. Además son más los que cuando se menciona como primera opción no piensan que han superado lo traumático.

El factor de resiliencia características propias del individuo, es mencionado como primera opción por el 9.5% de los pacientes que piensan que han superado la experiencia traumática a los tres años, y por el 3.3% de los que piensan que no. Aunque no es de los más mencionados, los pacientes que lo mencionan como primera opción piensan con mucha más frecuencia que han superado lo traumático a los tres años, el porcentaje es bastante mayor, si bien no les sirve a todos los pacientes, es a muchos más los que les sirve que los que no. Es un factor que también se asocia a una mejor percepción de superación. Esto coincide con estudios previos, que dan importancia a las estrategias de coping, como factor determinante en la superación de lo traumático, dependiendo estas en gran medida de las características propias del individuo (257).

Los factores de resiliencia vivencias previas del individuo y asociados al trabajo son mencionados como primera opción el 2.8% de los pacientes que piensan que lo han superado y por ningún paciente (0%), de los que no lo han superado a los dos años. Son dos factores poco mencionados, pero los pacientes que los usan tienen una percepción de superación sana en mayor medida que los que no, y más importante, no hay pacientes que los hayan mencionado como primera opción que no tengan una percepción de superación sana a los tres años, por lo que parecen factores que cuando son usados marcan una mejor percepción de superación, si bien no todos los pacientes se encuentran en posición de poderlos usar, pero que influyen positivamente cuando son usados. De nuevo esto coincide con estudios previos, que definen al trabajo como un factor protector ante enfermedad mental (21), y como ya hemos mencionado, algunos estudios consideran a las vivencias previas del individuo como un factor protector ante experiencias traumáticas posteriores (227) (algunos estudios sin embargo lo consideran como un factor de riesgo (228)

El factor de resiliencia respuesta individual al trauma es mencionado por el 8.4% de los pacientes que piensan que han superado la experiencia traumática a los dos años, y por el 6.6% de los que no piensan que la han superado, es un factor que es mencionado casi en igual medida por los dos grupos, si bien son más los que lo

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

mencionan y piensan que han superado la experiencia traumática que los que no, pero las diferencias son mínimas, por lo que parece que sea un factor que marque claramente una mejor percepción de superación.

Finalmente el factor de resiliencia características físicas y psicológicas del trauma son mencionadas por 2.8% de los que a los dos años piensan que han superado la experiencia traumática, y por el 3.3% de los que no la han superado, esto indica que además de no ser un factor muy usado como primera opción son más los que lo mencionan que no creen en haber superado la experiencia traumática a los tres años que los que sí, por lo que no parece que sea un factor de resiliencia que influya en una mejor percepción de superación.

Resumiendo, los factores de resiliencia que más se asocian a una superación sana de la experiencia traumática para los pacientes de esta muestra serían los asociados al tratamiento, a las características propias del individuo (de manera más clara ambos), los factores asociados a la respuesta individual al trauma, a las vivencias previas del individuo, al trabajo y a la espiritualidad y religión, estos tres últimos cuando se mencionan en todos los pacientes se asocian a una adecuada percepción de superación, ya que no son mencionados por ningún paciente que crea que no ha superado sanamente la experiencia vivida.

En relación a la valoración de la atención recibida por los servicios sanitarios, vemos que existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en la evolución en relación a la atención recibida y su valoración. Es decir, la valoración sobre la atención sanitaria recibida influye en la evolución de los pacientes. Los pacientes que consideraron la atención sanitaria como adecuada y útil tienen unos índices de abandonos más bajos que en el del grupo de pacientes que consideraron que la atención no fue la adecuada (en concreto un 31.3% por un 70%), por lo que la valoración sobre la atención sanitaria influye en que los pacientes decidan continuar en tratamiento o abandonar. Además en los pacientes que valoraron la atención sanitaria como adecuada, un 43% abandonó porque se encontraba mejor, es decir, pensaba que ya no necesitaba seguir acudiendo porque se encontraba bien, mientras que en el grupo de los que no valoraron la atención recibida como adecuada no se produjo ni un solo abandono por ese motivo (mejoría). Es razonable, que si los pacientes consideran que la ayuda sanitaria especializada es adecuada y útil continúen acudiendo (si no hay razones de causa mayor), y que los pacientes continúen los

tratamientos hasta que crean que se encuentran recuperados, sin abandonarlos antes, cuestión opuesta en los pacientes que valoran mal la ayuda recibida, que como no les sirve, que deciden abandonar antes, condicionando esto su evolución.

También existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en el caso de los factores resiliencia en relación a la atención sanitaria recibida. Los pacientes que consideran que la atención sanitaria que recibieron fue la adecuada mencionaron unos factores de resiliencia diferentes a los que mencionaron los pacientes que no consideraron la ayuda útil ni adecuada. En los pacientes que consideran una buena valoración se mencionan mucho más estos factores de resiliencia: Factores asociados al tratamiento (19.6% por 0% en los que no consideraron la ayuda sanitaria como útil o adecuada), asociados a la espiritualidad (7.8% por 0%), a las relaciones interpersonales (7.8% por 0%), a la respuesta individual al trauma (7.8% por 0%) y al trabajo (1.6% por 0%). Según estos resultados parece lógico que se mencionen los asociados al tratamiento si la atención es bien valorada, pero en el resto de factores de resiliencia mencionados, podríamos decir que solo están presentes en los pacientes que dan una buena valoración de la ayuda, por lo que podríamos decir, que o bien estos factores de resiliencia (espiritualidad, relaciones interpersonales, respuesta individual...), cuando son utilizados facilitan una mejor recepción de la ayuda sanitaria, y con ello su aprovechamiento, revertiendo en una buena valoración de la ayuda sanitaria. O en sentido contrario, que la ayuda sanitaria facilita que se optimicen las estrategias de afrontamiento ante una situación traumática asociados a estos factores de resiliencia.

Finalmente, aunque existen diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) entre los factores de resiliencia utilizados en relación a la evolución, el elevado número opciones de respuestas en ambos sentidos impide realizar conclusiones que puedan ser interesantes para el tamaño de la muestra.

8. NÚMERO DE CITAS A LAS QUE ACUDIÓ. TIEMPO HASTA LA PRIMERA CITA. RETORNOS TRAS EL ALTA.

En relación al número de citas totales que recibieron, no existen diferencias estadísticamente significativas en relación a variables sociodemográficas, lo que indica

que en la muestra no existe ninguna característica sociodemográfica que se pueda relacionar con acudir a más citas, salvo el sexo, con lo que eso puede conllevar: Peor evolución, mayor sintomatología clínica o más intensa... Ya hemos comentado sin embargo que las mujeres reciben más citas que los hombres, siendo esta una diferencia significativa, que indica que al igual que en estudios sobre evolución de la demanda las mujeres por regla general acuden a más citas que los hombres que además abandonan más fácilmente, lo que coincide con estudios previos (292). Se ha comentado las mayores dificultades para solicitar ayuda y acudir en los hombres en relación a su rol en la familia y a obligaciones sociales (292). Sin embargo no existen diferencias en el número de citas que los pacientes recibieron en relación a la nacionalidad (aunque los españoles y sudamericanos acuden a más citas, lo que habla de la importancia del idioma para la adherencia y el proceso terapéutico), seguramente sea más sencillo para ellos el acudir por este dominio del idioma. Los españoles además fueron los que acudieron antes a la primera cita, 11.29 días de media por 15.27 del resto de ciudadanos no españoles de media, aquí también el dominio del idioma parece una cuestión fundamental, así como el mejor conocimiento sobre el uso de los servicios para los españoles.

En relación al estado civil llama la atención que son los pacientes que antes acuden a la primera cita, viudos y parejas de hecho (11 y 10 días de media), los que luego acuden a menos citas de tratamiento. Por el contrario los solteros, casados y separados tardan más en acudir a la primera cita y luego acuden a un mayor número, especialmente los separados.

Estos hallazgos chocan con los estudios previos sobre demanda, que mencionan que el apoyo social y familiar es vital para la evolución posterior ante un tratamiento psiquiátrico (252,315,316), y que la convivencia dentro de una familia, sobre todo el no estar solo, puede ser un apoyo fundamental. Sin embargo aquí, los que antes acuden (seguramente por no disponer de una validación consensuada al vivir solos) (292) son los viudos (también las parejas de hecho), y por el contrario, esto no se cumple con los separados (que tampoco disponen de la validación consensuada). Además casi no hay diferencia ni en número de citas ni en tiempo hasta la primera de los dos grupos con más pacientes, solteros y casados.

A la vista de esto, los cambios sociales, en cuanto a estructura familiar parece que determinan cambios en la demanda, y que según los resultados en esta muestra no

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

todos los hallazgos en relación al estado civil de estudios previos se cumplen en cuanto a grupos que antes consultan y acuden a mayor número de citas (292,295).

El análisis en relación al tipo de convivencia no da grandes diferencias en los grupos, los que antes acuden a la primera cita son los que viven con su familia de origen (10 días), y los que más tarde acuden los que tienen otro tipo de convivencia (19 días). En el número de citas los que más necesitan son los que viven con su familia de origen, seis citas, aquí no se observan los hallazgos anteriores en el estado civil, que indicaban que cuanto antes se tuviese la primera cita menor número de citas necesita el paciente.

Respecto al nivel de estudios, sin haber diferencias significativas se cumple cierta relación: A menor nivel de estudios más se tarda en acudir y a menos citas se acude. Por el contrario, a mayor nivel de estudios, antes se acude a la primera cita, y además se reciben más citas, aún cuando hemos comentado que este el grupo con mayor número de abandonos para continuar tratamiento en otro sitio. Esto parece concordar con estudios previos, en los que los pacientes con mayor nivel de estudios, acuden antes a los servicios especializados (295,299), aunque ante los atentados del 11M, seguramente se legitimó tanto el acudir a los servicios especializados, que se eliminó este traba para la consulta, por lo que los resultados según nivel de estudios podrían haber sido similares.

El acudir a la urgencia psiquiátrica durante el tratamiento no marca diferencias en el número de días hasta que se acudió a Salud Mental por primera vez, pero sí en el número de citas totales, donde existen diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$). Los pacientes que acudieron a la urgencia psiquiátrica del hospital, recibieron más citas de media que los que no (8.76 por 3.89 de media), esto sí parece indicar que el acudir a la urgencia psiquiátrica supone un grado de malestar, de sintomatología o una mala evolución que acaba incrementando el número de citas que estos pacientes reciben. Parece existir una relación entre acudir a la urgencia, mayor número de citas, y seguramente peor situación clínica.

En cuanto al tipo de afectado, los resultados mantienen la coherencia, a mayor grado de afectación (directa), mayor número de citas y más tiempo hasta acudir a la primera (algunos pacientes incluso estuvieron durante los primeros días hospitalizados). Y en cuanto a los afectados indirectos no existen diferencias llamativas.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Los antecedentes de tratamiento psiquiátrico marcan también diferencias aunque no estadísticamente significativas en cuanto al número de días hasta que se recibe la primera cita, que es algo mayor en los pacientes con antecedentes, pero llama más la atención que los pacientes con antecedentes de tratamiento psiquiátrico (por los motivos que sean, que no tienen que ser por este suceso traumático), necesiten de media muchas más citas (13.3 por 4.3), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (ANOVA $p < 0.05$). Esto también concuerda con estudios previos sobre demanda, que indica como factor de riesgo y de evolución más tórpida que existan antecedentes de tratamiento psiquiátrico (227,229,231,295,308). En esta muestra, a pesar de ser escaso el número de pacientes con antecedentes de tratamiento psiquiátrico previos necesitan mayor número de citas, lo que indica al igual que en estudios previos que los antecedentes psiquiátricos pueden ser un obstáculo para la recuperación, un perpetuante o causa de patología mental.

Por el contrario, el contar con antecedentes de sucesos traumáticos en el pasado, que como ya hemos mencionado se asocia al uso de determinados factores de resiliencia no implica un tratamiento más largo (no existen diferencias estadísticamente significativas). Los pacientes de esta muestra con antecedentes de sucesos traumáticos, no acuden más tarde a la primera cita y tampoco necesitan un mayor número de citas en Salud Mental, en contra de lo que se pudiese pensar, el tener un hecho traumático en la biografía puede dificultar el afrontamiento de situaciones traumáticas en el futuro, no se cumple en esta muestra, y al menos no reciben más citas (ya hemos visto que tampoco abandonan más y que tienen una percepción de superación sana mejor), lo que choca, si tenemos en cuenta que acuden más a la urgencia, realizan más intentos de suicidio y que retornan más tras el alta que los que no tienen antecedentes de hechos traumáticos, existiendo diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$).

Un hallazgo interesante tiene que ver con el hecho de que el paciente estuviese solo o acompañado cuando sucedieron los atentados o recibió la noticia, los pacientes que estaban solos en los trenes acuden con mayor rapidez al centro de salud mental (21 días de media), por 10 de los pacientes acompañados (diferencias estadísticamente significativas, ANOVA $p < 0.05$). Además existen diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$) en el número de citas totales a las que acudieron, los pacientes que se encontraban solos recibieron de media más citas que los que se encontraban acompañados. El hecho de ser testigo de una catástrofe de tal magnitud,

implica una validación provisional rápidamente (292), el poder hablar sobre ello si se quiere, y hecho de que haya sucedido estando solo impide esta primera validación, este primer contacto sobre lo que uno ha vivido, sobre lo que ha visto y sentido. En los pacientes a los que les sucedió acompañados tenían al menos una persona con quien poder compartir esto si fuese necesario, pero los pacientes a los que les sucedió solos no tenían la posibilidad de esa validación provisional, por lo que seguramente en relación a esto acudiesen bastante antes que a los que les sucedió acompañados, y sobre todo, el poder compartir la experiencia con alguien que se encontraba allí con uno, que vivió y experimentó lo mismo puede influir en que se necesiten posteriormente mayor número de citas.

También el hecho de que existan pérdidas recientes en la biografía del paciente puede ser un factor de riesgo para la salud psíquica, y puede influir en los pacientes que posteriormente tuvieron que hacer frente a esta situación traumática. En numerosos estudios se menciona el mayor riesgo de patología psíquica cuando existen pérdidas previas (225,228,229,279). No es así en esta muestra, en la que estos pacientes no tienen diferencias estadísticamente significativas en el número de días que tardan en acudir ni tampoco en el número de citas que recibieron, por lo que en los pacientes de esta muestra el tener historia de pérdidas recientes no determina que tengan una evolución peor, ni que esto les dificulte el acudir a las citas y el seguimiento, en contra de estudios previos.

Existen también diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$) en el número de citas a las que acudieron en relación al dispositivo desde donde fue el paciente derivado, no en el número de citas hasta que acudieron por primera vez. Como ya se ha comentado, los mecanismos de derivación funcionaron adecuadamente y la mayor parte de los pacientes fueron derivados desde el MAP, otros, en menor medida acudieron espontáneamente, mientras que otros fueron derivados desde Servicios Sociales, otros dispositivos o la urgencia del hospital. Los pacientes que acudieron derivados desde su MAP, o que acudieron espontáneamente, recibieron menos citas (2.69 y 4.23 de media), mientras que los derivados desde el resto de dispositivos recibieron muchas más citas (7.88 desde la urgencia, 9.2 otros dispositivos y 11.5 Servicios Sociales), siendo estas diferencias significativas. Esto indica varias cosas, por un lado la buena evolución de los pacientes que acuden espontáneamente, que necesitan muy pocas citas, parece que la decisión de consultar por propia iniciativa facilita una evolución adecuada, al igual que los pacientes que siguen los trámites

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

normales, siendo derivados a través del MAP. En sentido contrario, parece que posiblemente en relación a gravedad clínica, a otra problemática asociada o a motivos sociales, los pacientes derivados desde otros recursos necesitan un mayor número de citas, aunque no reciben la primera cita más tarde que los que acuden espontáneamente o los que son derivados por su MAP.

El nivel sociolaboral no influye en el tiempo hasta la primera cita o en el número de citas totales que se reciben, no existen diferencias estadísticamente significativas. El grupo que más tiempo tarda en acudir es el subgrupo con nivel económico bajo o muy bajo (casi 18 días), siendo también el grupo que más citas recibió de media (5.55), de nuevo a más tiempo en acudir por primera vez al CSM más citas se necesitan. Esto iría en contra de algunos estudios que hablan del nivel socioeconómico como una variable fundamental en el desarrollo de patología mental (229,317), si bien en concreto el número de citas y el tiempo hasta la primera cita no son los mejores indicadores para extrapolar la evolución.

En cuanto a la situación laboral en el momento del 11M no es determinante en el tiempo hasta la primera cita o en el número de citas totales existen diferencias estadísticamente significativas, aunque hay algunos datos llamativos, por ejemplo en cuanto al número de días hasta que se acudió a la primera cita, es elevado en pacientes que en principio no tendrían impedimentos para acudir rápidamente (al menos laborales), como en pacientes en paro (17.3 días hasta que acudieron a la primera cita) y 14.4 en amas de casa. Aquí encontramos que a más tardanza en acudir a la primera cita más citas posteriores se requieren, en el caso de pacientes en paro 5.29 citas de media, y en el de amas de casa 8,8. También destaca el escaso número de citas que requieren algunos grupos de pacientes, por ejemplo estudiantes (una sola cita), jubilados (una) y minusválidos (una) y trabajadores sin contrato (1.3), aunque en este caso hemos de suponer por presión laboral. No hay diferencias significativas estadísticamente.

