

## Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EE.UU.) y del 11M, 2004 (Madrid, España): Mitos y realidades

Carmelo Vázquez Valverde

Facultad de Psicología

Universidad Complutense de Madrid (España)

---

### RESUMEN

En este trabajo se efectúa una revisión crítica de los estudios efectuados sobre las reacciones psicológicas de los ataques del 11S de 2001 en EE.UU. y del 11M de 2004 en Madrid. A pesar de muchas voces de alarma efectuadas por profesionales de la salud mental y por responsables de diseñar políticas públicas de salud, los efectos psicopatológicos de estos sucesos en la población general han sido relativamente escasos y además, para la inmensa mayoría de la gente, han sido transitorios. Es probable que esta discrepancia entre las expectativas y los resultados reales se deba a la prevalencia de modelos explicativos en Psicología basados más en prejuicios sobre la vulnerabilidad de los seres humanos ante la adversidad ignorando que la *resiliencia* es probablemente la respuesta más común. Aunque algunos estudios han hallado tasas relativamente altas de estrés inmediato tras estos sucesos en la población general, es probable que se trate de cifras sobreestimadas y sin apenas significación clínica. En este sentido, en el presente trabajo se discuten las serias limitaciones metodológicas y conceptuales en la medida y evaluación de las respuestas humanas ante situaciones traumáticas y las limitaciones conceptuales en la propia definición de los sistemas de clasificación actuales DSM y CIE. Finalmente se discuten las consecuencias de estas limitaciones en el diseño de investigaciones sobre las reacciones ante experiencias traumáticas y en la planificación de medidas de prevención e intervención ante situaciones futuras semejantes.

---

*Palabras Clave:* terrorismo, 11S, 11M, trauma, estrés postraumático, vulnerabilidad, resiliencia, psicopatología

---

“.. la reformulación del malestar normal como una perturbación psicológica es una distorsión seria que puede aumentar la propia percepción de las personas como víctimas pasivas en vez de sobrevivientes activos e ignorar sus propias fortalezas y prioridades”  
(Derek Summerfield, 2001, p.234)

“Aparentar fortaleza puede solo ocultar una plataforma endeble de negación, pero ser vulnerable es ser invencible. La queja te brinda un poder-al menos el poder del chantaje emocional, de creación de niveles de culpa social sin precedentes”  
(Robert Hughes, 1993, p. 19)

El 11 de Septiembre de 2001, a las 8:46 a.m. dos aviones se estrellaron de modo sucesivo contra el World Trade Center (WTC) en Nueva York. Pocos minutos después un tercer avión impactó sobre el Pentágono en Washington, D.C. y otro avión se estrelló en Shanksville, Filadelfia. En total, se estima que 2.992 personas murieron como resultado de estos cuatro ata-

ques. Exactamente 30 meses más tarde, el 11 de Marzo de 2004, se produjo un ataque terrorista de una magnitud sin precedentes en España. A las 7:40 a.m. de ese día, una serie de bombas explotaron casi simultáneamente en tres estaciones de tren diferentes del área metropolitana de Madrid matando 191 personas e hiriendo a más de 1.500.

La importancia de estos acontecimientos para la Psicología reside, entre otras razones, en que desde los primeros días tras los ataques se lanzaron diversos estudios epidemiológicos diseñados específicamente para evaluar la magnitud del impacto psicológico inmediato en la población general. En acontecimientos semejantes anteriores como, por ejemplo, la brutal bomba en un edificio gubernamental en la ciudad de Oklahoma (EE.UU.) el 19 de Abril de 1995, en el que murieron 168 personas, la mayor parte de los datos recogidos se habían centrado en las víctimas directas o en las personas expuestas directamente al trauma (North, Nixon, Shariat *et al.*, 1999). Sin embargo, poco se sabía de las reacciones inmediatas de la población general, la mayor parte de ella no expuesta directamente al suceso traumático. Las investigaciones epidemiológicas impulsadas por estos tristes acontecimientos, a pesar de las dificultades que supone su realización en circunstancias tan difíciles y de urgencia (véase North y Pfefferbaum, 2002) han abierto, de este modo, una ventana única para apreciar los efectos de situaciones

---

<sup>1</sup> Dirección de contacto:  
Dr Carmelo Vázquez Valverde. Facultad de Psicología.  
Universidad Complutense de Madrid. Campus de  
Somosaguas 28223 Madrid (España). E-mail:  
[cvazquez@psi.ucm.es](mailto:cvazquez@psi.ucm.es)

potencialmente tan devastadoras material y psicológicamente.