Respecto a si el paciente recibió la ILT no existen diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$) en el número de citas ni el tiempo hasta la primera cita. Sin embargo los pacientes que recibieron la ILT tardaron más en acudir a la primera cita de media (13.05 por 10.8), aquí también el tardar más en acudir se relaciona quizás con mayor gravedad y de ahí que recibiesen la baja, al igual que a mayor número de citas posteriores (5.19 por 4.25), respecto a los que no la recibieron, aún así, las diferencias son mínimas.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

En relación a si el paciente era usuario habitual de esa línea de tren, existen diferencias significativas en el tiempo que se tarda en acudir a la primera cita (12.29 días los usuarios habituales y 25.12 días de media los que no). Esta diferencia se puede entender desde lo que supone en los dos grupos de pacientes el sufrir un atentado terrorista en un medio de transporte que es el usado habitualmente. Para los que son usuarios habituales, el sufrir un atentado en el medio de transporte que usan a diario, generalmente para ir al trabajo se puede entender como algo más disruptivo, en cuanto a que van a tener que seguir usándolo aún después de vivir un atentado, propiciando una rápida consulta a los servicios especializados. Por el contrario, aquellos que no eran usuarios (los menos), pueden entender lo sucedido como algo que no resulta tan disruptivo, no lo cogen a diario, ni seguramente lo necesiten, lo que puede facilitar que pase un tiempo hasta consultar. Los usuarios habituales al día siguiente del 11M (viernes), lo iban a necesitar para trabajar en su mayoría, mientras que los no usuarios no era así. Esta diferencia puede marcar el tiempo hasta consultar. Esta diferencia no se ve en el número de citas posteriores que recibieron (no hay diferencias estadísticamente significativas), no se cumplen los hallazgos previos, de a más días para la primera cita más citas de seguimiento son necesarias.

Los mismos hallazgos sirven para si el paciente era usuario habitual de esa línea de tren (diferencias significativas en el tiempo hasta la primera cita, ANOVA $p < 0.05$, y sin diferencias en el número de citas totales), ya que la mayoría de los pacientes usuarios del tren eran de las líneas que resultaron siniestradas.

También se observa diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$) en relación al número de citas que recibieron los pacientes en los diversos dispositivos en los que recibieron tratamiento. Mientras que en el CSM recibieron una media de 5.62 citas, los pacientes que acudían al Hospital de Día recibieron una media de 3 citas. Este resultado hay que interpretarlo en el contexto de las diferentes intervenciones que se realizaron en cada centro, mientras que en el CSM era una terapia individual, con o sin tratamiento farmacológico asociado, con una periodicidad marcada por la situación clínica y las necesidades del paciente, pero también por la agenda de cada terapeuta, en el Hospital de Día se realizó una modalidad terapéutica en grupos de afectados, con más intensidad, por lo que esto puede explicar que exista un menor número de citas. En el caso de los pacientes que recibieron tratamiento en otros dispositivos recibieron una media de 1.36 citas. No existen diferencias

estadísticamente significativas en el número de días que pasaron hasta que el paciente recibió la primera cita en los diversos dispositivos.

También se observan diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$) en el número de citas que recibieron, en relación a que se produzcan retornos tras el alta. Los pacientes que retornaron tras el alta acudieron a la primera cita a los 20.57 días por el contrario los que no retornaron tras el alta tardaron 11.69 días en llegar a la primera cita. De nuevo aparece la relación entre el número de días hasta que el paciente acude a la primera y la evolución, y en este caso también a más tardanza en recibir la primera cita peor evolución, en este caso traducido en retornos tras el alta. También se observan diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$) en el número de citas, los pacientes que retornaron tras el alta acudieron de media a más citas que los que no lo hicieron (9.43 citas por 3.56). Esto parece indicar por un lado que los pacientes que retornaron eran los que tenían una peor situación clínica y que por eso recibieron más citas, también parece indicar que a pesar de recibir un mayor número de citas esto no sirvió para lograr la estabilidad clínica, lo que aboga a favor de las hipótesis que mencionan que ante una situación traumática independientemente casi de la modalidad de tratamiento que se aplique la evolución no va a ser buena en todos los pacientes, si bien en nuestra muestra se produjo un 14% de reingresos, cifra algo mayor al de pacientes que según los estudios evolucionan hacia patología psiquiátrica ante una situación traumática (294,295,308). A la vista de estos resultados parece que los profesionales sanitarios que atendieron a los pacientes fueron capaces de detectar los casos de mayor gravedad clínica dándoles más citas, pero al mismo tiempo esto no fue suficiente como para evitar los abandonos que se produjeron y que los pacientes tuviesen que volver a recibir tratamiento. Además indica que el retornar tras el alta puede tener que ver con una vulnerabilidad previa, con recibir más tarde la primera cita, y que también se relaciona con recibir mayor número de citas, seguramente desde motivos de gravedad clínica.

En relación a la sintomatología clínica predominante, no se observan diferencias estadísticamente significativas en el número de días hasta que acudió a la primera cita ni en el número de citas totales que recibieron los pacientes. Los pacientes que acudieron antes a la primera cita fueron los que tenían clínica predominantemente psicótica (1 paciente), ansiosa (cuatro) y afectiva (diez), que recibieron la primera cita en cinco, siete y diez días respectivamente de media, mientras que los que más tardaron en acudir fueron los pacientes con clínica de reexperimentación,

hiperactivación y evitativa. En los pacientes con clínica psicótica podemos achacar la rápida consulta a la gravedad de la misma y lo disruptivo que resulta para los más cercanos al paciente, al igual que en la clínica afectiva. Se ve de nuevo cómo existe una relación entre el tiempo hasta la primera cita y la evolución, que finalmente es adecuada en estos tres grupos sintomáticos (en cuanto a numerosos abandonos por mejoría y escasos por otras causas). En los grupos de pacientes con clínica de reexperimentación, evitativa y de hiperactivación que fueron los que más tardaron en acudir llama la atención que son pacientes con la clínica más específica del TPET, la que figura en los criterios diagnósticos. Es decir, los pacientes que presentan la clínica más habitual, tras sufrir una situación traumática, fueron los que tardaron en consultar más, lo que determina una evolución más tórpida. En resumen, el tipo de sintomatología no es un factor que implique una demanda de atención en salud mental más precoz ni un menor número de citas, esto va en contra de algunos estudios que sí encuentran diferencias en la patología tras estrés agudo según el tipo de clínica predominante (297). Sin embargo los pacientes con sintomatología clínica más específica del TPET (evitativa, reexperimentación e hiperactivación), fueron los que tardaron más en consultar y acudieron a más citas, además de los que tuvieron una peor evolución.

En relación a si tenían los papeles en regla, se observan diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$), los pacientes que no tenían los papeles en regla, tardan más en acudir a la primera (16.77 días de media) cita y acuden a un número de citas menor que los que sí tenían los papeles en regla (4.05), por 12.85 días hasta la primera cita y 5.6 citas de media de los que tenían los papeles en regla, existiendo diferencias estadísticamente significativas en el número de citas a las que acuden también (ANOVA $p < 0.05$). Detrás de esto se encuentra seguramente el miedo de los “sin papeles” a ser evaluados por temor a consecuencias sobre ellos, aunque por otro lado parece que las llamadas por parte de los instrumentos gubernamentales a que acudiesen a los servicios sanitarios, y el hecho de que algunos políticos hablasen de una regularización de éstos parece que surgió efecto, dado que las diferencias son prácticamente mínimas en cuanto al número de días que tardaron en acudir. Si bien faltaría conocer el número total real de pacientes “sin papeles” que fueron afectados directa o indirectamente por los atentados, cuestión que se antoja prácticamente imposible. El hecho de que los pacientes con su situación regularizada acudiesen a más

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

citas de media puede tener que ver con dificultades para el manejo de trámites cara a acudir y el desconocimiento del Sistema Nacional de Salud en pacientes inmigrantes.

Respecto a la cuestión de si los pacientes tenían problemas con el idioma, no se observan diferencias estadísticamente significativas, podemos ver que los pacientes con problemas idiomáticos acuden antes a la primera cita al CSM (8.6 días de media), por 13.79 de los pacientes sin problemas idiomáticos. Esto de nuevo indica que se logró que muchos de los afectados que ante otra situación difícilmente hubieran consultado a Salud Mental (el tener problemas idiomáticos resulta obviamente un obstáculo), lo hicieran y que además lo hicieran con más rapidez que los que no tenían dificultades en el castellano. Sin embargo en cuanto al número de citas a las que acudieron parece que las dificultades en el idioma hace que reciban menos citas (si bien como se ha visto la mayoría de los abandonos son por parte del paciente), aunque hay que decir que el grupo de pacientes que no dominaban el idioma eran tratados como se ha comentado con medicación como modalidad terapéutica principal, sin que casi recibieran tratamientos psicoterapéuticos (individual y grupal), por las dificultades idiomáticas que tenían, esto podría ser una dificultad para la adherencia terapéutica, que combinado con la dificultad en el idioma complica que estos pacientes acudan al CSM, abocando en un menor seguimiento. Los pacientes con dominio idiomático acudieron a más citas (4.86 días de media).

Respecto a la modalidad de tratamiento que recibieron, no se ven diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de días que tardaron en acudir a la primera cita, los pacientes que primero acudieron fueron los que se recibieron psicoterapia de grupo (9 días), eran pacientes que en gran número fueron captados en la urgencia del hospital durante los primeros días tras los atentados, lo que pudo facilitar esa primera consulta, luego fue el grupo que recibió tratamiento farmacológico el que acudió al CSM con más premura (11.68 días de media), y por último los pacientes que recibieron psicoterapia individual (14 días) y combinada (14.68 días de media). Parece que los pacientes con mayor gravedad (los que reciben tratamiento combinado), de nuevo son los que tardaron más en acudir a la primera cita. Sin embargo en el número de días de media que recibieron, sí que se observan diferencias estadísticamente significativas (ANOVA $p < 0.05$). Los pacientes que recibieron mayor número de citas fueron los que tuvieron un tratamiento combinado (7.69 citas de media), y farmacológico (4.18 citas de media), que reciben más citas probablemente en relación a gravedad clínica. En el caso de los pacientes con tratamiento

psicoterapéutico (individual o grupal), el número de citas fue menor (2.2 citas de media en individual y 1.55 en grupal), como causas podemos citar una gravedad clínica menor (por eso no recibieron tratamiento farmacológico seguramente), pero también hay que destacar que en el grupo de los que recibieron tratamiento psicoterapéutico hubo más abandonos por mejoría clínica y menos por otros motivos, lo que indica que si bien seguramente los pacientes que la recibieron eran pacientes con menos gravedad clínica, la modalidad terapéutica fue eficaz en cuanto a los resultados en la evolución, y el hecho de que los pacientes recibieran menos citas por abandonos no indica un fracaso terapéutico, sino que la mayoría de los pacientes abandonaron porque consideraban que se encontraban lo suficientemente bien como para continuar con su vida.

Por último describir los resultados en cuanto a otra variable a estudio, qué perfil de pacientes fueron los que retornaron tras el alta. Tuvo esto relación con alguna variable sociodemográfica, con algunas de tratamiento, individuales... En definitiva, en los pacientes que retornaron tras recibir el alta o abandonar por iniciativa propia, ¿existen factores que se relaciona o que influyan en que esto suceda?.

Únicamente existen cuatro variables que se relacionan con retornar tras el alta, en el resto no existen diferencias significativas en este ítem. Estas variables van a determinar que los pacientes retornen tras recibir el alta (o abandonar).

La primera de ellas es que el paciente tenga historia de pérdidas recientes en su biografía, es decir, aquellos pacientes que las presentan en su biografía pérdidas recientes retornan más tras el alta que aquellos que no la tienen, y existen diferencias significativa estadísticamente (Chi Cuadrado $p < 0.05$). Ya se ha hablado de la influencia de las pérdidas en el afrontamiento de las circunstancias vitales (225,228,229,279), el haber tenido una pérdida significativa reciente es algo que se considera un factor de riesgo para sufrir patología psiquiátrica (225,228,229,279). Además, según estos resultados, es también un factor de riesgo para retornar tras el alta (ya sea médica o por abandono), parece que el haber sufrido pérdidas significativas recientes implica mayor dificultad para finalizar la readaptación a la vida cotidiana, y que aunque los pacientes en un principio piensen que no necesitan acudir (la mayoría de las altas son por abandonos), finalmente se den cuenta de que es necesario para ellos cara a poder readaptarse a su vida previa, parece como si el hecho de haber sufrido dos situaciones complicadas de superar en poco tiempo (una pérdida y una situación traumática) dificultase aún más la recuperación de la vida previa, pero con una

diferencia, el paciente considera que ya no necesita la ayuda, para posteriormente tener que recurrir a ella.

Otro factor que se asocia de una manera significativa (Chi Cuadrado $p < 0.05$) a los retornos tras el alta es el tener historia de hechos traumáticos previos en la biografía. Como ya hemos visto en principio parecía que en aquellos pacientes que habían sufrido otros hechos traumáticos necesitaban de un menor número de citas para poder continuar con su vida, y añadíamos la posibilidad de que pudiese ser un factor (el haber sufrido experiencias traumáticas) que facilitase la readaptación a situaciones traumáticas venideras (por el hecho de que estos pacientes necesitasen un menor número de citas, y muchos de ellos abandonasen por mejoría), sin embargo ante este hallazgo la perspectiva de lo que supone para los pacientes que han superado una situación traumática padecer otra situación traumática cambia. Los pacientes que han vivido una situación traumática previa reciben menos citas, es decir suelen abandonar porque creen que se encuentran mejor, pero al mismo tiempo esta percepción de mejoría inicial de los pacientes no se mantiene, y algunos de ellos tienen que volver a pedir citas, suponemos que por empeoramiento clínico, con lo que podemos decir que o bien la percepción inicial de mejoría no se mantiene (el haber tenido una situación traumática previa ayuda en un primer momento, pero no a la resolución total), o bien el hecho de haber sufrido situaciones traumáticas previas facilita la aparición de estrategias de coping basadas en la evitación, que hacen que el paciente abandone inicialmente, para luego se dé cuenta de la necesidad de recibir nuevas citas. Estos hallazgos irían en la misma línea que los estudios sobre estilos de afrontamiento y enfermedad mental (279), que consideran que las diferentes estrategias de coping influyen en la readaptación ante situaciones de estrés.

Otro factor que influya en que se retorne tras recibir el alta es haber recibido la ILT durante el proceso de tratamiento, aquellos pacientes que no recibieron la ILT retornan más tras el alta de manera estadísticamente significativa (Chi Cuadrado $p < 0.05$), mientras esto no sucede en los que recibieron la ILT. Podemos pensar que recibir la ILT supone un periodo de despreocupación, el recibir un rol de enfermos con las exenciones (292) que esto conlleva, y que este proceso facilita la readaptación a la vida cotidiana del paciente, sin que necesiten volver posteriormente a consulta. Sin embargo los pacientes que no recibieron la baja acaban retornando más tras el alta, por lo que se puede encontrar un sentido “terapéutico” a dar la baja, porque se consigue reducir el número de reingresos posteriores, o pensar que el dar la baja a un paciente es

un acto terapéutico, entendiéndolo en cuanto a que se disminuye el número de reingresos.

Finalmente la última variable que influye, existiendo diferencias estadísticamente significativas (Chi Cuadrado $p < 0.05$) en que se produzcan retornos tras el alto es el tipo de tratamiento que se ha recibido. Los pacientes que recibieron psicoterapia individual y de grupo no tuvieron que reingresar en ningún momento, no hubo ningún paciente con estas modalidades de tratamiento que retornasen tras el alta. Todos los retornos se producen en pacientes con modalidad de tratamiento farmacológico (cuatro pacientes) o combinación (nueve), en estos últimos podemos suponer una mayor gravedad clínica inicial que pueda marcar que existan retornos posteriores. El hecho de que no retorne ningún paciente con tratamiento psicoterapéutico habla a favor de la eficacia para estos pacientes del tratamiento recibido, en cuanto a lograr la estabilidad clínica y que esta se mantenga además (al menos inicialmente durante el periodo posterior de seguimiento de tres años), estas dos modalidades de tratamiento además, cómo hemos visto, tuvieron un número de citas menor, no retornaron tras el alta.

En el caso de los pacientes con tratamiento únicamente farmacológico vemos sin embargo que aunque el número de reingresos es menor éstos se producen también, lo que puede indicar que los fármacos producen una mejoría inicial, que tiene que ver principalmente con lo sintomático, pero que en algunos casos se asocia con un empeoramiento posterior, en relación quizás a que los fármacos aunque mejoran los síntomas tras la vivencia traumática no ayudan a la reintegración de lo sucedido dentro de la biografía del paciente, con lo que no resuelven por completo la situación traumática (cuestión que sí puede ocurrir en el tratamiento psicoterapéutico). Con lo que se pueden producir recaídas posteriores, ante determinados estresantes, cosa que parece quedar resuelta en el caso de los que recibieron tratamiento psicoterapéutico.

CONCLUSIONES:

En definitiva, tras estudiar los datos relativos a la demanda asistencial, con motivo de los atentados del 11 M en el CSM de Alcalá de Henares, podemos decir que:

- 1. En términos generales la muestra pacientes atendida en el CSM de Alcalá tardó poco tiempo en llegar y necesitaron pocas citas (4.67 de media), siendo el motivo de abandono más frecuente por parte del paciente, la mejoría clínica. Esto parece indicar que los recursos individuales facilitan la adaptación tras esta situación traumática sin excesiva ayuda especializada desde los Servicios de Salud Mental.
- 2. La demanda asistencial fue recibida en el CSM con mucha rapidez. En la primera semana se recibió al 60%, y pasado el primer mes se había recibido el 90% del total de los pacientes atendidos. La demanda pudo ser absorbida por el CSM de manera adecuada a pesar de lo numerosa que fue en los primeros días.
- 3. El grupo de pacientes de la muestra tiene las siguientes características sociodemográficas: Predominio de mujeres (casi el doble), de casados (47 de 104) y que viven con familia propia (52 de 104), lo que concuerda con estudios previos sobre la demanda, (en atención primaria, aunque no especializada) en cuanto a la mayor prevalencia de demanda en estos grupos. No concuerda con los estudios hechos sobre población especializada, pero las cifras pueden considerarse similares al haberse eliminado todos los filtros.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

Además las mujeres acudieron a más citas de media que los hombres antes del alta (5.61 frente a 2.92).

- 4. Hubo una demanda muy importante por parte de la población extranjera, que representaba el 46.15% de los pacientes atendidos, cuando sólo son el 16,59% de la población general de Alcalá. Esta hiperrepresentación en la población demandante es más importante para la proveniente del este de Europa, (22% en la muestra y 6.3% en la población de Alcalá) la latinoamericana (20% en la muestra y 4.5% en la población general), y la subsahariana, (1.9% en la muestra y 1.3% en la población general) y es casi imperceptible en la norteafricana, (0.96% en la muestra y 0.68% en la población general). Por el contrario, otras poblaciones extranjeras como la asiática y la de ciudadanos de la Unión Europea, que representan a un 0.36% y 1.9% de la población de Alcalá respectivamente, no encuentran representación en la muestra. Como posibles motivos para esta representación podemos encontrar, el contexto en el que se produjo el atentado (horario, día) y el que la población extranjera consultase más por motivos no clínicos. Finalmente la alta presencia de ciudadanos latinoamericanos la podría explicar el dominio del idioma. Lo que también explicaría que fuesen los españoles y los latinoamericanos los que acudiesen a más citas, 5.63 y 4.62 de media.
- 5. La mayoría de la muestra está compuesta por afectados directos, que habían estado en los trenes, 89 (85.5% de la muestra), destacando la escasa muestra de afectados indirectos que se recibieron. Entre las posibles razones está el que estos pacientes recibiesen atención en la sanidad privada, o bien que fuesen a los recursos dotados por el Ministerio de Interior u otros que se les ofertasen,

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

aún así es muy escaso el número de afectados indirectos, comparado con el de directos.

- 6. Analizando el lugar de derivación, la gran mayoría de los pacientes fueron derivados al CSM desde Atención Primaria, que es donde acudieron la mayoría de los pacientes en primera instancia (73%), lo que indica un buen funcionamiento de los recursos destinados. El resto de pacientes acudió o desde la urgencia psiquiátrica del hospital (estos fueron los que antes acudieron, seguramente por cuestiones clínicas: 9.5 días de media tardaron en acudir, y los que acudieron a más citas 7.88), desde Servicios Sociales o desde otros recursos en menor media. Un 12,5% acudió espontáneamente gracias a la eliminación de filtros de Atención Primaria.
- 7. A los tres años de la experiencia traumática el 88,5% de los pacientes encuestados telefónicamente cree que recibió por parte de los servicios sanitarios lo que debía recibir a nivel de atención, mientras que el 10,5% cree que la atención recibida no fue la adecuada. El 88,5% de los pacientes encuestados piensan que la atención recibida por parte de los servicios sanitarios en el CSM fue útil, mientras que el 1,25% cree que les fueron útiles algunas cosas y el 10,25% piensa que la atención recibida no les resultó útil. La valoración se ve influida por el hecho de que los pacientes sigan en tratamiento en el momento del estudio (mejor valoración), por el hecho de que recibieran la ILT durante el proceso (mejor valoración) y por el tipo de sintomatología predominante (mejor valoración en sintomatología evitativa y afectiva), también está influida por la evolución (mejor evolución mejor valoración), la percepción de superación (cuanto más elevada mejor evaluación) y por los

factores de resiliencia. El resto de factores a estudio no influye en la valoración.

- 8. A los tres años de los atentados, de los pacientes encuestados telefónicamente de la muestra, el 53,84% piensa que ha superado satisfactoriamente la experiencia traumática, el 43,85% cree que no ha sido así y el 2,5% no sabe no contesta. La percepción de superación de la experiencia traumática se ve influida por el tipo de sintomatología predominante (evitativa y afectiva las que mejor percepción de superación), la valoración sanitaria (a mejor valoración sanitaria mejor percepción de superación), por los factores de resiliencia (los que mejor percepción de superación los asociados al tratamiento, a la religión y las características propias del individuo), y por la existencia de hechos traumáticos previos en la biografía del paciente (mejor percepción de superación si existen). El resto de factores no influyen en la percepción de superación.
- 9 A los tres años de los atentados los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la superación de la experiencia traumática, tras la categorización y agrupación de las respuestas son los factores sociodemográficos, que son valorados por todos los pacientes como determinantes (101,26%), seguido de los factores asociados al tratamiento (mencionados por el 28,19% de la muestra), los factores asociados a la respuesta individual al trauma (26,89%), los factores asociados a las características propias del individuo (19,22%), los factores asociados a la recuperación de la vida previa al trauma (15,36%), los factores asociados a las

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

relaciones interpersonales (12,8%), los factores asociados al trabajo (9,58%), y finalmente los factores asociados a la espiritualidad y la religión (7,69%), los factores asociados a las consecuencias físicas y psicológicas del trauma (6,4%) y los factores asociados a las experiencias previas del individuo (1,28%).

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Charney, D. S. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 2004; 161(2), 195-216.
- (2) Meichenbaum, D. Resilience and posttraumatic growth: A constructive narrative approach. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 355-367). Mahwah, NJ: Erlbaum, 2006.
- (3) Lanius, R. Complex Adaptations to Traumatic Stress: From Neurobiological to Social and Cultural Aspects. *American Journal of Psychiatry*, 2007; 164(11):1628-1630.
- (4) Miller, Thomas W. 1,2,3 Trauma, Change, and Psychological Health in the 21st Century. *American Psychologist*, 2007. 62(8):889-898.
- (5) Orengo García F. *Maltrato y estrés postraumático*. Madrid, ed. Entheos 2006.
- (6) Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br. J. Psychiatry* 1985 Dec.;147: 598-611.
- (7) Bonanno G. Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 2004 (59), 20-28.
- (8) Davis, C.G., & McKearney, J.M. How do people grow from their experience with trauma or loss? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2003; 22: 477-492.
- (9) Hobfoll, S.E., Hall, B.J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R.J., & Palmieri, P. Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology: An International Review*, 2007; 56(3), 345-366.
- (10) Madrid, Paula A, Grant, Roy: 2 Meeting Mental Health Needs Following a Natural Disaster: Lessons From Hurricane Katrina. *Professional Psychology - Research & Practice*, 2008; 39(1):86-92

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (11) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (1994) 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (12) Tufnell, G. Responses to Traumatized Children. *British Journal of Psychiatry*, 2008; 192(3):235-37.
- (13) Organización Mundial de la Salud, Carta Fundacional, 7 de abril de 1946.
- (14) Sanchez-Hucles, J. Thriving in the Wake of Trauma: A Multicultural Guide. *Psychology of Women Quarterly*, 2008; 32(2):223-224.
- (15) Shalev A. Posttraumatic stress disorder: Diagnosis. History and life course. London: Martin Dunitz 2000
- (16) Orengo García F, Rodríguez M, Lahera G et al. Prevalencia y tipos de trastorno por estrés traumático en población general y psiquiátrica. *Psiquis*, 2001; 22 (4); 169-176.
- (17) Informe de la Fiscalía sobre los atentados del 11 de marzo del 2004 en la Comunidad de Madrid.
- (18) Stålnacke BM. Community integration, social support and life satisfaction in relation to symptoms 3 years after mild traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2007 Aug; 21(9):933-42.
- (19) Collins DL, Baum A, Singer JE. Coping with chronic stress at Three Mile Island: psychological and biochemical evidence. *Psychology*. 1983;2:149–166.
- (20) Terr, L.C. Chowchilla revisited: The effect of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 1983; 140, 1543–1550.
- (21) Nandy a, Galea S et al. Job loss unemployment, work job, job satisfaction and persistence of posttraumatic stress disorders after the 11S terrorists attacks. *JOEM*, 2004; 42, (10): 134-139.
- (22) Tausing M, Fenwick R. Recession and well-being. *Journ. Health Soc. Behav.* 1999; (40): 1-16.
- (23) Hull Am, Alexander DA. Et al. Survivors of the Piper Alpha oil platform disaster. Long term follow up study. *Br. Jour. Psychiatry.* 2002; 181: 433-438.
- (24) Warshaw MG, Fierman E, et al. Quality of life and dissociation in anxiety disorders patients with history of trauma and PTSD. *Am. J. Psychiatry*; 1993; 150:1512-1516.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (25) Krakow B, Melendrez D et al. Sep disordered breathing, psychiatric distress and quality of life impairment in sexual assault survivors. *J. Ner. Men. Dis.* 2002; 190: 442-452.
- (26) Miller K, Weine S et al. The relative contribution of war experiences and exile related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. *J. Trauma Stress*; 2002. 15: 377-387.
- (27) Wolfe J, Schnurr PP et al. PTSD and war zone exposure as correlates perceived health in female Vietnam War veterans. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1994; 62: 1235-1240.
- (28) Chemtob CM, Harnada RS et al. Anger, impulsivity danger control in combat related PTSD. *J. Consul. Clin. Psychol.* 1994; (62): 827-832.
- (29) Jordan BK, Marmar CR et al. Problems in families of male Vietnam veterans of PTSD. *J. Consul. Clin. Psychol.* 1992; 60: 916-926.
- (30) d Ardenne P, Capuzzo N et al. Subjective quality of life and posttraumatic stress disorder. *J. Ner. Men. Dis.* 2005; 193 (1): 62-66.
- (31) Organización Mundial de la Salud. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 1992.
- (32) Daly RJ. Samuel Pepys and posttraumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 64-8.
- (33) Norris FH. Toward establishing a data base for the prospective study of traumatic stress. Presented at the National Institute of Mental Health "Traumatic Stress: Defining Terms and Instruments" Workshop; Bethesda. Uniformed Services University of the Health Sciences, 1998.
- (34) Oppenheim A. *Die traumatischen Neurosen*. Berlin: Hirschwald; 1889.
- (35) Myers ABR. *On the aetiology and prevalence of disease of the heart among soldiers*. London: J Churchill; 1870.
- (36) Da Costa JM. *On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences*. *Am J Med Sci* 1871; 61: 17-52.
- (37) Bonhoeffer K. *Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sogenannten Unfallsneurosen*. *Dtsche Med Wochenschr* 1926; 52: 179-82.

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

- (38) Stierlin E. Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. Dtsche Med Wochenschr 1911; 37: 2028–35.
- (39) Prasad J. Psychology or rumours: a study of the great Indian earthquake of 1934. Br J Psychol 1934; 26: 1–15.
- (40) Adler A. Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Coconut Grove disaster. JAMA 1943; 123: 1098–101.
- (41) Kardiner A. The traumatic neuroses of war. New York: Hoeber; 1941.
- (42) Murray JM. Some special aspects of psychotherapy in the army air forces. Psychosom Med 1944; 6: 119–22.
- (43) Goldstein K. On so-called war neuroses. Psychosom Med 1943; 5: 376–83.
- (44) Bloch DA, Silber E, Perry SE. Some factors in the emotional reaction of children to disaster. Am J Psychiatry 1956; 112: 416–22.
- (45) Friedman P, Linn L. Some psychiatric notes on the Andrea Doria disaster. Am J Psychiatry 1957; 113: 426–32.
- (46) Bennet G. Bristol floods of 1968: controlled survey effects on health of local community disaster. BMJ 1968; 298: 454–8.
- (47) Langdon JR, Parker AH. Psychiatric aspects of the March 27, 1964, earthquake. Alaska Med 1964; 6: 33–5.
- (48) Goldstein, Kurt Rehabilitation of the war injured: A symposium. Journal of Abnormal Psychology, 1944; 39(1):142-143.
- (49) Murray, JM. Mental disorders in air forces. Psychosom. Med. 1944: 5:47-52.
- (50) Menninger WC. Psychosomatic medicine: somatisation reactions. Psychosom Med 1947; 9: 92–7.
- (51) Selye H, Fortier C. Adaptive reaction to stress. Psychosom Med 1950; 12: 149–57.
- (52) Seligman ME. Chronic fear produced by unpredictable electric shock. J Comp Physiol Psychol 1968; 66: 402–11.

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

- (53) Horowitz MJ. Psychic trauma: return of images after a stress film. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 20: 552–9.
- (54) Weiss JM. Somatic effects of predictable and unpredictable shock. *Psychosom Med* 1970; 32: 397–408.
- (55) Frankenhäuser M, von Wright MR, Collins A, von Wright J, Sedvall G, Swahn CG. Sex differences in psychoneuroendocrine reactions to examination stress. *Psychosom Med* 1978; 40: 334–43.
- (56) Horowitz MJ, Wilner N, Kaltreider N, Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. In: Horowitz MJ, ed. *Essential Papers on Posttraumatic Stress Disorder*. New York: New York University Press; 1999:22–40.
- (57) Krystal JH, Giller EL Jr, Cicchetti DV. Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. *Psychosom Med* 1986; 48: 84–94.
- (58) Prange AJ Jr. Thyroid axis sustaining hypothesis of posttraumatic stress disorder. *Psychosom Med* 1999; 61: 139–40.
- (59) Sapolsky RM, Krey LC, McEwen BS. Prolonged glucocorticoid exposure reduces hippocampal neuron numbers: implications for aging. *J Neurosci* 1985; 5: 1221–6.
- (60) Dougall AL, Craig KJ, Baum A. Assessment of characteristics of intrusive thoughts and their impact on distress among victims of traumatic events. *Psychosom Med* 1999; 61: 38–48.
- (61) Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. An 18-month longitudinal study of posttraumatic disorders in children who were taken hostage in their school. *Psychosom Med* 1999; 61: 746–54.
- (62) Stoll C, Schelling G, Goetz AE, Kilger E, Bayer A, Kapfhammer HP, Rothenhausler HB, Kreuzer E, Reichart B, Peter K. Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *J Thorax Cardiovasc Surg* 2000; 120: 505–12.
- (63) Marsella AJ, Friedman MJ, Spain EH. Ethnocultural aspects of PTSD: an overview of issues and research directions. In: Marsella AJ, Friedman MJ, Gerrity ET, Scurfield RB,

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

editors. Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: issues. Washington DC: American Psychological Association; 1996. p. 105–29.

- (64) Mira y López E. La psiquiatría en la guerra. En Editorial Médica quirúrgica. Buenos Aires, 1944.
- (65) Mira y López E. Higiene mental del mundo de postguerra. Ed. Mundo Atlántico, Buenos Aires, 1945.
- (66) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I) .Washington, DC: American Psychiatric Association., 1948
- (67) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968
- (68) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1960
- (69) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
- (70) Shalev A, Peri T et al. Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. Psychosomatic Medicine, 58: 165-182. 1996.
- (71) Davidson JRT et al. The eight item treatment outcome posttraumatic stress disorder sales: a brief measure to assessment treatment outcome in posttraumatic stress disorder. Int. J. Psychopharmacology 1997b; 12 (1): 41-45
- (72) Davidson JRT et al. Assessment of new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. Psychol. Med. 1997c; 27: 153-160.
- (73) Blake DD. Rationale and Development of the Clinician Administered PTSD Scale. PTSD Research Quarterly 1994; 5:2-5.
- (74) Zlotnick C, Davidson J, Shea MT, Pearlstein T. Validation of the Davidson Trauma Scale in a sample of survivors of childhood sexual abuse. J Nerv Ment Dis. 1996;184(4):255-7
- (75) Davidson JR, Book SW, Colket JT, Tupler LA et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. Psychol Med. 1997;27(1):153-60.