En las secciones posteriores se efectuará precisamente una revisión crítica de estos estudios e intentaremos demostrar que la evidencia disponible sobre los atentados del 11M y del 11S demuestra que los efectos psicopatológicos en la población general son pequeños y, cuando se producen, tienen una naturaleza transitoria. Ahora bien, este análisis crítico en modo alguno afecta a la importancia de tratar dignamente y con métodos eficaces a las víctimas reales de estos sucesos (Echeburúa, 2004; Lillo, Muñoz, Parada *et al.*, 2004). El objetivo de este trabajo se centra, fundamentalmente, en el examen de los datos empíricos existentes sobre el impacto de estos sucesos en la población general los cuales, desde nuestro punto, de vista han sido alarmistas y sobreestimados.

Antes de comenzar creemos necesario hacer una reflexión sobre los cambios habidos en la definición de “trauma” y las consecuencias de estas nuevas definiciones en las investigaciones epidemiológicas relacionadas con las consecuencias psicológicas de afrontar situaciones traumáticas.

## 1. TRAUMA Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: CONCEPTOS BAJO SOSPECHA

El concepto de trauma ha estado siempre bajo sospecha y es aún un concepto sobre el que existen muchas polémicas académicas y profesionales (McNally, 2003a,b; Brewin, McNally y Taylor, 2004) desde que, en 1892, el médico alemán Hermann Oppenheim propuso el término “neurosis traumática” para referirse a los resultados de accidentes laborales traumáticos que causaban en el afectado síntomas psicológicos intensos debidos a una “conmoción cerebral”. En una revisión histórica de los avatares del concepto de trauma, Brunner (2002) ha mostrado que el interés por las reacciones traumáticas ha estado históricamente más vinculado a litigios y polémicas forenses para reivindicar derechos ante los tribunales (por ejemplo, soldados, trabajadores, accidentados en medios de transporte...) que a un interés científico. Frente a quienes, como Oppenheim, defendían la existencia real de síndromes psicológicos traumáticos, muchos otros proponían que estos síntomas eran una impostura de soldados o trabajadores debida a deseos de recibir pensiones y beneficios.

La historia reciente refleja también esta tensión entre opuestos. En 1980 el *Diagnostic and Statistical Manual* introdujo, en su tercera edición (DSM-III, APA 1980), un nuevo trastorno (el trastorno de estrés posttraumático, TEPT) que, con alguna modificación sustancial introducida en 1994 (DSM-IV, APA 1994), ha continuado en las nosologías actuales (APA, 2000). Es bien sabido que el TEPT se introdujo por la presión de los excombatientes de la guerra del Vietnam quienes deseaban disponer de una entidad nosológica que pudiera ajustarse a algunas de las secuelas psicológicas de la guerra y, lo que no era un asunto menor, poder acogerse a los beneficios médicos y sociales derivados de recibir el diagnóstico de un “trastorno mental” (Vázquez, 1990; Young, 1995). Como ya sucedió en el S. XIX, con el propio inicio del concepto de “neurosis traumática” también en esta ocasión las presiones de afectados, grupos de presión, etc. junto a la mala conciencia de una sociedad que había enviado a la guerra a una generación de jóvenes