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

- (76) Davidson JRT et al. Traumatic experience in traumatic outpatients. *J. Traumatic Stress* 1995, 3 : 459-472.
- (77) Cahill L, Prins B et al. Beta adrenergic activation and memory for emotional events. *Nature*, 1995; 371: 702-704.
- (78) Pitman RK, Sanders KM et al. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry*, 2002; 51: 189-192.
- (79) Goodyer IM, Park RJ, Netherton CM, Herberg J: Possible role of cortisol and dehydroepiandrosterone in human development and psychopathology. *Br J Psychiatry* 2001; 179:243-249.
- (80) Young AH, Gallagher P, Porter RJ: Elevation of the cortisol-dehydroepiandrosterone ratio in drug-free depressed patients. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1237-1239.
- (81) Bremner JD, Licinio J, Darnell A, Krystal JH, Owens MJ, Southwick SM, Nemeroff CB, Charney DS: Elevated CSF corticotrophin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154:624-629.
- (82) Bale TL, Picetti R, Contarino A, Koob GF, Vale WW, Kuo-Fen L: Mice deficient for both corticotrophin-releasing factor receptor 1 (CRFR1) and CRFR2 have an impaired stress response and display sexually dichotomous anxiety-like behaviour. *J Neurosci* 2002; 22:193-199
- (83) Geraciotti TD Jr, Baker DG, Ekhaton NN, West SA, Hill KK, Bruce AB, Schmidt D, Rounds-Kugler B, Yehuda R, Keck PE Jr, Kasckow JW: CSF norepinephrine concentrations in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1227-1230.
- (84) Southwick SM, Krystal JH, Bremner JD, Morgan CA, Nicolaou AL, Nagy LM, Johnson DR, Heninger GR, Charney DS: Noradrenergic and serotonergic function in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 4:749-758.
- (85) Charney DS, Manji HK. Life stress, genes, and depression: multiple pathways lead to increased risk and new opportunities for intervention. *Sci. STKE*; 2004: 1-11.
- (86) Thorsell A, Carlsson K, Ekman R, Heilig M: Behavioural and endocrine adaptation, and up-regulation of NPY expression in rat amygdala following repeated restraint stress. *Neuroreport* 1999; 10:3003-3007.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (87) Heilig M, Koob GF, Ekman R, Britton KT: Corticotrophin-releasing factor and neuropeptide Y: role in emotional integration. *Trends Neurosci* 1994; 17:80-85.
- (88) Kask A, Rago L, Harro J: Anxiolytic-like effect of neuropeptide Y (NPY) and NPY 13-36 microinjected into vicinity of locus coeruleus in rats. *Brain Res* 1998; 788:345-348.
- (89) Sheriff S, Dautzenberg FM, Mulchahey JJ, Pisarska M, Hauger RL, Chance WT, Balasubramaniam A, Kasckow JW: Interaction of neuropeptide Y and corticotrophin-releasing factor signalling pathways in AR-5 amygdalar cells. *Peptides* 2001; 22:2083-2089.
- (90) Martins AP, Maras RA, Guimaraes FS: Anxiolytic effect of a CRH receptor antagonist in the dorsal periaqueductal gray. *Depress Anxiety* 2001; 12:99-101.
- (91) Volkoff H. The role of neuropeptide Y, orexins, cocaine and amphetamine-related transcript, cholecystokinin, amylin and leptin in the regulation of feeding in fish. *Comp Biochem Physiol A Mol Integr Physiol.* 2006; 144(3):325-31. Review.
- (92) Rasmusson AM, Hauger RI, Morgan CA, Bremner JD, Charney DS, Southwick SM: Low baseline and yohimbine-stimulated plasma neuropeptide Y (NPY) levels in combat-related PTSD. *Biol Psychiatry* 2000; 47:526-539.
- (93) Xu ZQ, Tong YG, Hokfelt T: Galanin enhances noradrenalin-induced outward current on locus coeruleus noradrenergic neurons. *Neuroreport* 2001; 12:1179-1182.
- (94) Kinney JW, Starosta G, Holmes A, Wrenn CC, Yang RJ, Harris AP, Long KC, Crawley JN: Deficits in trace cued fear conditioning in galanin-treated rats and galanin-overexpressing transgenic mice. *Learn Mem* 2002; 9:178-190.
- (95) Cabib S, Ventgura R, Puglisi-Allegra S: Opposite imbalances between mesocortical and mesoaccumbens dopamine responses to stress by the same genotype depending on living conditions. *Behav Brain Res* 2002; 129:179-185.
- (96) Hamner MB, Diamond BI: Elevated plasma dopamine in post-traumatic stress disorder: a preliminary report. *Biol Psychiatry* 1993; 33:304-306.
- (97) Cheng MC, Werrett J, Easthope Y et al. Coping with posttraumatic stress: young-middle-age and elderly comparisons. *Int. J. Geriatric Psych*, 2004; 19 (4): 333-343.

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

- (98) Gross C, Zhuang X, Stark K, Ramboz S, Oosting R, Kirby L, Santarelli L, Beck S, Hen R: Serotonin 1A receptor acts during development to establish normal anxiety-like behaviour in the adult. *Nature* 2002; 416:396-400.
- (99) Neumeister A, Bain E, Nugent AC, Carson RE, Bonne O, Luckenbaugh DA, Eckelman W, Herscovitch P, Charney DS, Drevets W: Reduced serotonin type 1A receptor binding in panic disorder. *J Neurosci* 2004; 24(3):589-91.
- (100) Drevets WC, Frank JC, Kupfer DJ, Holt D, Greer PJ, Huang Y, Gautier C, Mathis C: PET imaging of serotonin 1A receptor binding in depression. *Biol Psychiatry* 1999; 46:1375-1387.
- (101) Arango V, Underwood MD, Mann JJ. Serotonin brain circuits involved in major depression and suicide. *Prog. Brain Res.* 2002, 136: 443-53
- (102) M. Fujita, S.M. Southwick, C.C. Denucci, S.S. Zoghbi, M.S. Dillon and R.M. Baldwin et al., Central type benzodiazepine receptors in Gulf War veterans with posttraumatic stress disorder, *Biol Psychiatry* 2004, (2), pp. 95–100.
- (103) Nutt DJ, Malizia AL: New insights into the role of the GABA(A)-benzodiazepine receptor in psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 2001; 179:390-396.
- (104) Yehuda R. Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Can J Psychiatry*. 1999; 44:34–39.
- (105) Birger M, Swartz M, Cohen D, Alesh Y, Grishpan C, Kotelr M. Aggression: the testosterone-serotonin link. *Isr Med Assoc J.* 2003;5(9):653-8. Review.
- (106) Zitzmann M, Nieschlag E: Testosterone levels in healthy men and the relation to behavioural and physical characteristics: facts and constructs. *Eur J Endocrinol* 2001; 144:183-187.
- (107) Suay F, Salvador A, Gonzalez-Bono E, Sanchis C, Martinez M, Martinez-Sanchis S, Simon VM, Montoro JB: Effects of competition and its outcome on serum testosterone, cortisol and prolactin. *Psychoneuroendocrinology* 1999; 24:551-566.
- (108) Brooks JH. Reddon JR: Serum testosterone in violent and non-violent young offenders. *J Clin Psychol* 1996; 52:475-485.

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

- (109) Pope HG Jr, Cohane GH, Kanayama G, Siegel AJ, Hudson JI: Testosterone gel supplementation for men with refractory depression: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2003; 160:105-111.
- (110) Rachman SJ: *Fear and Courage*, 2nd Ed. New York, Freeman and Co, 1992.
- (111) Yehuda R, McFarlane AC, Shalev AY. Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biol Psychiatry*. 1998; 44:1305–1313.
- (112) Simeon D, Yehuda R, Cunill R, Knutelska M, Putnam FW, Smith LM. Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*. 2007; 32(8-10):1149-52.
- (113) Myers KM, Davis M: Behavioural and neural analysis of extinction. *Neuron* 2002; 36:567-584
- (114) Quirk GJ, Russo GK, Barron JL, Lebron K: The role of ventromedial prefrontal cortex in the recovery of extinguished fear. *J Neurosci* 2000; 20:6225-6231.
- (115) Freedy JR, Donkervoet JC. *Traumatic stress: An overview of the yield. Traumatic stress from the theory to the practice*; pp3-28. New York. Plenum Press. 1995.
- (116) Frank JB, Kosten T et al. A randomized clinical trial of phenylzine and imipramine for PTSD. *Am. J. Psychiatry*. 1988. 145: 1289-1291.
- (117) Reist C, Kauffmann CD et al. A controlled trial of desipramine in 18 men with PTSD. *Am. J. Psychiatry*. 1989; 146: 513-516
- (118) Southwick SM, Yehuda R et al. *Use of tricycle and monoamine oxidase inhibitors in the treatment of posttraumatic stress disorders. A quantitative review*. Washington. American Psychiatric Press. 1994
- (119) Neal LA, Shapland W et al. An open trial of moclobemide in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Int. Clin. Psychopharmacology*. 1997, 12:231-237.
- (120) Brady K, Pearlstein T, et al. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000, 283: 1837-1844.
- (121) Davidson JR, Rothbaum BO et al: Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Archives of general Psychiatry*. 2001, 5485-492.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (122) Zohar J, Amital D et al. Double placebo-controlled pilot study of sertraline in military veterans with posttraumatic stress disorder. *J Clin. Psychopharmacology*. 2002, 22:190-195.
- (123) Marshall RD Beebe KL et al. Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *Am. J. Psychiatry*. 2001, 158:1982-1988.
- (124) Van der Folk BA, Dreyfuss D et al. Fluoxetine in PTSD. *J. Clin. Psychiatry*. 1994, 55:517-522.
- (125) Marmar CR, Schoenfeld FB et al. Open trial of Fluvoxamine treatment for combat related PTSD. *J. Clin Psychiatry*. 1996, 57 (Suppl.8) _ 66-72.
- (126) Seedat S, Stein DJ et al. Comparison of response to selective serotonin reuptake inhibitors in children, adolescents, and adults with posttraumatic stress disorder. *J. Child and adolescent Psychopharmacology*. 2002, 12:37-46.
- (127) Hidalgo R, Hertzberg MA et al. Nefazodone in posttraumatic stress disorder: results from six open-trials. *Int. Clin. Psychopharmacology*. 1999, 141: 61-68.
- (128) Mellman TA, David D et al. Nefazodone treatment and dream reports in chronic PTSD. *Depression and anxiety*. 1999, 146-148.
- (129) Hertzberg MA, Feldman ME et al. Trial of Trazodone for PTSD using a multiple baseline group design. *J. Clin. Psychopharmacology*. 1996, 14: 445-452.
- (130) Smajkic A, Weine S et al. Sertraline, Paroxetine and Venlafaxine in refugee posttraumatic stress disorder with depression symptoms. *J. Traumatic Stress*. 2001, 14: 445-452.
- (131) Davidson JR, Weisler RH et al. Mirtazapine versus placebo in PTSD: a pilot trial. *Biological Psychiatry*. 2003, 53: 188-191.
- (132) Bupropion treatment in veterans with posttraumatic stress disorder: an open study. *J. Clin. Psychopharmacology*. 2003, 18: 379-383.
- (133) Yehuda R, Silver L et al. Plasma norepinephrine and 3-methoxy-4hydroxilglycol concentrations and severity of depression in combat posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. 1998. *Biological Psychiatry* 44:970-975.

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

- (134) Pitman RK Post-traumatic stress disorder hormones and memory. *Biological Psychiatry*. 1989; 26:221-223.
- (135) Vaiva G, Docroq F et al. Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biological Psychiatry*. 2003; 54: 947-949.
- (136) Famularo R, Kinscherff R et al. Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type: a pilot study. *American Journal of Diseases of the Children* 1988; 142: 1282-1287.
- (137) H RJ, Riggs P. Clonidine for posttraumatic stress disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996. 35: 1247-1249.
- (138) Raskind MA, Peskind ER et al. Reductions of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: a placebo controlled study. *Am. J. Psychiatry*. 2003. 160: 371-373.
- (139) Gelpin E, Bonne O et al. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: prospective study. *J. Clin. Psychiatry* 1996; 57: 390-394.
- (140) Braun P, Greenberg D et al. Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *J. Clin. Psychiatry*. 1990. 51:236-238.
- (141) Duffy JD, Mallory PF et al: Efficacy of buspirone in the treatment of posttraumatic stress disorder: an open trial. *Annals of Clinical Psychiatry*. 1994; 35: 33-37.
- (142) Grillon C, Morgan CA et al. Baseline startle amplitude and prepulse inhibition in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. 1996; 64: 169-178.
- (143) Keck PE Jr, Mc Elroy SL et al. Valproate and carbamazepine the treatment of panic posttraumatic stress disorder withdrawal states and behavioural dyscontrol syndromes. *J. Clin. Psychopharmacology*. 1992, 12: 36S-41S.
- (144) Loeff D, Grimley P et al. Carbamazepine for PTSD (letter). *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995, 34: 703-704.
- (145) Fesler FA. Valproate in combat related posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry*. 1991; 52: 361-364.
- (146) Berlant J, van Kammen DP. Open-label topiramate as primary adjunctive therapy in chronic civilian posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. 1999, 45: 1226-1229.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (147) Hertzberg MA, Butterfield MI et al. A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. 1999, 45: 1226-1229.
- (148) Hamner MB, Brodick PS et al. Gabapentin in PTSD: a retrospective, clinical series of adjunctive therapy. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2001; 13:141-146.
- (149) Van der Kolk BA., Psychopharmacology issues in posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry*. 1991, 148: 1086-1087.
- (150) Kitchner I, Greenstein R. Low dose lithium carbonate in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Hospital and Community Psychiatry*. 1983, 34: 683-691.
- (151) Monnelly EP, Ciraulo DA et al. Low doses of risperidone as adjunctive therapy for irritable aggression in posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychopharmacology*. 2003; 23: 193-196.
- (152) Petty F, Branna S et al. Olanzapine treatment for posttraumatic stress disorder: an open-label study. *International Clinical Psychopharmacology*. 2003, 16: 331-337.
- (153) Stein MB, Kline NA et al. Adjunctive olanzapine for ISSR-resistant combat-related PTSD: a double-blind, placebo controlled study. *American Journal of Psychiatry*. 2002, 159: 1777-1779.
- (154) Butterfield MI, Becker ME et al. Olanzapine in the treatment of posttraumatic stress disorder: a pilot study. *International Clinical Psychopharmacology*. 2001, 16: 197-203.
- (155) Sokolsky KN Denson TF et al. Quetiapine for the treatment of refractory symptoms of combat related posttraumatic stress disorder. 2003. *Military Medicine*, 168: 486-489.
- (156) Hamner MB, Deitsch SE et al. Quetiapine treatment in patients with posttraumatic stress disorder: an open adjunctive therapy. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2003, 23: 15-20.
- (157) Bryant RA. Cognitive behaviour therapy of violence-related posttraumatic stress disorder. *Aggress Violent Behav* 2000; 5:79-97.
- (158) Foa EB. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Suppl. 5):43-48
- (159) Bryant RA, Friedman M. Medication and non medication treatments of posttraumatic stress disorder (review). *J Clin Psychiatry*, 2002, 14:228-237.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (160) Zoellner LA, Feeny NC, Fitzgibbons LA, Foa EB. Response of African American and Caucasian women to cognitive behavioural therapy for PTSD. *Behav Ther* 1999; 30:581-595.
- (161) Gersons BPR, Carlier IVE, Lamberts RD, van der Kolk BA. Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2000; 13:333-347.
- (162) Foa EB, Dancu CV, Hembree EA. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67:194-200.
- (163) Hembree EA, Foa EB. Posttraumatic stress disorder: psychological factors and psychosocial interventions. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Suppl. 7):33-39.
- (164) Marks I, Lovell K, Noshirvani H. Exposure and cognitive restructuring alone and combined in PTSD: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:317-325.
- (165) Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18 ;(3):CD003388. Review.
- (166) McNally RJ. EMDR and mesmerism: a comparative historical analysis. *J Anxiety Disord* 1999; 13:225-236.
- (167) Devilly GJ, Spence SH. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behaviour trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord* 1999; 13:131-157.
- (168) Macklin ML, Metzger LJ, Lasko NB, et al. Five-year follow-up study of eye movement desensitization and reprocessing therapy for combat-related posttraumatic stress disorder. *Comp Psychiatry* 2000; 41:24-27.
- (169) Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007 Feb;190:97-104. Review.
- (170) Everly GS, Mitchell JT. *Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention*. 2nd ed. Ellicot City, Chevron Publishing 1999.
- (171) Wessely S: The London attacks-aftermath: victimhood and resilience. *N. Engl. J. Med*; 353; (2005): 548-550.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (172) Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S: Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002,2: cd000560.
- (173) National Collaborating Centre for Mental Health: Posttraumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. London, National Institute for Clinical Excellence. 2005.
- (174) Chemtob CM, Tomas S, Law W, Cremniter S: Postdisaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychosocial stress. *Am. J. Psychiatry.* 1997; 154: 414-417.
- (175) De Gaglia J. Effect of small group crisis intervention (defusing) on negative affect and agreeableness to seeking mental health. *Brief Treat. Crisis Interv.* 2006; 6: 308-315.
- (176) Bisson J, Deahl M. Psychological debriefing and preventing posttraumatic stress: more research is needed. *Br. J. Psychiatry.* 1994; 165: 717-720.
- (177) Deahl MP, Gillham AB, Thomas J, Searle MM, Srinivasan M. Psychological sequelae following the Gulf War. Factors associated with subsequent morbidity and effectiveness of psychological debriefing. *Br. J. Psychiatry.* 1994; 165: 60-65.
- (178) Carlier IV, Lamberts RD Van Uchelen AJ, Gersons BP: Disaster-related posttraumatic stress in police officers: a field study of the impact of debriefing. *Stress. Med.* 1998; 14: 143-148.
- (179) National Institute of Mental Health: Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence: A Workshop to Reach Consensus on Best Practices. Washington, DC, NIMH, 2002.
- (180) Everly GS Jr, Flynn B: Principles and practical procedures for acute psychological first aid training for personal without mental health experience. *Int. J. Ment. Health.* 2005; 8: 93-100.
- (181) Boscarino J, Adams RE, Figley CR: A prospective cohort study of effectiveness of employer-sponsored crisis intervention after a major disaster. *Int. J. Emerg. Ment. Health.* 2005; 7: 9-22.
- (182) Bryant RA, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behaviour therapy and supportive counselling techniques. *Am. J. Psychiatry.* 1999; 156: 1780-86.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (183) Bisson JJ, Sheperd JP, Joy D, Probert R, Newcombe RG: Early cognitive-behavioural therapy for posttraumatic stress disorder symptoms after physical injury: randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry.* 2004; 184: 63-69.
- (184) Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, Mc Manus F, Fennels M et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2003; 60: 1024-1031.
- (185) Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly GJ, Matthews L, Raphael B, Doran C, Merlin T, Newton S. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007; 41(8):637-48. Review.
- (186) Foa EB, Stein DJ, McFarlane AC. Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67 Suppl 2:15-25. Review.
- (187) Bastiaansen, Dennis M.D.; Koot, Hans M PH.D.; Ferdinand, Robert F M.D., PH.D.; Verhulst, Frank C M.D., PH.D. Quality of Life in Children with Psychiatric Disorders: Self-, Parent, and Clinician Report. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2002; 16:456-63.
- (188) Zatzick DF, Marmar CR et al. Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *Am. J. Psychiatry.* 1997; 154: 1690-1695.
- (189) Johnsen BH, Eid J et al. The effect of sensitisation and coping style on posttraumatic stress symptoms and quality of life: Two longitudinal studies. *Scand J. Psychol.* 2002; 43: 181-188.
- (190) Schmeck K, Poustka F. Quality of life and child psychiatric disorders. In: *Quality of Life in Mental Disorders*, Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. Chichester, England: Wiley. 1997 pp 179–191.
- (191) Shemesh E, Rudnick A, Kaluski E, et al. A prospective study of posttraumatic stress symptoms and non adherence in survivors of a myocardial infarction (MI). *Gen Hosp Psychiatry.* 2001; 23:215–222.
- (192) Somasundaram DJ, van de Put WA. Management of trauma in special populations after a disaster. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67 Suppl 2:64-73. Review.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (193) Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Myers, L., & Putnam, F.W. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003; 42, 561–570.
- (194) Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A., & Yule, W. Principal components analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Personality and Individual Differences*. 2003; 34, 315–322.
- (195) Salmon, K., & Bryant, R.A. Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical Psychological Review*. 2002, 22, 163–188.
- (196) Dyregrov, A. The Interplay of trauma and grief. In *Occasional Paper No. 8, Trauma and Crisis Management*. London: Association for Child Psychology and Psychiatry, 1993
- (197) Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995, 34, 1369–1380.
- (198) Elklit, A. Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002, 41, 174–181.
- (199) Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: The Stationery Office, 2002.
- (200) La Greca, A.M., & Prinstein, M.J. Hurricanes and earthquakes. In A.M. La Greca, W.K. Silverman, E.M. Vernberg & M.C. Roberts (Eds.). *Helping children cope with disasters and terrorism*. Washington: American Psychological Association, 2002.
- (201) Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu Rev Public Health*. 2008; 29:115-29. Review.
- (202) Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. K. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTS-PC): Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse and Neglect*. 1998, 22, 249-270.
- (203) Hunter, W. M., Cox, C. E., Teagle, S., Johnson, R. M., Mathew, R., Knight, E. D., et al. *Measures for Assessment of Functioning and Outcomes in Longitudinal Research on Child Abuse*. 2003, Vol. 1: Early childhood.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (204) Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. Impact of Event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*. 1979, 41, 209-218.
- (205) Dadds, Mark R., Perrin, Sean, Yule, William. Social Desirability and Self-Reported Anxiety in Children: An Analysis of the RCMAS Lie Scale. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1998, 26(4):311-317.
- (206) Frederick, C., Pynoos, R.S., & Nader, K.O. Childhood Post-Traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI). *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1992, 12(2):233-240.
- (207) Connor, KM.; Davidson, J RT.; Churchill, L. E; Sherwood, A; Foa, E; Weisler, RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*. 2000, 176:379-386.
- (208) Greenwald, R., & Rubin, A. Brief assessment of children's post traumatic symptoms: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*. 1999; 9, 61-75.
- (209) Saigh PA, Yasik AE, Oberfield RA, Green BL, Halamandaris PV, Rubenstein H, Nester J, Resko J, Hetz B, McHugh M. The Children's PTSD Inventory: development and reliability. *J Trauma Stress*. 2000 Jul; 13(3):369-80.
- (210) Dalgleish, Tim; Meiser-Stedman, Richard; Kassam-Adams, Nancy; Ehlers, Anke; Winston, Flaura; Smith, Patrick; Bryant, Bridget; Mayou, Richard A.; Yule, William Predictive validity of acute stress disorder in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*. 2008; 192(5):392-39.
- (211) Nader K, Kriegler J, Blake DD, Pynoos RS. Clinician Administered PTSD Scale for Children (CAPS-C). Current and Lifetime Diagnosis Version and Instruction Manual. UCLA Neuropsychiatric Institute and National Center for PTSD, 1994.
- (212) Silverman, W.K., & Albano, A.M. ADIS: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child version. San Antonio, Tx: Psychological Corporation. 1996
- (213) Cohen, J.A., Perel, J.M., DeBellis, M.D., Friedman, M.J., & Putnam, F.W. Treating traumatized children. *Trauma, Violence and Abuse*. 2002, 3, 91–108.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (214) Ollendick, T.H., & Davis, T.E. Empirically supported treatments for children and adolescents: Where to from here? *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004, 11, 289–294.
- (215) Goenjian, A.K., Karayan, I., Pynoos, R.S., Minassian, D., Najarian, L.M., Steinberg, A.M., & Fairbanks, L.A. Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*. 1997, 154, 536–542.
- (216) Layne, C.M., Pynoos, R.S., Salzman, W.R., Arslanagi, B., Savjak, N. et al. Trauma/grief-focused group psychotherapy school-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*. 2001, 5, 277–290.
- (217) Smith, P., Dyregrov, A., & Yule, W. Children and disaster. Teaching recovery techniques. Bergen: Children and War Foundation. 1999
- (218). Ehnholt, Kimberly A. 1; Yule, William 1 Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*. 2006, 47(12):1197-1210,
- (219) Kataoka, S.H., Stein, B.D., Jaycox, L.H., Wong, M., Escudero, P., Tu, W., Zaragoza, C., & Fink, A. A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003, 42, 311–318
- (220) Ribchester, T., Yule, W., & Duncan, A. EMDR and PTSD following RTAs: A case series (submitted for publication). 2004.
- (221) De Roos, C., Greenwald, R., de Jongh, A., & Noorthoorn, E.O. (2004). EMDR versus CBT. Poster presented at 20th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, New Orleans.
- (222) Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. A comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counselling, and Psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004, 72, 579–587.
- (223) Harvey, PD.; Yehuda, R. Strategies to study risk for the development of PTSD. In: Yehuda R. editor. Risk factors for posttraumatic stress disorder. Washington DC, American Psychiatric Press; 1999. pp. 1–21

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (224) Green BL, Grace MC, Gleser G. Identifying survivors at risk: long-term impairment following the Beverly Hills Supper Club fire. *J Consult Clin Psychol*. 1985; 53:672–678.
- (225) Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *Am J Psychiatry*. 1992; 149:671–675.
- (226) Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Peterson EL, Lucia VC. Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*. 1999; 29:813–821.
- (227) McFarlane AC. The aetiology of posttraumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br. J. Psychiatry*. 1989, 154:221-28.
- (228) Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit area survey of trauma. *Am J Psychiatry*. 1999; 156:902–907.
- (229) Vogues M, Romney D. Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. *Ann. Gen.Hosp. Psychiatry*. 2003; 2:4.
- (230) Davidson JRT, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med*. 1991; **21**:713–721.
- (231) Kessler, RC.; Sonnega, A.; Bomet, E.; Hughes, M.; Nelson, CB.; Breslau, N. Epidemiological risk factors for trauma and PTSD. In: Yehuda R. Risk factors for posttraumatic stress disorder. Washington DC, American Psychiatric Press; 1999. pp. 23–59.
- (232) Tedeschi RG, Calhoun LG et al. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1996; 9: 3, 454-5.
- (233) Van der Velden PG, Wittmann L. The independent predictive value of per traumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: a systematic review of prospective studies. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(6):1009-20.
- (234) Green B. Defining trauma: terminology and generic stressor dimensions. *J App Soc Psychol*. 1990;20:1632–1642.
- (235) Nishith P, Mechanic MB, Resick PA. Prior interpersonal trauma: the contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *J Abnorm Psychol*. 2000; 109:20–25.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (236) Yehuda R, McFarlane AC, Shalev AY. Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biol Psychiatry*. 1998; 44:1305–1313.
- (237) Fonagy P, Steele M, Steele H et al. The Emanuel Millar Memorial Lecture 1992. The theory of practice of resilience. *J. Child. Psychol. Psychiatry* 1994, Feb; 35 (2):231-237.
- (238) Agaibi CE, Wilson JP. Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2005 Jul; 6(3):195-216. Review.
- (239) Brown G, Davidson S. Social class, psychiatric disorder of mothers and accidents to children, *Lancet (Press)*, 1978.
- (240) Frankl V. El hombre en busca de sentido. En. Herber 1968, Barcelona.
- (241) Levi, P.: Si esto es un hombre. 6ª edición. Gómez, P. (trad.) Barcelona: El Aleph Editores, 2003.
- (242) Amery J. Más allá de la culpa y la expiación (Tentativas de superación de una víctima de la violencia), Valencia, Pre-textos, 2001.
- (243) N. Garmezy, Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments, *Pediatric Annals*. 1991, 20, pp. 459–466.
- (244) Hunter AJ. A cross-cultural comparison of resilience in adolescents. *J Pediatr Nurs*. 2001; 16(3):172-9.
- (245) Yehuda R, Flory JD, Southwick S, Charney DS. Developing an agenda for translational studies of resilience and vulnerability following trauma exposure. *Ann N Y Acad Sci*. 2006 Jul; 1071:379-96. Review.
- (246) C.A. Markstrom, S.K. Marshall and R.J. Tryon, Resiliency, social support, and coping in rural low-income Appalachian adolescents from two racial groups, *Journal of Adolescence*. 2000; 23, pp. 693–703.
- (247) Bonanno GA, Galea S, Bucciarelli A, Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Oct; 75(5):671-82.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (248) Rew L, Horner SD. Youth Resilience Framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *J Pediatr Nurs*. 2003 Dec; 18(6):379-88. Review.
- (249) Moscardino U, Axia G, Scrimin S, Capello F. Narratives from caregivers of children surviving the terrorist attack in Beslan: issues of health, culture, and resilience. *Soc Sci Med*. 2007 Apr; 64(8):1776-87.
- (250) Gewirtz A, Forgatch M, Wieling E. Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. *J Marital Fam Ther*. 2008 Apr; 34(2):177-92. Review.
- (251) Kelley TM. Natural resilience and innate mental health. *Am Psychol*. 2005 Apr; 60(3):265; discussion 265-7.
- (252) Hoge EA, Austin ED, Pollack MH. Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety*. 2007; 24(2):139-52. Review.
- (253) S. Greenspan, Developmental morbidity in infants in multi-risk families. *Public Health Reports*. 1982; 97: pp. 16–23.
- (254) Block J, Kremen AM. IQ and egoresiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *J. Personal. Soc. Psychol*. 1996 ; 70:349-61.
- (255) Chang EC, Maydeu-Olivares A, D'Zurilla TJ. Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relations to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personal. Individ. Differ*. 1997; 23:433-440.
- (256) Affleck G, Tennen H. Construing benefits from adversity: adaptational significance and dispositional underpinnings. *J. Personal*. 1996; 64:899-922.
- (257) Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *J. Personal. Soc. Psychol*. 1993; 65:375-90.
- (258) Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden and build theory of positive emotions. *Am. Psychol*. 2001; 56:218-26.
- (259) Manne S, Duhamel K, Ostrofr J, Parsons S, Martinis R, et al. Coping and the course of mother's depressive symptoms during and after pediatric bone marrow transplantation. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2003; 42:1055-68.

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

- (260) Seligman MEP. 2002. *Authentic Happiness*. New York: Free Ptugade MM, Fredrickson BL. 2002.
- (261) Positive emotions and emotional intelligence. In *The Wisdom of Feelings: Psychological Processes in Emotional Intelligence*, ed. L Feldman Barrett, P Salovey, pp. 319-40. New York: Guilfordess. 2002
- (262) Park CL, Cohen LH, Murch RL. Assessment and prediction of stress-related growth. *J. Personal.* 1996; 64:71-105.
- (263) Anderson NB, Anderson PE. *Emotional Longevity: What Really Determines How Long You Live*. New York: Viking. 2003
- (264) Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *J. Am. Ceriatr. Soc.* 2004; 52:554-62.
- (265) Braam AW, Beekman AT, Deeg DJ, Smit JH, van Tilburg W. Religiosity as a protective or prognostic factor of depression in later life: results from a community survey in the Netherlands. *Act. Psychiatr. Scand.* 1997; 96:199205.
- (266) Donahue MJ, Benson PJ. Religion and well-being in adolescents. *J. Sci. Stud. Relig.* 1995; 15:29-45.
- (267) Borg J, Andree B, Soderstrom H, Farde L. The serotonin system and spiritual experiences. *Am. J. Psychiatry.* 2003; 160:1965-69.
- (268) Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religious importance and remission of depression in medically ill older patients. *Am. J. Psychiatry.* 1998; 155:536-42.
- (269) Rachman S. The concept of required helpfulness. *Behav. Res. Ther.* 1979; 17:1-6.
- (270) Norris FH, Stevens SP, Pfefferbaum B, Wyche KF, Pfefferbaum RL. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *Am J Community Psychol.* 2008 Mar; 41(1-2):127-50. Review.
- (271) Stice E, Ragan J, Randall P. Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? *J. Abnorm. Psychol.* 2004; 113:155-59.

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

- (272) Hays JC, Steffens DC, Flint EP, Bosworth HB, George LK. Does social support buffer functional decline in elderly patients with unipolar depression? *Am. J. Psychiatry.* 2001; 158:1850-55.
- (273) Heinrichs M, Baumgartner T, Kirschbaum C, Ehlert U. Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol. Psychiatry.* 2003; 54:1389-98.
- (274) Rhodes JE, Grossman JB, Roffman J. The rhetoric and reality of youth mentoring. *New Dir. Youth Dev.* 2002; 91:9-20.
- (275) Maddi SR. Hardiness and optimism as expressed in coping patterns. *Consult. Psychol. J. Pract. Res.* 1999; 51:95-105.
- (276) LeDoux JE, German JM. A call to action: overcoming anxiety through active coping. *Am. J. Psychiatry.* 2001; 158:1953-55
- (277) Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trails. *BMJ.* 2001; 322:1-8.
- (278) Cotman CW, Berchtold MC. Exercise: a behavioural intervention to enhance brain health and plasticity. *Trends Neurosci.* 2001; 25:295-301.
- (279) M. Rutter, Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry.* 1987; 57, pp: 316–331.
- (280) Druss, B G; Rosenheck, R A; Desai, M; et al, Quality of Preventive Medical Care for Patients with Mental Disorders. *Year Book of Psychiatry & Applied Mental Health.* 2003:215-216, 2003.
- (281) Freedman, Alfred M. M.D.; Kaplan, Harold I. M.D. *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* *American Journal of the Medical Sciences.* 1967; 254(6):915
- (282) Jacelon CS. The Trait and Process of Resilience. *J Adv Nurs.* 1997 Jan; 25(1):123-9. Review.
- (283) Wagnild G. Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults. *J Gerontol Nurs.* 2003 Dec; 29(12):42-9.

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

- (284) Wagnild G, Young HM. Resilience among older women. *Image J Nurs Sch.* 1990 Winter; 22(4):252-5.
- (285) Greenspan S, Lourie RS. Developmental structuralist approach to the classification of adaptive and pathologic personality organizations: infancy and early childhood. *Am J Psychiatry.* 1981 Jun; 138(6):725-35.
- (286) Hunter AJ, Chandler GE. Adolescent resilience. *Image J Nurs Sch.* 1999; 31(3):243-7.
- (287) Mandleco BL, Peery JC. An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2000 Jul-Sep; 13(3):99-111.
- (288) Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. *Nurs Forum.* 2007 Apr-Jun; 42(2):73-82.
- (289) Rew L, Taylor-Seehafer M, Thomas NY, Yockey RD. Correlates of resilience in homeless adolescents. *J Nurs Scholarsh.* 2001; 33(1):33-40.
- (290) G.M. Wagnild and H.M. Young, Development and psychometric evaluation of the resilience scale, *Journal of Nursing Measurement.* 1993; n1, pp. 165–178.
- (291) El País, publicado el 18 de enero del 2007, (pág 9-10).
- (292) Brown G, Harris T. Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women. En *Routledge.*1978.
- (293). Grieger TA, Waldrep DA, Lovasz MM, Ursano RJ. Follow-up of Pentagon employees two years after the terrorist attack of September 11, 2001. *Psychiatr Serv.* 2005 Nov; 56(11):1374-8.
- (294) North CS, Nixon SJ, Shariat S et al. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA.* 1999; 282: 755-762.
- (295) Galea S, Vlahov D, Resnik H et al. Trends of probable posttraumatic stress disorder in New York after the 11S terrorisms attack. *Am. J. Epidemiology* 2003, 158 (6); 514-524.
- (296) Ahern J, Galea S. Television images and psychopathology symptoms after the September 11 terrorists attacks. *Psychiatry.* 2002, 65: 289-300.
- (297) Schelenger WE, Caddell JM et al. Psychological reactions to terrorists attacks. Findings from the national study of American's reaction to September 11. *JAMA.* 2002; 288: 581-588.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- (298) Wunsch-Hitzig R, Plapinger J, Draper J et al. Calls for help after September 11: a community mental health hot line. *J. Urban Health* 2002; 79: 417-428.
- (299) Cohen P, Kasen S, Chen H, Gordon K, Berenson K, Brook J, White T. Current affairs and the public psyche: American anxiety in the post 9/11 world. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006 Apr; 41(4):251-60.
- (300) Kulka RA, Schelenger WE, Fairbank JA et al. Trauma and the Vietnam War generation: reports of findings from the National Vietnam veterans Readjustment study. New York, NY Brunner/Mazel, 1990.
- (301) Lobban F, Barrowclough C, Jones S. A review of the role of illness models in severe mental illness. *Clin. Psychol. Rev.* 2003; 23: 171-196.
- (302) Boscacino J, Galea S, Adams R et al. Mental Health Services and medication use in New York city after the September 11, 2001, terrorists attacks. *Psychiatr Serv.* 2004 Mar; 55(3):274-83.
- (303) Schuster MA, Stein BD, Jaycox LH et al. A national survey of stress reactions after September 11, 2001, terrorists attacks. *N. Engl. J. Med.* 2001; 345 1507-1512.
- (304) Boscarino JA, Adams RE, Figley CR. Mental health service use 1-year after the World Trade Center disaster: implications for mental health care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004 Sep-Oct; 26(5):346-58.
- (305) Boscarino JA, Galea S, Ahern J, Resnick H, Vlahov D. Psychiatric medication use among Manhattan residents following the World Trade Center disaster. *J Trauma Stress.* 2003 Jun; 16(3):301-6.
- (306) Grieger TA, Fullerton CS, Ursano RJ. Posttraumatic stress disorder, depression, and perceived safety 13 months after September 11. *Psychiatr Serv.* 2004 Sep; 55(9):1061-3.
- (307) Ferre F. Salud Mental y atentados terroristas. En *Terrorismo y salud pública: Gestión Sanitaria de Atentados Terroristas por Bomba*. Arcos P y Castro R. ed. Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III. Madrid 2007
- (308) Gabriel R, Ferrando L, Cortón ES, Mingote C, García-Camba E, Liria AF, Galea S. Psychopathological consequences after a terrorist attack: an epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *Eur Psychiatry.* 2007 Sep; 22(6):339-46. Epub 2007 Jan 16.