(Scott, 1990) colaboró en la génesis de un nuevo trastorno en el que probablemente prevalecieron más que los argumentos sociales que los científicos para su creación. Pronto el TEPT comenzó a aplicarse no sólo a excombatientes sino a otras personas que habían sufrido experiencias de otra índole: violaciones, catástrofes naturales, enfermedades físicas con riesgo para la propia vida, etc. Así pues, no hay que olvidar el origen histórico del TEPT y la fina línea que separa la investigación clínica de los intereses legales, económicos, sociales u otros, que finalmente pueden acabar entretendidos y confundidos. El TEPT es un terreno abonado para mixtificaciones, engaños, y para quienes necesitan reconocimiento legal o social de diversos padecimientos. En este sentido, es interesante apreciar cómo en estas dos últimas décadas en EE.UU. ha habido una auténtica fiebre malsana por encontrar vestigios de abuso sexual en la infancia en la que cortes de psicólogos, abogados, y comunicadores han creado la idea de que el trauma (en este caso sexual) ha afectado a millones de ciudadanos del país (véase Brewin, McNally y Taylor, 2004). Como señala el crítico de arte Robert Hughes en una de las citas que abren este artículo, ser víctima de traumas se ha convertido socialmente en algo a menudo deseado y buscado por los ciudadanos de las sociedades modernas y, añadimos nosotros, la Psiquiatría y la Psicología puede que en cierto sentido alimenten peligrosamente esos deseos.

### 1.1. Definiciones cambiantes de “trauma” y “estrés posttraumático”

El DSM, o la CIE, son sistemas basados simplemente en constelaciones de síntomas y los criterios diagnósticos son bastante erráticos (por ejemplo, en unos casos se señala una duración mínima de los síntomas, en otros cuadros se exige una determinada frecuencia, en otros simplemente no se indica nada), de tal modo que no se pueden calificar con propiedad de sistemas taxonómicos.

Los problemas mentales asociados a experiencias traumáticas son un buen ejemplo de esta falta de criterio uniforme. En efecto, la característica realmente distintiva de estos problemas, fundamentalmente el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) y el Trastorno de Estrés Agudo (TEA) es que son una excepción entre todos los trastornos mentales diagnosticados en el DSM-IV pues para su definición se utiliza un criterio etiológico (ver Criterios A1 and A2 en Tabla 1). En efecto, se define el TEPT como un trastorno desencadenado o promovido por una causa específica (i.e., un trauma) que se define como algo tangible y explícito que proviene del exterior y al que se le atribuye la responsabilidad del sufrimiento. Esta “externalización” de la causa sin duda contribuye a que, como señala Brunner (2002, p. 183): “...el discurso del trauma es siempre un discurso moral acerca de un evento que conlleva violencia y victimización”. Esto sitúa a las reacciones relacionadas con el trauma en un campo de continua tensión entre las pretensiones de objetividad científica y el reconocimiento de los derechos de los afectados y pone de manifiesto la compleja naturaleza psicosocial e histórica de este cuadro (ver también McNally, 2004).

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)	TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO (TEA)
<p>Criterio A1. Expuesto a un acontecimiento traumático que implicó riesgo para la integridad y</p> <p>Criterio A2. Reacciones de temor, desesperanza u horror intensos.</p> <p>Criterio B. Reexperimentación (1 de 5 síntomas):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recuerdos intrusivos</li> <li>2. Sueños perturbadores</li> <li>3. Revivir el acontecimiento</li> <li>4. Malestar ante la exposición a estímulos relacionados</li> <li>5. Reacción fisiológica ante la exposición</li> </ol> <p>Criterio C. Evitación persistente (3 de 7):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esfuerzos para evitar pensamientos y sentimientos</li> <li>2. Esfuerzos para evitar actividades que recuerden el hecho</li> <li>3. Incapacidad para recordar aspectos del trauma</li> <li>4. Disminución del interés por participar en la actividades</li> <li>5. Sentimientos de alejamiento de los otros</li> <li>6. Disminución de las muestras de afecto</li> <li>7. Sensación de futuro desalentador</li> </ol> <p>Criterio D. Hiperactivación (1 de 5):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insomnio.</li> <li>2. Irritabilidad o estallidos de ira</li> <li>3. Dificultad para concentrarse</li> <li>4. Hipervigilancia</li> <li>5. Respuestas de sobresalto exageradas</li> </ol> <p>Criterio E. Duración de los síntomas (B, C y D): &gt;1 mes</p> <p>Criterio F: Malestar significativo o incapacidad social</p>	<p>Criterio A1. Expuesto a un acontecimiento traumático que implicó un riesgo para la integridad,</p> <p>Criterio A2. Reacciones de temor, desesperanza u horror</p> <p>Criterio B. Síntomas disociativos durante o después del acontecimiento (3 de 5 síntomas):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensaciones de embotamiento, desapego, o ausencia de emocionalidad</li> <li>2. Reducción de la conciencia del entorno</li> <li>3. Desrealización</li> <li>4. Despersonalización</li> <li>5. Amnesia disociativa</li> </ol> <p>Criterio C. Al menos 1 síntoma de reexperimentación</p> <p>Criterio D. Conductas de evitación</p> <p>Criterio E. Síntomas notorios de ansiedad y activación aumentados</p> <p>Criterio F: Malestar significativo o incapacidad social</p> <p>Criterio G. Duración de los síntomas (B, C, D y E): entre 2 días y 4 semanas en el mes que sigue al evento traumático</p> <p>Criterio H. No es causado por los efectos fisiológicos de una sustancia o de un trastorno médico, y no se debe a otros trastornos mentales.</p> <p>Criterio B. Reexperimentación del evento (1 de 5 síntomas):</p>

Tabla 1. Lineamientos de los criterios de diagnóstico de DSM-IV-TR para TEPT y TEA (APA, 2000).

Pero, ¿cómo se define el trauma? Ni siquiera esto es un asunto sencillo ni históricamente estable. Como hemos dicho, fue en el DSM-III (APA, 1980) donde apareció por primera vez una definición de trauma y TEPT. En esta primera versión, el trauma se definía del siguiente modo: el individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo.

En primer lugar, se planteaba que el trauma no es una experiencia cualquiera (por ejemplo, ser despedido del trabajo) sino que constituye una experiencia única en la que la cuya naturaleza del suceso sería desbordante y desestabilizadora psicológicamente (recordemos que los autores del DSM tenían en mente las experiencias de soldados en guerra). En segundo lugar, y aún más importante, es una definición protectora de las víctimas puesto que indica que casi todo el mundo tendría esa respuesta si se viese enfrentado a la misma. Así pues, no había que buscar elementos de vulnerabilidad psicológica, que podrían inculpar indirectamente a la víctima por determinadas debilidades, aunque fuesen psicológicas, sino que la respuesta se explicaría simplemente por la magnitud extraordinaria del suceso. Se podría decir que esta visión del trauma y sus efectos respondía a una sencilla hipótesis de una relación directa dosis-respuesta (McNally, 2004).

Sin embargo, en la década de los 80 y principios de los 90 comenzaron a efectuarse estudios epidemiológicos en población general que ponían en cuestión esta idea tan simplista como bien intencionada. Lo que se observó es que, frente a esta concepción universalista latente en el DSM-III, en realidad la inmensa mayoría de las personas que sufren experiencias traumáticas no presentan cuadros de TEPT ni

respuestas de estrés clínicamente significativas. Por ejemplo, en un estudio a escala nacional en el que se entrevistó a más de 6000 personas sobre experiencias traumáticas, Kessler *et al.* (1994, 1995) demostraron que las cifras de prevalencia vital del TEPT en la población general norteamericana se sitúan en torno al 5% aunque prácticamente la mitad de los norteamericanos adultos parecen haber sufrido una experiencia traumática según se define en el DSM-IV (ver Tabla 2). Es decir, la probabilidad de desarrollar TEPT tras haber sufrido una experiencia traumática es mucho menor de lo que probablemente esperaban los autores del DSM-III.

	Prevalencia vital (%)	
	Hombres	Mujeres
Exposición a traumas	60.7*	51.2
Nº de traumas		
1	26.5	26.3
2	14.5	13.5
3	9.5*	5.0
4 o más	10.2*	6.4

\* Significativo  $p < 0.05$

Tabla 2. Frecuencia de experiencias traumáticas en el U.S. National Comorbidity Study, según la definición de "trauma" del DSM-IV (Kessler *et al.*, 1995).

Basado en este tipo de datos, que reflejaban una inesperada resistencia de los seres humanos ante la

adversidad (véase Vázquez y Pérez-Sales, 2003), los autores del DSM-IV (APA, 1996) introdujeron variaciones sustanciales en la definición de “trauma” cuyos efectos en nuestro modo de enfocar la investigación y producir resultados clínicos y epidemiológicos está aún están por evaluar. En esta nueva versión, el contexto definitorio del trauma se replantea en los siguientes términos: la persona experimentó, observó, o le han contado un suceso o sucesos que implicaron una muerte, amenaza de muerte, o una lesión grave, o una amenaza para la integridad física de uno mismo y de otros. Ante ese suceso, la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.