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

- (309) Yalom I, Psicoterapia Existencial y de Grupo En Paidós, 2004.
- (310) Nandi A, Galea S, Tracy M, Ahern J, Resnick H, Gershon R, Vlahov D. Job loss, unemployment, work stress, job satisfaction, and the persistence of posttraumatic stress disorder one year after the September 11 attacks. *J Occup Environ Med.* 2004 Oct; 46(10):1057-64.
- (311) Instituto Nacional de Estadística. Censo Poblacional, año 2007. www.INE.es.
- (312) Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care. London: Tavistock 1980. (Trad cast: Enfermedad mental en la comunidad. Madrid: Nieva 1990).
- (313) Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. A bio-social model. London:Routledge 1992.
- (314) Weissman M, Klerman G. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1977 Jan; 34(1):98-111.
- (315) Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors in the course of psychiatric illness. *Br. J. Psychiatry* 1976, 129: 125-137.
- (316) Weissman M, Paykel E. The depressed woman: A study of social relationships. En Chicago Univ. Press, 1974.
- (317) Hollingshead A, Redlich C. Social class and mental illness. En New York: John Wiley, 1968.

ANEXO 1: Cuestionario sociodemográfico.

*Entre paréntesis figura como se calificó a cada una de las variables, para el posterior análisis estadístico. Las variables de
definieron como sociodemográficas, clínicas, individuales, de tratamiento y de evolución

-Año de nacimiento.

-Sexo. (Var. Sociodemográfica)

-Nacionalidad. (Var. Sociodemográfica)

-Estado civil. (Var. Sociodemográfica)

-Convivencia. (Var. Sociodemográfica)

-Estudios. (Var. Sociodemográfica)

-Si había acudido a la urgencia psiquiátrica durante los últimos días. (Var. Evolución)

-Tipo de afectado. (Var. Clínica)

-Antecedentes de tratamiento psiquiátrico. (Var. Individual)

-Antecedentes de hechos traumáticos. (Var. Individual)

-Se encontraba sólo o acompañado en el momento de los atentados o cuando recibió la noticia de los atentados. (Var. Individual)

-Tiene historia de pérdidas recientes en el último año. (Var. Individual)

-Número de días hasta que acudió al CSM. (Var. Tratamiento)

-Lugar desde donde ha sido derivado al CSM. (Var. Tratamiento)

-Se produce el alta. (Var. Evolución)

-Ha realizado intentos de suicidio. (Var. Evolución)

-Nivel sociolaboral. (Var. Sociodemográfica)

-Situación laboral en el momento del 11M. (Var. Sociodemográfica)

-Motivo de alta. (Var. Evolución)

-Recibió la ILT. (Var. Evolución)

-Era usuario habitual del tren. (Var. Individual)

-Era usuario habitual de esta línea de tren. (Var. Individual)

-En que dispositivo recibió el tratamiento principalmente. (Var. Tratamiento)

-Retornos tras el alta. (Var. Evolución)

-Tipo de sintomatología predominante. (Var. Clínica)

-Tiene los papeles de residencia en regla. (Var. Sociodemográfica)

-Tipo de tratamiento que recibe. (Var. Tratamiento)

-Retornó el paciente tras recibir el alta médica en Salud Mental. (Var. Evolución)

-Tenía problemas idiomáticos (Var. Sociodemográfica).

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

ANEXO 2 Cuestionario mediante entrevista telefónica:

*Se realizaron estas cinco preguntas a los tres años de los atentados mediante encuesta telefónica a cada uno de los pacientes que fueron reclutados durante el periodo de inclusión para el estudio

- 1) ¿Cree que ha podido asimilar de una manera sana la experiencia vivida?.**

- 2) ¿Cree que recibió lo que debía recibir por parte de los servicios sanitarios en Salud Mental?.**

- 3) ¿Lo que recibió por parte de los Servicios de Salud Mental fue útil?.**

- 4) ¿Dejó de acudir al Centro de Salud Mental? ¿Cuál fue el motivo?.**

- 5) ¿Qué es lo que más le ayudo a superar la situación vivida?.**

ANEXO 3. Respuestas emitidas por los pacientes durante la entrevista telefónica.

*Se recogen literalmente las respuestas emitidas por los pacientes a cada una de las cinco preguntas durante la entrevista telefónica. En negrita figura lo que fue tomado como respuesta para la posterior categorización. Entre paréntesis figura en algunos casos la categoría en la que fue incluida la respuesta.

-Paciente 1:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 2:

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Creo que sí**”
- 4) “Me era **imposible el poderlo compaginar con el horario laboral** y tuve que dejar de ir”.
- 5) “Yo creo que **estar con gente en situación similar una** y al no tener familia **aquí los amigos**”

-Paciente 3:

- 1) “**No**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “No me encontraba bien del todo y **busqué ayuda en un psicólogo privado** que me recomendaron”
- 5) “Principalmente **mi familia**, pero también **los amigos** y **el poder recuperar mi ritmo de vida, mis actividades, lo que solía hacer antes de esto**” (rutina)

-Paciente 4:

- 1) “**No**”.
- 2) “**No**”.
- 3) “**No**”.
- 4) “**Porque no me ayudaba**, las citas eran cada mucho tiempo y yo necesitaba cada poco tiempo, no estaba nada bien, casi no podía ni salir a la calle”

5) **“Mi familia y el poder volver a mi trabajo”**

-Paciente 5:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 6:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 7:

1) **“Sí”.**

2) **“Sí”.**

3) **“Sí”.**

4) **“Porque estaba bastante mejor, podía hacer mi vida más o menos”.**

5) **“Mi familia** sobre todo, que estuvieron muy encima y al principio **los grupos** que se hicieron” (grupos psicoterapéuticos)

-Paciente 8:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 9:

1) **“Sí”.**

2) **“Sí”.**

3) **“Sí”.**

4) **“Lo cierto es que fui a un psicólogo privado** después de un tiempo”

5) **“A mí lo que más me ayudó es mi familia,** su apoyo y comprensión” (familia)

-Paciente 10:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 11:

1) **“Sí”**

2) **“Sí”.**

3) **“Sí”.**

4) **“Me empezó a llevar otro médico** amigo de unos amigos y dejé de ir”

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares

5) “**Los psicólogos del centro**, sobre todo los primeros días, también **los fármacos**, para estar más tranquilo, luego no”

-Paciente 12:

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “Porque **pensaba que tenía que superarlo yo sola** y dejé de ir”
- 5) “Durante todo el tiempo **mi pareja** ha sido el mayor apoyo, también **algunos amigos**”

-Paciente 13:

- 1) “**Creo que sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “**Me encontraba mejor** y dejé de ir a las citas, aunque me llegaron a llamar para que volviese”
- 5) “**El apoyo de gente cercana y el dejar de pensar en todo lo que pasó**, luego **el que fuese pasando el tiempo**”

-Paciente 14:

- 1) “**No**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “**Lo pasaba mal yendo allí**, cuando salía estaba muy mal y los días de después no paraba de darle vueltas a todo, con muchos nervios, salía peor de cómo entraba” (no le ayudaba el acudir)
- 5) “**Mi marido, mis hijos**, sobre todo el pequeño y **el poder volver a vivir el día a día**”.

-Paciente 15:

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**No**”.
- 3) “**Sí**”.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

- 4) “**Se acabaron los grupos** y ya no me llamaron más, bueno yo tampoco llamé”
- 5) “**Mi carácter**, el cómo soy para estas cosas y también **los amigos mucho**, casi no me dejaron solo, me apoyaron bastante”

-Paciente 16:

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4)” Llegado un punto me dejó de ayudar el ir, **lo pasaba mal recordando**” (No le ayudaba el acudir)
- 5) “**Los grupos psicoterapéuticos y los profesionales** para llevarlo mejor. El apoyo de **mi familia**”

-Paciente 17:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 18:

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “**Porque podía continuar con mi vida**” (Se encontraba mejor).
- 5) “**Que soy joven**, también pasado el tiempo **el poder mirar hacia delante con ilusión**”

-Paciente 19:

- 1) “**Creo que sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “Dejé de ir cuando me estaba recuperando, **ya estaba mejor**”.
- 5) “**Mi familia** sobre todo, también **mis amigos**. En los grupos también **saber que hay gente que lo estaba pasando peor que yo**” (saber que había gente que estaba en una situación similar a ella).

-Paciente 20:

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**La mayoría de las cosas sí**”.
- 4) “Al principio me ayudaba, pero luego me costaba, **lo pasaba mal**, cosas que se decían no me gustaban” (no le ayudaba)
- 5) “**Los grupos** y el apoyo de **mi familia**” (grupos psicoterapéuticos)

-Paciente 21:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 22:

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “Cosas que sí y otras no, pero **en general sí**”.
- 4) “Era por la mañana y **no podía ir** cuando empecé a trabajar” (no podía acudir por el horario).
- 5) “**El no pensar** en ello y **no tener lesiones físicas**, a mi no me pasó nada, tuve suerte, pero cuando lo pienso me pongo todavía mal”

-Paciente 23:

- 1) “**Yo creo que sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “**Pensaba que tenía que superarlo yo sola**, que tenía que ser capaz de recuperar mi vida sin pastillas”
- 5) “El hablar mucho con **Dios**, también saber que podía contar con **mi familia** y **mis amigos**, nunca he estado sola, eso ha sido fundamental, sino estaría mucho peor, aún así tengo días horribles, muy bajoneada (sic)”

-Paciente 24:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 25:

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

1) “**No**, escuche, yo desde que pasó todo no he tenido un solo día en que no lo piense, no he podido volver a subir a un tren no he vuelto a dormir bien, todavía tengo pesadillas, no me puedo quedar sola en casa, no sé si lo superaré algún día, pero es horrible”.

2) “**No**”.

3) “**No**”.

4) **No me ayudaba el ir**, estaba cada vez peor, solo me daban pastillas, y luego qué, la que estaba luego sola era yo, no sentía que me entendiese la psicóloga, además hubiese necesitado más apoyo no solo pastillas”

5) “**Mi carácter**, y la comprensión y cercanía de **mi familia** es lo único que me ha servido” (carácter y apoyo de la familia)

-Paciente 26:

1) “Todavía **no**, mi vida no es la misma desde los atentados, y mi carácter ha cambiado, antes era muy animado, ahora...no soy igual”

2) “**Sí**”.

3) “**Sí**”.

4) “No yo todavía **sigo acudiendo**”.

5) “**Los psiquiatras y el que haya pasado ya bastante tiempo** desde todo aquello”

-Paciente 27:

1) “**No**, ni siquiera puedo subir a un tren, tuve que cambiar de trabajo”.

2) “**En parte sí**”.

3) “**Sí**”.

4) “**Porque en ese momento estaba mejor que al principio**, pero creo que debería haber seguido yendo, me lo decía todo el mundo”.

5) “**Mi pareja y mi familia**”

-Paciente 28:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 29:

1) “**Sí**”.

2) “**Sí**”.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares

- 3) “**Sí**”.
- 4) “**Porque ya estaba bien**, bueno no bien del todo”.
- 5) “Sobre todo **mi fuerza de voluntad mi carácter**, me dije, esto no va a poder conmigo y tiré pa adelante (sic), también el poder saber que contaba con **mi familia**, que me han ayudado una barbaridad” (fuerza de voluntad, carácter y familia)

-Paciente 30:

- 1) “**No**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “**Me fui a vivir fuera de Alcalá** y ya no tenía sentido seguir viniendo”
- 5) “**El irme fuera de Alcalá, olvidarme de todo**, también **mi familia**” (irse fuera de Alcalá, apoyo de la familia)

-Paciente 31:

- 1) “**Yo creo que sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “**No podía por el horario**, tenía que ir a trabajar”
- 5) “El poder **volver a trabajar**, hasta entonces **mi familia y mis amigos**, que tengo muchos”

-Paciente 32:

- 1) “**No**, he tenido que cambiar de trabajo, todavía lo paso mal algunos días, a día de hoy hay semanas horribles, sobre todo cuando empieza a salir en la tele todo”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**La mayoría de las cosas sí**”.
- 4) “**Pensaba que tenía que superarlo yo sola**, que podía con ello”
- 5) “**Mi familia, mis vecinos y mis amigos**, luego **el poder empezar a dormir mejor**, el no tener pesadillas todos los días”

-Paciente 33:

- 1) “**No**, mi vida no es la misma y no sé si la recuperaré”.
- 2) “**Sí**”.

- 3) **“Sí”**.
- 4) **“A mí me dieron el alta”**.
- 5) **“El paso del tiempo y al principio los psicólogos”** (profesionales)

-Paciente 34:

- 1) **“Sí”**.
- 2) **“Sí”**.
- 3) **“Sí”**.
- 4) **“Ya me encontraba mejor** y no era tan importante el seguir yendo”.
- 5) **“Olvidar**, ha sido importante el poder hacerlo, también al principio **tener gente con quién poder hablar** de ello, y principalmente **mi pareja** que fue quien se lo comió todo (sic)”

-Paciente 35:

- 1) **“No del todo**, creo que esto nunca se acaba de superar, o al menos en mi caso”.
- 2) **“Sí”**.
- 3) **“Sí”**.
- 4) **“Ya estaba mejor”**.
- 5) **“El apoyo del entorno próximo** y también el **poder volver a mirar hacia delante con algo de ilusión”** (apoyo de gente cercana, poder mirar hacia adelante).

-Paciente 36:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 37:

- 1) **“No**, mire me gustaría que le transmitiera algo a los gobiernos o a sus jefes, se han olvidado de nosotros, nadie se preocupa de cómo estamos más que para salir en la tele, no le importamos a nadie, ¿donde están las ayudas que prometieron?”
- 2) **“No”**.
- 3) **“No”**.
- 4) **“No podía acudir por el horario que era”**
- 5) **“Sobre todo mi familia, el no tener lesiones físicas** ni ninguna tara. **El rezar** mucho también me ha ayudado y me está ayudando” (familia, Dios, no tener secuelas físicas).

-Paciente 38_

- 1) “**No**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “Llegó un punto en que **me hacía daño el acudir**, esa semana lo pasaba fatal y dejé de ir”.
- 5) “**Mis amigos, también el cómo soy y la lucha diaria**, en el día a día para seguir adelante” (amigos, personalidad, lucha propia).

-Paciente 39:

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “Cuando empecé a trabajar **no podía en ese horario**”.
- 5) “**Mi familia y los psicólogos**”. (familia y profesionales).

-Paciente 40:

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “Ya **me encontraba mejor** y pensaba que no era necesario seguir yendo” (estaba bien).
- 5) “**El poder recuperar mi vida, vivir el día a día, volver a la rutina**, también por supuesto **el apoyo de mi familia**, que es quién más me ha ayudado”.

-Paciente 41:

- 1) “**No del todo**, no sé si llegará el día en que lo pueda decir, creo que esto nunca se acaba de superar del todo, siempre te quedan secuela en la cabeza”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “**Porque pensaba que estaba bien**”.
- 5) “**Mi marido y el poder volver a mi trabajo**, que me encanta”.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

-Paciente 42:

- 1) “**No**, no puedo decir que mi vida sea la misma que antes de los atentados, no he vuelto a dormir bien, no hay día en el que no lo piense ni me acuerde de todo”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “Necesitaba más apoyo y **fui a la Asociación de Víctimas**, me empezaron a llevar allí” (buscó ayuda en otra parte).
- 5) “**Mi familia**”.

-Paciente 43:

- 11) “**Sí**”.
- 12) “**Sí**”.
- 13) “**Sí**”.
- 14) “**Yo ya estaba mejor**, no era tan importante el ir como al principio, que estaba fatal”.
- 15) “**La familia y los grupos**” (familia y grupos psicoterapéuticos).

-Paciente 44:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 45:

- 1) “La verdad que **creo que sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**La mayoría de las cosas sí**”.
- 4) “Cuando dejé de ir fue **porque estaba mejor**”.
- 5) “**El poder volver a mi trabajo**, también **mis compañeros de piso** me apoyaron un montón”.

-Paciente 46:

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Yo creo que sí**”.
- 3) “**Sí, aunque no todo**”.
- 4) “**Me quedé embarazada** en ese momento dejé de ir”

5) “**Mis hijos**, también al principio **conocer gente que lo estaba pasando peor que yo**, algunos con lesiones físicas, yo por lo menos salvo lo de los oídos no tenía ninguna” (conocer que había gente en una situación similar.).

-*Paciente 47:*

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**En parte sí**”.
- 3) “**Sí**.”
- 4) “Porque **pensaba que estaba bien** y que ya no tenía que volver”.
- 5) “**La terapia de grupo y el apoyo de la familia y amigos**, sobre todo los primeros días”.