Desde esta nueva perspectiva ya no se requiere haber “vivido” una experiencia límite sino que puede bastar haber sido testigo del suceso. Pero, desgraciadamente, el DSM-IV (APA, 1996) no proporciona guías claras de lo que significa “exposición” al suceso traumático. Aunque ahora cabe la posibilidad de un diagnóstico relacionado con el trauma en base tanto a una exposición directa como indirecta, no está en modo alguno claro qué debería entenderse por exposición indirecta (¿ver los sucesos por TV? ¿haber podido “estar allí” y ser por lo tanto una víctima potencial?, ¿haber oído una narración de lo sucedido?...). No sabemos aún hasta qué punto, y de qué modo, las vías indirectas de exposición que se proponen ahora en el DSM-IV o el DSM-IV-TR son eficaces para suscitar reacciones traumáticas en testigos (Pfefferbaum *et al.* 2002). En cierto modo, la definición DSM-IV ha abierto una caja de Pandora sobre el uso potencialmente abusivo de las etiquetas de “trastorno mental” cuyas consecuencias son aún imprevisibles.

En el caso concreto de los sucesos del 11S y del 11M, los datos de que disponemos sobre el impacto en testigos han demostrado que existe una asociación significativa entre la proximidad física a los acontecimientos y la probabilidad de presentar un TEPT (Galea, Ahern, Resnick *et al.*, 2002; Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2005). Pero, en línea con la definición DSM-IV, la contemplación de imágenes por TV y la gravedad de síntomas de estrés postraumático también está relacionada estadísticamente con la magnitud de la respuesta psicopatológica (Schlenger *et al.*, 2002; Schuster *et al.*, 2001; Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2005). Ahora bien, estos estudios incluían tanto a gente directamente afectada como a testigos distantes. Ahern *et al.* (2002) han demostrado que el impacto en testigos distantes de estas tragedias puede que no sea tan indiscriminado pues ver la TV en los días de los ataques del 11S tuvo un impacto en síntomas de TEPT y de depresión casi exclusivamente en las personas que tuvieron una experiencia directa traumática con el suceso (por ejemplo, testigos directos del suceso o que tenían un amigo o familiar fallecido como consecuencia del suceso). Así pues, los medios de comunicación puede que tengan un efecto de reexposición y retraumatización sólo en algunos individuos, dependiendo de si estuvieron directamente expuestos o no al suceso traumático.

En conclusión, aunque las imágenes de TV puedan ser calificadas como morbosas o irrespetuosas, es poco probable que sean traumatizantes para mantener respuestas de TEPT en la población general. Si este tipo de resultados se confirma, los criterios actuales del DSM para el TEPT deberían revisarse para acotar mucho mejor el concepto de exposición indirecta y excluir el ser testigo distante de los sucesos

traumáticos vía medios de comunicación (Pfefferbaum, Pfefferbaum, North y Neas, 2002).

El segundo elemento nuevo de la definición de trauma del DSM-IV, que se suele también tomar por dado, es el tipo de reacción que necesariamente ha de sufrir la víctima. El DSM hace una propuesta de definición centrándose en la reacción subjetiva de los afectados y, en esta dirección, exige que el suceso traumático haya ocasionado una respuesta de miedo, horror, o indefensión extremas. Quizás también esta propuesta sea algo arriesgada. Aunque es verdad que la mayoría de la gente que desarrolla un TEPT tuvieron una reacción inicial intensa de esta naturaleza (véase Brewin, Andrews and Rose, 2000a), el DSM olvida mencionar que hay muchas otras reacciones típicamente asociadas a experiencias traumáticas (como los sentimientos de vergüenza, humillación, ira, culpa o tristeza) –por ejemplo, Echeburúa, de Corral y Amor (1998). En un estudio efectuado por nuestro equipo sobre el impacto del ataque terrorista del 11M en Madrid, comprobamos que reacciones como la ira o el temor de que alguien conocido hubiese sido afectado pueden ser tan intensas (ver Tabla 3) como las señaladas por el DSM-IV. Tener en cuenta estas reacciones diferentes a las señaladas por el DSM, especialmente cuando se trata de traumas inducidos por humanos, puede ser de una enorme relevancia para entender el impacto psicológico de los traumas y para poder articular intervenciones terapéuticas eficaces (Echeburúa y Corral, 2001; Pérez-Sales y Vázquez, 2003 a,b).