-*Paciente 48:*

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Creo que sí**”.
- 3) “**Sí, casi todo sí**”.
- 4) “Porque **cuando iba a la terapia me encontraba** peor que antes de entrar, salía fatal, yo no sé si eso es normal, pero pensaba que me perjudicaba el ir”.
- 5) “**Mi familia**.”.

-*Paciente 49:*

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “**Porque me dieron el alta**”.
- 5) “**Mis hijos**.”.

-*Paciente 50:*

- 1) “**Yo creo que sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**.”
- 4) “**Porque estaba bastante mejor**”.
- 5) “**El tratamiento farmacológico**, que me tranquilizó y me hizo tomar perspectiva de lo que había pasado, luego el poder **volver al trabajo**, recuperar mi vida con sus

**Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares**

cosas buenas y malas el poder volver a sonreír e ilusionarme” (tratamiento farmacológico, trabajo).

-Paciente 51:

- 1) **“Sí”.**
- 2) **“Sí”.**
- 3) **“Sí”.**
- 4) **“Porque pensaba que estaba bien”.**
- 5) **“La familia”.**

-Paciente 52:

- 1) **“Sí”.**
- 2) **“Sí”.**
- 3) **“Sí”.**
- 4) **“Pensaba que la terapia de grupo me perjudicaba**, había gente que no sé qué hacía allí, cada uno decía lo que quería, y cuando se dijo lo de volver a los trenes dije que por eso no pasaba”.
- 5) **“Lo que más me ayudó fue mi familia”.**

-Paciente 53:

- 1) **“Sí”.**
- 2) **“Yo diría que sí.”**
- 3) **“Sí”.**
- 4) **“Porque estaba mejor”.**
- 5) **“Dios, la lucha del día a día, el poder mirar hacia delante con esperanza, mi fuerza de voluntad”** (Lucha individual, fuerza de voluntad, mirar hacia delante).

-Paciente 54:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 55:

- 1) **“No”.**
- 2) **“Sí”.**
- 3) **“Sí”.**

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

4) “La verdad es que **rechacé la ayuda**”.

5) “**Mi esposa**, también hablar con **Dios** para tratar de entender el porqué me había pasado esto, y por supuesto el **no tener lesiones físicas**, Salí indemne, creo que tuve mucha suerte, y eso fue por algún motivo, lo viví y lo vivo como una prueba que hay que superar”.

-Paciente 56:

1) “**No**, no creo que esto se pueda superar nunca, fue horrible”.

2) “Ciertamente **creo que sí**”.

3) “**La mayoría de las cosas sí**”.

4) “Me **marché a vivir a Extremadura**” (Se fue a vivir fuera de Alcalá).

5) “**Mi mujer y los psiquiatras**” (familia y profesionales).

-Paciente 57:

1) “**No**”.

2) “**Sí**”.

3) “**Sí**”.

4) “**Porque ya estaba bien para poder trabajar**”.

5) “**El sentirme escuchada, el tratar de no recordar**, también fue fundamental **mi familia**”.

-Paciente 58:

1) “**No**”.

2) “**No**, faltaron muchas cosas y más medios”.

3) “**No**, la mayoría de las cosas no, en especial los grupos no me ayudaron para nada”.

4) “**Sí**, aunque no estaba bien del todo me dieron el alta, me dijeron que ya no me podía ayudar más y que tenía que ser yo, aún no sé cómo, si lo hubiese sabido no me hubiese hecho falta el ir”.

5) “**Mi familia y la fuerza de voluntad**”.

-Paciente 59:

1) “**No**”.

2) “**Sí**”.

- 3) **“Sí”**.
- 4) **“Me llevó la mutua de mi trabajo y dejé de ir**, me dijeron que era mejor que me viesen solo ellos”.
- 5) **“Mi familia**, también me ayudaron mucho **los terapeutas”**.

-Paciente 60:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 61:

- 1) **“No”**.
- 2) **“No”**.
- 3) **“No”**.
- 4) **“Porque pensaba que no me ayudaba el ir**, creo que no me servía, no me encontraba bien cuando salía de los grupos”.
- 5) **“Sobre todo mis amigos y mi familia**, luego más adelante **el tratar de no recordar**, de olvidarle de todo lo que había pasado, aunque es difícil” (amigos, familia, el no recordar).

-Paciente 62:

- 1) **“Sí”**.
- 2) **“Sí**, creo que sí”.
- 3) **“Sí”**.
- 4) **“Deje de ir cuando pensaba que estaba bien** y que no me hacía falta, había gente que estaba mucho peor que yo” (estaba mejor).
- 5) **“Varias cosas**, pero sobre todo **el autocontrol y la sugestión”**.

-Paciente 63:

- 1) **“Sí”**.
- 2) **“Sí”**.
- 3) **“Sí”**.
- 4) **“Porque estaba mucho mejor**, ya no era tan necesario como al principio y quería continuar con mi vida”.
- 5) **“El volver al trabajo y mi familia”**.

-Paciente 64:

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**No**, al menos a mi no me servían”
- 4) “**Pensaba que no me ayudaba el ir**, no estaba cómoda, lo pasaba mal, había cosas que me dijeron que no me dejaban ni dormir”.
- 5) “**Mi familia**”.

-Paciente 65:

- 1) “**No del todo** todavía tengo mis días”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “**Me perjudicaba el acudir** y además no estaba lo suficientemente bien como para que me sirviese”.
- 5) “**Mi familia y el tratar de olvidarlo** todo y seguir adelante con mi vida”.

-Paciente 66:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 67:

- 1) “**No**, por lo menos yo”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “**Me fui a ver a un psicólogo privado** al que había ido un amigo”.
- 5) “Creo que lo único que te ayuda en estos casos es **el paso del tiempo** y más adelante **la necesidad de adaptarse a la vida**, al día a día”.

-Paciente 68:

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “Porque **pensaba que tenía que superarlo yo sola** junto a los míos”.
- 5) “**Mi familia** y el **tener un carácter muy sólido**” (familia, carácter).

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares

-Paciente 69:

- 1) “Sí”.
- 2) “Sí”.
- 3) “Sí”.
- 4) “Me ayudaron **en la mutua de la empresa** y deje de acudir”.
- 5) “**Mi hijo**”.

-Paciente 70:

- 1) “Sí”.
- 2) “Sí”.
- 3) “Sí”.
- 4) “Porque **ya me encontraba bien** y pensaba que no era necesario”.
- 5) “**Mi familia**”.

-Paciente 71:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 72:

- 1) “Sí”.
- 2) “Sí”.
- 3) “Sí”.
- 4) “Pensaba que **tenía que vivir el día a día y tratar de seguir yo sola**”.
- 5) “**La familia, mis amigos**, el poder recuperar **mi trabajo** y **la rutina del día a día**, aunque me ha llevado tiempo” (familia, rutina, amigos, trabajo).

-Paciente 73:

- 1) “Sí”.
- 2) “Sí”.
- 3) “Casi todo **sí**”.
- 4) “Porque **ya me encontraba mejor** y ya no lo necesitaba como al principio”.
- 5) “El **estar embarazada**, me dio fuerzas, también el hablar con **mi hijo**, el **tratar de no pensar**, y al principio del todo **los psicólogos**” (estar embarazada, familia, no pensar, los profesionales).

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares

-Paciente 74:

Paciente que **no quiere contestar**. Lo coge su marido y explica que desde que ha empezado el juicio (todavía no había comenzado, pero lo hizo en pocos días), ha vuelto a recaer y cree que no le ayuda el que le pregunten sobre ello, pide que no se les vuelva a llamar tras preguntar quién es el responsable del estudio

-Paciente 75:

- 1) **“No del todo”**.
- 2) **“Sí”**.
- 3) **“Sí”**.
- 4) **“Me enviaron una carta de mi trabajo para que fuese a la mutua”**.
- 5) **“No ir más al CSM, mi fuerza de voluntad, el acudir al monumento a las víctimas, también el rezar y hablar con Dios y mi familia”**.

-Paciente 76:

- 1) **“No y no creo que pueda, no he vuelto a ser la misma”**.
- 2) **“Sí”**.
- 3) **“Sí”**.
- 4) **“No, yo sigo yendo a uno privado que me recomendaron”**.
- 5) **“El apoyo de la familia y de mis amigos”**.

-Paciente 77:

- 1) **“No”**.
- 2) **“Sí”**.
- 3) **“Sí”**.
- 4) **“Porque me encontraba bien para seguir con mi vida”**.
- 5) **“Lo que más los psicólogos y los grupos del principio”** (profesionales y grupos psicoterapéuticos).

-Paciente 78:

- 1) **“No”**.
- 2) **“Sí”**.
- 3) **“Sí”**.
- 4) **“Porque tuve problemas en el trabajo y lo tuve que dejar”**.

5) “El pensar **que no tuve lesiones físicas y mi hijo**”.

-Paciente 79:

- 1) “**No** y dudo que los que estuvimos allí podamos volver a llevar una vida normal”.
- 2) “**No**”.
- 3) “**No**”.
- 4) “**Para salir por mí misma**, pensaba que era lo que tenía que hacer”.
- 5) “El tener mucha **fuerza de voluntad**”.

-Paciente 80:

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “Porque **estaba ya bien**”.
- 5) “Creo que lo que más mi **carácter**, también contactar **con gente que había pasado por lo mismo y los grupos** de afectados” (grupos, carácter, conocer gente en una situación similar).

-Paciente 81:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 82:

- 1) “**Sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí, pero sólo al principio**”
- 4) “**Sí, deje de acudir**, era un lío el ir allí”.
- 5) “**Poder hablar sobre ello y sentirme comprendida**”.

-Paciente 83:

- 1) “**No sé.**”
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “**Porque no lo necesitaba, además me dieron el alta**”.
- 5) “**No pensar en ello**”.

-Paciente 84:

- 1) **“No”**.
- 2) **“No”**.
- 3) **“Algunas cosas**, otras no tanto”
- 4) **“Porque me fue a mi país (Rumanía), y empecé tratamiento psicológico allí”**.
- 5) **“Mi hija** que se quedó embarazada, también **los grupos y los psicólogos”** (grupos terapéuticos, familia y profesionales).

-Paciente 85:

- 1) **“Sí”**.
- 2) **“No”**.
- 3) **“No”**.
- 4) **“Porque no me ayudaba”**.
- 5) **“Reflexionar sobre la vida”**.

-Paciente 86:

Paciente ilocalizable.

-Paciente 87:

- 1) **“No sé”**.
- 2) **“Me imagino que sí”**.
- 3) **“Sí, sobre todo los primeros días”**.
- 4) **“Deje de ir porque me recomendaron un psicólogo, y al ir quedé contento y ya seguí con él, pero llame a la psicóloga para decírselo”**.
- 5) **“El poder hablar sobre lo ocurrido y el tratar de pensar lo menos posible en lo que pasó”**.

-Paciente 88:

- 1) **“No, para nada, ya no he vuelto a ser la misma, yo no sé otras personas, pero esto es muy duro de asimilar, o de seguir viviendo como si no hubiera pasado nada”**.
- 2) **“Sí”**.
- 3) **“Sí”**.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares

- 4) **“Deje de ir cuando ya me encontraba bien”.**
- 5) **“Mi familia y el vivir el día a día, centrándome en mis cosas”.**

-Paciente 89:

- 1) **“Sí”.**
- 2) **“Sí”.**
- 3) **“Sí”.**
- 4) **“Porque me encontraba mejor, ya no sufría tanto”.**
- 5) **“Los psiquiatras, mi carácter y experiencias parecidas que había vivido previamente en mi país, aún así fue duro”.**

-Paciente 90:

- 1) **“No, a veces ni me reconozco, ni me aguanto, no he vuelto a ser la misma persona, esto te marca para siempre”.**
- 2) **“Sí”.**
- 3) **“Sí”.**
- 4) **“Me fui a vivir a mi país, ya no aguantaba más cogimos nuestras cosas y volvimos a Rumanía”.**
- 5) **“Mi familia”.**

-Paciente 91:

- 1) **“No, en mi vida hay un antes y un después tras este día”.**
- 2) **“Sí”.**
- 3) **“Sí”.**
- 4) **“Porque estaba mejor”.**
- 5) **“El tratar de hacer una vida normal y el apoyo de la familia y los amigos”.**

-Paciente 92:

- 1) **“Sí”.**
- 2) **“Sí”.**
- 3) **“Sí”.**
- 4) **“Por falta de tiempo”.**

5) **“Mi familia y el volver a mi trabajo”**.

-Paciente 93:

- 1) **“No, no es fácil superar esto”**.
- 2) **“Sí”**.
- 3) **“Bueno sí”**.
- 4) **“Porque pensaba que tenía que superarlo sola”**.
- 5) **“Al principio los psicólogos y luego mi familia”**.

-Paciente 94.

- 1) **“No”**.
- 2) **“Sí”**.
- 3) **“No”**.
- 4) **“Porque me fui fuera de Alcalá”**.
- 5) **“El creer en Dios, y por supuesto mi familia y algunos amigos”**.

-Paciente 95.

No quiere contestar. Explica que no quiere volver a saber nada de todo lo que pasó, que los medios de comunicación no dejan hacer a los afectados una vida normal, y pide que no se la vuelva a llamar, pide también más ayuda para los afectados, porque considera que los políticos solo quieren salir en la foto, y que pasado este tiempo se han olvidado de ellos.

-Paciente 96:

- 1) **“No”**.
- 2) **“Sí”**.
- 3) **“Sí”**.
- 4) **“Porque creía que ya estaba mejor”**.
- 5) **“El poder hablar sobre ello y el apoyo de la gente cercana”**.

-Paciente 97:

- 1) **“Sí, hace tiempo que hago vida normal, aunque de vez en cuando tengo mis días”**.
- 2) **“Sí”**.
- 3) **“Sí”**.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares

- 4) “Bueno, porque **ya estaba mejor**”.
- 5) “**Mi familia y mi pareja**, sin ellos no hubiera podido”.

-Paciente 98:

- 1) “**Creo que sí**”.
- 2) “**Sí**”.
- 3) “**Sí**”.
- 4) “Deje de ir **cuando estaba mejor**”.
- 5) “**El apoyo de mi familia, mi trabajo, y en definitiva el recuperar mi rutina diaria**”.

-Paciente 99:

Ilocalizable.

-Paciente 100:

Ilocalizable.

-Paciente 101:

Ilocalizable.

-Paciente 102:

-Ilocalizable.

-Paciente 103:

Ilocalizable.

-Paciente 104:

Ilocalizable.

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares

ANEXO 4. TABLA DE OBJETIVOS-HIPÓTESIS-CONCLUSIONES.

OBJETIVO	HIPOTESIS	SUBHIPÓTESIS	CONCLUSIONES	SUBSUBHIPÓTESIS
Analizar la demanda y el uso de servicios de la población general ante una situación traumática, a través del estudio de los pacientes que acudieron a los CSM del Área	1. La demanda de la población general en los CSM del Área 3 no se ve influida ni modificada por la existencia de hechos traumáticos previos relevantes, en este caso los atentados terroristas del 11M.		<p>En términos generales en la muestra pacientes atendida En el CSM de Alcalá tardó poco tiempo en llegar al CSM y necesitaron pocas citas (dos de media), siendo el motivo de abandono por parte del paciente de mejoría. Lo que parece indicar que los recursos individuales facilitan la adaptación tras esta situación traumática sin excesiva ayuda especializada.</p> <p>La demanda asistencial fue recibida en el CSM con mucha rapidez, en la primera semana se recibió al 60% de los pacientes totales y pasado el primer mes se había recibido el 90% de todos. La demanda pudo ser absorbida de manera adecuada a pesar de lo numerosa que fue en los primeros días.</p> <p>El grupo de pacientes</p>	

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

			<p>de la muestra cumple con las características sociodemográficas en cuanto a predominio de mujeres (casi el doble), de casados (47 de 104) y que viven con familia propia (52 de 104), lo que concuerda con estudios previos sobre la demanda (en atención primaria, aunque no especializada) en cuanto a mayor prevalencia en estos grupos (no concuerda con los estudios hechos sobre población especializada, pero las cifras son similares al haberse eliminado todos los filtros). Además las mujeres acudieron a más citas de media que los hombres antes del alta (5,61 por 2,92).</p> <p>Hubo una demanda muy importante de la población extranjera, que representaba el 46.15% de los pacientes atendidos, cuando sólo son el 16,59% de la población general. Esta</p>	
--	--	--	--	--

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

			<p>hiperrepresentación en la población demandante es más importante para la proveniente del este de Europa, (22% en la muestra y 6.3% en la población de Alcalá) la latinoamericana (20% en la muestra y 4.5% en la población general), y subsahariana, (1.9% en la muestra y 1.3% en la población general). Es casi imperceptible en la norteafricana, (0.96% en la muestra y 0.68% en la población general). Por el contrario, otras poblaciones extranjeras como la asiática y la de ciudadanos de la Unión Europea, que representan a un 0.36% de la población general y 1.9% respectivamente, no encuentran representación en la muestra. Como posibles motivos para esta representación podemos encontrar, el contexto en el que se produjo el atentado (horario, día) y el que</p>	
--	--	--	---	--

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

			<p>la población extranjera acudiese más por motivos no clínicos. Finalmente la alta presencia de ciudadanos latinoamericanos también lo podría explicar la facilidad para acudir por el dominio del idioma. Lo que también explicaría que fuesen los españoles y los sudamericanos los que recibiesen más citas, 5.63 y 4.62 de media.</p> <p>La mayoría de la muestra está compuesta por afectados directos, que habían estado en los trenes, 89 (85.5%), destacando la escasa muestra de afectados indirectos que se recibieron, entre las posibles razones ya hemos hablado de que estos pacientes recibiesen atención en la sanidad privada, o bien que fuesen los recursos dotados por el Ministerio de Interior u otros que se les ofertasen, aún así es muy escaso el número</p>	
--	--	--	---	--