Reacción Inicial (escala de 0-10)	M	DT
Miedo	6.0	3.1
Horror	7.3	2.9
Desamparo	7.5	2.6
Miedo alguien conocido pueda estar afectado	7.3	2.8
Síntomas corporales	3.2	3.2
Perturbado	6.8	2.8
Ira	6.8	2.9
Duración de la reacción (horas)	1.9	1.0

Tabla 3. Reacciones iniciales ante el atentado en Madrid del 11M (N=503) –Vázquez, Pérez-Sales y Matt (2005).

### 1.2. Reacciones olvidadas en el DSM: Limitaciones diagnósticas

Una característica asombrosa de los sistemas diagnósticos actuales es que no efectúan ninguna distinción conceptual entre traumas inducidos por humanos (ej.: violencia, robos, asaltos, o violencia política) y el resto de los traumas (ej.: catástrofes naturales o accidentes). De hecho, muchas de las reacciones ni siquiera consideradas en el DSM, como la humillación, están presentes con mucha frecuencia en personas que confrontan una experiencia traumática causada por humanos y especialmente cuando se juzga que hay intencionalidad. Aunque hay estudios que indican que puede que el patrón de respuesta inicial sea

Estudio	Tiempo de evaluación	Muestra	Evaluación	Instrumento	Mediciones	Resultados
<i>Schuster et al, (2001), RAND</i>	3 a 5 días luego del 11 de septiembre 2001 (ONDA 1)	Representatividad nacional (N=560 adultos)	Entrevista Telefónica	PCL (5 ítems seleccionados según Norris <i>et al.</i> , 1999)	Estrés Sustancial	44% al menos con síntomas de Estrés Sustancial 90% al menos un síntoma de "un poco"
<i>Stein et al, (2004), RAND</i>	2-3 meses después 11S (ONDA2)	Seguimiento de Schuster et al, (2001) muestra (N=395 adultos)	Entrevista Telefónica	PCL (5 ítems seleccionados según Norris et al., 1999)	Estrés Sustancial	21% aún informaron al menos de un síntoma de Estrés Sustancial
<i>Rasinski et al, (2002), NORC</i>	4-6 meses después 11S	Muestra nacional y de la ciudad de Nueva York (N=1101 adultos)	Entrevista Telefónica	PCL (cumplimiento de los criterios de síntomas de DSM-IV)		TEPT: 15% Nueva York, 8% resto del país
<i>Schlenger et al, (2002)</i>	1-2 meses después 11S	Representatividad nacional (N=2.273 adultos, Nueva York y Washington con mayores muestras)	Entrevista Telefónica	PCL, adaptado a los eventos de 11S(>50)	Probabilidad de TPET (p. de corte >50) Distrés no específico	Probabilidad de TPET: 11.2% en Nueva York; 2.7% en Washington, DC; 3.6% en las áreas metropolitanas más importantes, y 4.0% en el resto del país- Más del 60% de los habitantes de Nueva York con niños informaron que uno o más de los niños presentaban trastornos por el ataque.
<i>Silver et al, (2002)</i>	9-23 días después 11S ONDA1; 2 meses después 11S (ONDA2); 6 meses después 11S (ONDA3)	Panel de Red, Representatividad nacional adultos: (ONDA1: N=2.729) (ONDA2: N= 933, individuos que no residen en Nueva York) (ONDA3: N=787)	Autoevaluación	Cuestionario de Reacción de Estrés Agudo de Stanford (SASRQ)-ONDA1 Impacto de eventos Escala -R, adaptado a los eventos de 11S (ONDA2 y ONDA3)	Síntomas de TEA (ONDA1) Síntomas de TEPT (ONDA2 y ONDA3)	TEA: 12.4% Síntomas de TEPT (ONDA2): 17% Síntomas de TEPT (ONDA3): 5.8%
<i>Galea et al, (2002; 2003)</i>	5-9 semanas después 11S (ONDA1); 4-5 meses después 11S (ONDA2); 6-9 meses después 11S (ONDA3)	Adultos residentes que recibieron llamadas telefónicas en Maniyan con mayores muestras de los que vivían al sur de la calle 110: ONDA1: N=998 adultos; ONDA2: N=2.001 adultos; ONDA3: N=1.570 adultos	Entrevista Telefónica	DIS, adaptados a los acontecimientos de 11S	TEPT (DSM-IV criterios)	TEPT (ONDA1): 7.5% (Manhattan) ; 20% si vivían al sur de la calle Canal. (p.ej. del área del World Trade Ctr.) TEPT (ONDA2): 1.7% TEPT (ONDA3): 0.6%
<i>Murphy et al, (2003)</i>	2-3 días después 11S	Afro-Americanos sin título universitario, St, Louis, NO (N=219)	Autoevaluación	PCL-C	Probabilidad de TPET (p. de corte >50)	Probabilidad de TEPT : 5%
<i>Blanchard et al, (2004)</i>	6-10 semanas después 11S	Sin título universitario (Albany, NY =507; Augusta, GA =336; Fargo, ND= 526)	Autoevaluación	TEPT (PCL, 11S-adaptado) Estrés Agudo (TEA) a las 2 semanas después 11S	Probabilidad de TPET (p. de corte >40) Probabilidad de TEA	Probabilidad de TEPT : 11.3% en Albany, 7.4% en Augusta y 3.4% en Fargo Probabilidad de TEA: 28% en Albany, 19% en Augusta y 9.7% en Fargo.
<i>Matt y Vázquez (2005)</i>	6-10 semanas después 11S	2000-2002 grupos múltiples de estudiantes no graduados de San Diego (Total N= 2.411)	Autoevaluación	PCL-C	Estrés Sustancial Probabilidad de TPET (p. de corte >50)	Estrés Sustancial: 38% Probabilidad de TEPT : 8.4% (Primavera 2000, N=771), 9.8% (Primavera 2002, N=694), 6.7% (Otoño 2002, N=946)
<i>Muñoz et al, (2004)</i>	2-3 semanas después 11 Marzo 2004	Muestra general de la población de Madrid (N= 1.179)	Autoevaluación	Escala de Trastornos de Estrés Agudo (TEAS)	Síntomas de TEA	47% síntomas relacionados con TEA.
<i>Vázquez, Pérez-Sales y Matt (2005)</i>	3-4 semanas después 11M (N=503)	Muestra general de la población de Madrid	Autoevaluación	PCL-C e ítems que corresponden a los criterios de TEPT DSM-IV	Estrés Sustancial Probabilidad de TPET con criterios múltiples: 1) punto de corte>44 2) punto de corte >50 3) DSM-IV criterios	Estrés Sustancial: 59.2% Probabilidad de TEPT : 1) 13.3 % punto de corte >50 2) 3.4 % punto de corte>44 3) 1.9 % criterios de DSM-IV

TEA: Trastorno Estrés Agudo; PCL-C: Trastorno de Estrés Postraumático, Lista de Verificación para Civiles; TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático  
"Estrés Sustancial" se define cuando los participantes informan un nivel de severidad de 4 (bastante) o 5 (extremadamente) ante cualquiera de los 5 ítems seleccionados del PCL-C (ver el texto).

Tabla 4. Estudios sobre el impacto psicopatológico, en respuestas relacionadas con el estrés (TEA y TEPT), en la población general de los atentados de 11 septiembre, 2001 (EE.UU.) y 11 marzo, 2004 (Madrid, España)

muy semejante en ambos tipos de traumas (Burkle, 1996), los efectos de los traumas inducidos por humanos parecen ser mucho más prolongados en el tiempo que, por ejemplo, los que se deben a catástrofes naturales, e incluso puede que nunca se retorne a niveles de funcionamiento "normal" (Green y Lindy, 1994).