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

			<p>de afectados indirectos, comparado con el de directos.</p> <p>Analizando el lugar de derivación, la gran mayoría de los pacientes fueron derivados de Atención Primaria, que es donde acudieron la mayoría de los pacientes en primera instancia (73%), lo que indica un buen funcionamiento de los recursos destinados. El resto de pacientes acudió o bien desde la urgencia psiquiátrica del hospital (estos fueron los que antes acudieron, seguramente por cuestiones clínicas, 9.5 días de media, y los que más citas recibieron 7.88, o desde Servicios sociales u otros recursos en menor media. Un 12,5% acudió espontáneamente gracias a la eliminación de filtros desde primaria.</p>	
Analizar las	2. La respuesta ante hechos	2.1 La respuesta	A los dos años de los	2.1.1 Por el sexo de los

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

<p>respuestas de la población atendida ante dicha situación traumática, realizando un seguimiento de la evolución y de los factores que influyen en dicha evolución.</p>	<p>traumáticos y la evolución clínica de la población general del Área 3 no se ve influida por variables sociodemográficas, individuales, clínicas, de tratamiento o variables de evolución de los individuos afectados.</p>	<p>ante hechos traumáticos y la evolución clínica de la población no está influida por variables sociodemográficas.</p> <p>2.2 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica de la población no se ve influida por variables clínicas.</p> <p>2.3 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica de la población no se ve influida por variables individuales.</p> <p>2.4 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica de la población no se ve influida por variables de tratamiento.</p> <p>2.5 La respuesta ante este hecho traumático y la evolución clínica de la población no se ve influida por variables de evolución.</p>	<p>atentados solamente dos pacientes continúan en tratamiento de los ciento cuatro iniciales, el motivo más frecuente es el alta por abandono del paciente por mejoría.</p> <p>La sintomatología más predominante tras una situación traumática como esta es la de hiperactivación (41,9% de los pacientes de la muestra), seguida de la de reexperimentación (24,8% de la muestra), menos frecuentes son síntomas afectivos y evitativos (11,8%). Esto indica que ante una situación traumática los pacientes de esta muestra sufrieron un predominio de clínica principalmente ansiosa.</p> <p>A los dos años de los atentados la evolución de los pacientes encuestados está marcada por los abandonos, por diversas causas, un 39,13% dejó de ir</p>	<p>pacientes</p> <p>2.1. Por la nacionalidad de los pacientes</p> <p>2.1.3 Por el estado civil de los pacientes.</p> <p>2.1.4 Por el tipo de convivencia de los pacientes.</p> <p>2.1.5 Por el nivel de estudios de los pacientes</p> <p>2.1.6 Por el nivel sociolaboral de los pacientes.</p> <p>2.1.7 Por la situación laboral de los pacientes previa a los atentados</p> <p>2.1.8 Por el hecho de que los pacientes tuviesen o no los papeles en regla.</p> <p>2.2.1 Por el tipo y grado de afectado.</p> <p>2.2.2 Por el tipo de sintomatología clínica que los pacientes presentan mayoritariamente.</p> <p>2.3.1 Por el hecho de que el paciente tenga antecedentes de tratamiento psiquiátrico.</p> <p>2.3.2 Porque el paciente tenga antecedentes de sucesos traumáticos en el pasado.</p> <p>2.3.3 Porque el paciente se encontrase solo o acompañado cuando estallaron los trenes o recibió la noticia</p> <p>2.3.4 Porque el paciente tuviese historia de pérdidas recientes en su</p>
--	--	---	--	--

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

			<p>porque se encontraba mejor, un 15,2% porque creía que no le ayudaba el acudir, un 13% porque buscó ayuda en otra parte (terapeutas privados, mutuas...), un 8,6% abandonó porque el horario le era incompatible, un 6,4% dejó de ir porque cambió de domicilio, un 5,12% porque pensaba que tenía que salir por sí mismo de la situación, un 4,3% rechazó la ayuda, y otro pequeño porcentaje (1,28%), abandonó por diversos motivos (embarazo, mejoría como para poder trabajar), solamente tres pacientes (4,3%) dejó de ir porque recibió el alta médica, y solo dos continuaban en tratamiento a los tres años (1,28%). Esto de nuevo indica que quizás los recursos de Salud Mental no sean vitales cara a la readaptación tras una situación traumática. La evolución se ve</p>	<p>biografía</p> <p>2.3.5 Porque el paciente fuese o no usuario habitual del tren.</p> <p>2.3.6 Porque el paciente fuese o no usuario habitual de esa línea de tren.</p> <p>2.4.1 Por el lugar desde donde fue derivado hasta salud mental.</p> <p>2.4.2 Por el dispositivo en el que recibió tratamiento el paciente.</p> <p>2.4.3 Por el tipo de tratamiento predominante que recibe el paciente.</p> <p>2.4.4 Por el número de días que pasaron hasta que acudió al primer dispositivo de salud mental.</p> <p>2.5.1 Por el hecho de que se produzcan retornos tras el alta.</p> <p>2.5.2 Por el hecho de que el paciente haya acudido a la urgencia psiquiátrica.</p> <p>2.5.3 Por el hecho de que el paciente haya realizado intentos de suicidio.</p> <p>2.5.4 Porque el paciente recibiese la ILT durante el tratamiento.</p>
--	--	--	--	--

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

			<p>influida por los factores de resiliencia que el paciente utiliza, el resto de factores a estudio no influyen en la evolución.</p> <p>Como se ha señalado los pacientes acuden a un número de citas escaso (dos de media), los factores que influyen en el número de citas son el estar solo o acompañado en el momento del atentado (solos más citas) y el que los pacientes tuviesen los papeles en regla (sin papeles menos citas).</p> <p>Los pacientes tardaron en acudir una media de 13,3 días hasta la primera cita al CSM, esto se ve influido por el hecho de que el paciente estuviese solo o acompañado (solo acuden antes) y si recibió la ILT (tardaron más en acudir los que la recibieron).</p>	
Analizar la valoración de la población	3. No es posible determinar la valoración de la	3.1 La valoración de la población atendida en salud	A los dos años de la experiencia traumática	3.1.1 Por el sexo de los pacientes. 3.1.2 Por la

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

<p>atendida sobre la atención sanitaria de Salud Mental recibida durante el proceso de tratamiento.</p>	<p>población atendida en salud mental sobre la atención recibida. Dicha valoración no se ve influida por variables sociodemográficas, individuales, de clínicas, de tratamiento o de evolución.</p>	<p>mental no se influida por variables sociodemográficas. 3.2La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por variables clínicas. 3.3La valoración de la población atendida en salud mental no se ve influida por variables individuales. 3.4La valoración de la población atendida no se ve influida por variables de tratamiento. 3.5La valoración de la población atendida no se ve influida por variables de evolución.</p>	<p>el 88,5% de los pacientes encuestados telefónicamente cree que recibió por parte de los servicios sanitarios lo que debía recibir a nivel de atención, mientras que el 10,5% cree que la atención recibida no fue la adecuada, el 88,5% de los pacientes encuestados piensan que la atención recibida por parte de los servicios sanitarios fue útil, mientras que el 1,25% cree que les fueron útiles algunas cosas, el 10,25% piensa que la atención recibida no les resultó útil. La valoración se ve influida por el hecho de que los pacientes sigan en tratamiento (mejor valoración), por el hecho de que recibieran la ILT durante el proceso (mejor valoración) y por el tipo de sintomatología predominante (mejor en evitativa y afectiva), también está influida por la evolución (mejor evolución mejor</p>	<p>nacionalidad de los pacientes. 3.1.3 Por el estado civil de la población atendida. 3.1.4 Por el tipo de convivencia de la población atendida. 3.1.5 Por el nivel de estudios de los pacientes 3.1.6 Por el nivel sociolaboral de la población atendida. 3.1.7 Por la situación laboral de los pacientes atendidos. 3.1.8 Porque los pacientes tengan en regla los papeles de residencia o no. 3.2.1 Por el tipo de afectación en los atentados de los pacientes. 3.2. Por el tipo de sintomatología predominante que presentan los pacientes 3.3.1 Porque el paciente tenga antecedentes de tratamiento psiquiátrico. 3.3.2 Porque el paciente tenga antecedentes de hechos traumáticos en su biografía. 3.3.3 Porque el paciente se encontrase solo o acompañado en el momento en el que sucedió el atentado o recibió la noticia. 3.3.4 Porque el paciente tenga historia de pérdidas recientes en su</p>
---	---	---	---	--

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

			<p>valoración), la percepción de superación (cuanto más elevada mejor evaluación) y los factores de resiliencia. El resto de factores a estudio no influye en la valoración.</p>	<p>biografía.</p> <p>3.3.5 Porque el paciente fuese usuario habitual de los trenes siniestrados.</p> <p>3.3.6 Porque el paciente fuese usuario habitual de las líneas de tren siniestradas</p> <p>3.4.1 Por el lugar desde donde fue derivado el paciente a salud mental.</p> <p>3.4.2 Por el dispositivo en el que el paciente recibió tratamiento principalmente</p> <p>3.4.3 Por el tipo de tratamiento que recibieron los pacientes.</p> <p>3.4.4 Por el número de días hasta pasaron hasta que acudió a salud mental.</p> <p>3.5.1 Porque se produjesen retornos tras el alta de pacientes.</p> <p>3.5.2 Porque el paciente acudiese durante el tratamiento a la urgencia psiquiátrica.</p> <p>3.5.3 Porque el paciente realice intentos de suicidio durante el tratamiento.</p> <p>3.5.4 Porque el paciente recibiese la ILT durante el tratamiento.</p>
<p>Conocer la valoración y percepción propia de la población atendida</p>	<p>4. No es posible conocer la percepción subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática. Dicha percepción</p>	<p>4.1 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve</p>	<p>. A los dos años de los atentados, de los pacientes encuestados telefónicamente de la muestra, el 53,84% piensa que ha superado satisfactoriamente la experiencia traumática, el 43,85% cree que no ha sido así y el 2,5% no sabe no contesta. La</p>	<p>4.1.1 Por el sexo de los pacientes.</p> <p>4.1.2 Por la nacionalidad de los pacientes.</p> <p>4.1.3 Por el estado civil</p>

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

<p>sobre la superación de la experiencia traumática.</p>	<p>subjetiva sobre la superación no se ve influida por variables sociodemográficas, individuales, clínicas, de tratamiento o de evolución clínica.</p>	<p>influida por variables sociodemográficas. 4.2 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por variables clínicas. 4.3 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por variables individuales. 4.4 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de la experiencia traumática no se ve influida por variables de tratamiento. 4.5 La valoración subjetiva de la población atendida sobre la superación de La experiencia traumática no se ve influida por variables de evolución.</p>	<p>percepción de la superación de la experiencia traumática se ve influida por el tipo de sintomatología predominante (evitativa y afectiva las que mejor percepción de superación), la valoración sanitaria (a mejor valoración sanitaria mejor percepción de superación) y por los factores de resiliencia (los que mejor percepción asociados al tratamiento, a la religión y las características propias del individuo), también por la existencia de hechos traumáticos previos en la biografía del paciente (mejor percepción si existen). El resto de factores no influyen en la percepción de superación.</p>	<p>de los pacientes. 4.1.4 Por el tipo de convivencia de los pacientes. 4.1.5 Por el nivel de estudios de los pacientes. 4.1.6 Por el nivel sociolaboral del paciente. 4.1.7 Por la situación laboral del paciente cuando se produjeron los atentados. 4.1.8 Porque los pacientes tuviesen los papeles de residencia. 4.2.1 Por qué tipo de afectado eran los pacientes. 4.2.2 Por el tipo de sintomatología que predominantemente presentaban los pacientes. 4.3. Porque el paciente tuviese antecedentes de tratamiento psiquiátrico en el pasado. 4.3.2 Porque el paciente tuviese antecedentes de hechos traumáticos en su biografía. 4.3.3 Porque el paciente se encontrase solo o acompañado cuando estallaron los trenes o cuando recibió la noticia. 4.3.4 Porque el paciente tuviese en su biografía historia de pérdidas recientes en su biografía. 4.3.4 Porque el paciente</p>
--	--	--	---	--

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

				<p>fuese usuario habitual de los trenes siniestrados.</p> <p>4.3.5 Porque el paciente fuese usuario habitual de esa línea de tren.</p> <p>4.4.1 Por el lugar desde donde el paciente fue derivado a salud mental.</p> <p>4.4.2 Por el dispositivo donde recibió tratamiento de forma mayoritaria.</p> <p>4.4.3 Por el tipo de tratamiento que el paciente recibió predominantemente.</p> <p>4.4. Por número de días que pasaron hasta que acudió a salud mental por primera vez.</p> <p>4.5.1 Porque el paciente retornase tras recibir el alta o no</p> <p>4.5.2 Porque el paciente haya acudido a la urgencia psiquiátrica durante el periodo de tratamiento.</p> <p>4.5.3 Porque el paciente realizase durante el tratamiento intentos de suicidio.</p> <p>4.5.4 Porque el paciente recibiese la ILT durante el tratamiento.</p>
<p>Conocer los factores de resiliencia que han ayudado a la</p>	<p>5. No se pueden conocer los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado a la</p>	<p>5.1 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han</p>	<p>A los dos años, de los atentados los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han</p>	<p>5.1.1 Por el sexo de los pacientes.</p> <p>5.1.2 Por la nacionalidad de los pacientes.</p> <p>5.1.3 Por el estado civil</p>

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares

<p>población atendida al afrontamiento de la experiencia traumática.</p>	<p>superación de la experiencia traumática. Dichos factores de resiliencia no se ven influidos por variables sociodemográficas, individuales, clínicas, de tratamiento o de evolución clínica.</p>	<p>ayudado a la superación de la situación traumática no se ven influidos por variables sociodemográficas.</p> <p>5.2 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por variables clínicas.</p> <p>5.3 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por variables de individuales.</p> <p>5.4 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se</p>	<p>ayudado a la superación de la experiencia traumática, tras la categorización y agrupación de las respuestas son los factores sociodemográficos, que son valorados por todos los pacientes como determinantes (101,26%), seguido de los factores asociados al tratamiento (28,19%), los factores asociados a la respuesta individual al trauma (26,89%), los factores asociados a las características propias del individuo (19,22%), los factores asociados a la recuperación de la vida previa al trauma (15,36%), los factores asociados a las relaciones interpersonales (12,8%), los factores asociados al trabajo (9,58%), y finalmente los factores asociados a la espiritualidad y la religión (7,69%), los factores asociados a las consecuencias físicas y psicológicas del trauma (6,4%) y los factores</p>	<p>de los pacientes.</p> <p>5.1.4 Por el tipo de convivencia de los pacientes.</p> <p>5.1.5 Por el nivel de estudios de los pacientes.</p> <p>5.1.6 Por el nivel sociolaboral de los pacientes.</p> <p>5.1.7 Por la situación laboral del paciente.</p> <p>5.1.8 Porque el paciente tuviese en regla los papeles de residencia.</p> <p>5.2.1 Por el tipo de afectado por el atentado que era el paciente.</p> <p>5.2.2 Porque el paciente se encontrase solo o acompañado cuando estallaron los trenes o recibió la noticia.</p> <p>5.3.4 Por el lugar desde donde el paciente fue derivado a la red de salud mental.</p> <p>5.4.2 Por el dispositivo de la red de salud mental donde el paciente recibió tratamiento predominantemente.</p> <p>5.4.3 Por el tipo de tratamiento que el paciente recibió predominantemente.</p> <p>5.4.4 Por el número de días que pasaron hasta que el paciente acudió por primera vez al centro de salud mental.</p> <p>5.5.1 Porque el paciente haya retornado a la red de salud mental</p>
--	--	---	--	--

Análisis de la demanda tras los atentados del 11 de marzo en el Centro de Salud Mental de
Alcalá de Henares

		<p>ven influidos por variables de tratamiento.</p> <p>5.5 Los factores de resiliencia que los pacientes consideran que más les han ayudado al afrontamiento de la situación traumática no se ven influidos por variables de evolución.</p>	<p>asociados a las experiencias previas del individuo (1,28%).</p>	<p>tras el alta.</p> <p>5.5.2 Porque el paciente haya acudido a la urgencia psiquiátrica durante el transcurso del tratamiento.</p> <p>5.5.3 Porque el paciente haya realizado intentos de suicidio durante el tratamiento.</p> <p>5.5.4 Porque el paciente haya recibido la ILT durante el tiempo de tratamiento.</p>
--	--	--	--	--

ANEXO 5: GLOSARIO DE ABREVIATURAS

5HT: Serotonina.

7J: 7 de julio (atentados del).

11M: 11 de Marzo (atentados del).

11S: 11 de septiembre (atentados del).

APA: American Psychiatric Association.

CAM: Comunidad Autónoma de Madrid.

CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades.

CSM: Centro de Salud Mental.

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders.

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

IGM: Primera Guerra Mundial

IIGM: Segunda Guerra Mundial.

ILT: Incapacidad Laboral Temporal

IMAO: Inhibidor de la Mono Amino Oxidasa.

ISRS: Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina.

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview.

NIMH: National Institute of Mental Health.

NA: Noradrenalina.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PTSD: Posttraumatic Stress Disorder.

SNC: Sistema Nervioso Central.

SPSS: Statistical Product for Service Solution.

TPET: Trastorno por Estrés Traumático.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.