Así pues, es probable que los traumas inducidos por humanos tengan consecuencias más incisivas que los debidos a catástrofes naturales incluso aunque no haya intencionalidad. En uno de los estudios de seguimiento más largo disponibles, llevado a cabo tras el derrumbamiento de la presa de Buffalo Creek en EE.UU., Grace *et al.* (1993) demostraron que al cabo de 14 años los supervivientes tenían muchos menos síntomas, como era esperable, pero aún el 28% de los que continuaron en el estudio mostraban síntomas compatibles con un diagnóstico de TEPT (Grace *et al.*, 1993). Algo parecido se ha observado tras el escape de la central nuclear de Three Mile Island en EE.UU.. Al cabo de 5 años, los habitantes de la zona aún presentaban síntomas físicos y psicológicos apreciables (Davidson, Fleming y Baum, 1986).

Así pues, los desastres inducidos por humanos (por ejemplo, acciones terroristas) pueden tener efectos más duraderos y devastadores que otros sucesos, especialmente si se juzga que ha habido una intención malévolas en los mismos (Echeburúa *et al.*, 1998). Nada de esto, desgraciadamente, se señala en los sistemas diagnósticos que con tanta devoción se utilizan en la actualidad (véase de nuevo la Tabla 1). Es muy probable que, al menos en parte, estos efectos más intensos, prolongados, y que afectan a un espectro de elementos psicológicos de más alcance que los síntomas descritos en la definición de TEPT, estén relacionados con la pérdida de confianza en los demás, la pérdida de valores, o sentimientos de desesperanza sobre el género humano o la justicia (Janoff-Bulman, 1992). Si estas creencias se deterioran (por ejemplo, hay afectados que después de un suceso traumático abandonan creencias políticas o religiosas que para ellos eran esenciales anteriormente) se socava un elemento de difícil reparación psicológica (Blanco y Díaz, 2004; Pérez-Sales y Vázquez, 2003 a,b). Los textos imprescindibles de autores como Primo Levi (1988, 2000) o Semprún (1995) subrayan justamente cómo la preservación de la dignidad personal, incluso en condiciones diseñadas para destruirla, es funda-mental para la supervivencia.

La inmensa mayoría de los estudios sobre las consecuencias del 11S y del 11M se han centrado en aspectos relacionados con los típicos síntomas y las respuestas descritas en el DSM-IV y no se ha prestado atención a en qué medida estos acontecimientos han afectado las concepciones nucleares que la gente tiene sobre el mundo (Smith, Rasinski and Toce, 2001; Rasinski, Berkold, Smith y Albertson, 2002). Dada la insuficiencia de datos sobre esos otros aspectos psicológicamente esenciales, los resultados que discutiremos en este trabajo se centrarán, por lo tanto, en esta perspectiva más clínica.

## 2. REACCIONES PSICOLÓGICAS TRAS EL 11S Y EL 11M

Como decíamos al comienzo de este trabajo, los estudios del 11S iniciaron en cierto sentido una nueva vía de análisis al incidir sobre las reacciones inmediatas del trauma en la población general. Los estudios puestos en marcha más rápidamente se condu-

jeron a los 2-3 días después del incidente (Murphy, Wismar y Freeman, 2003; Schuster *et al.*, 2001) y algo parecido se efectuó en Madrid (Muñoz *et al.*, 2004; Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2005). Aunque, como puede verse en la Tabla 4, algunos estudios se han centrado en las respuestas más extremas, como el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático completo (por ejemplo, Galea *et al.*, 2002), la mayoría ha utilizado una aproximación más dimensional incluyendo escalas de síntomas que reflejan diferentes grados de reacción (por ejemplo, Schuster *et al.*, 2001; Schlenger *et al.*, 2002; Silver *et al.*, 2002; Murphy *et al.*, 2003; Blanchard *et al.*, 2004; Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2005).

Los estudios sobre los efectos inmediatos de estos atentados terroristas en la población han arrojado resultados interesantes y muchos de ellos inesperados. En primer lugar, el impacto psicológico de los atentados en las primeras semanas o meses fue en algunos casos intenso pero ni muchos menos del alcance que las autoridades sanitarias, y a veces los propios autores de los trabajos, preveían. En segundo lugar, como intentaré mostrar más adelante, estas reacciones pudieron ser de cierta importancia en las horas, días o semanas posteriores al suceso pero desaparecieron de un modo relativamente rápido y espontáneo. En tercer lugar, y esto es de una gran importancia metodológica y conceptual, el tipo y magnitud de reacción depende estrechamente de los métodos de medida utilizados y de los criterios más o menos estrictos que se utilicen. La lectura de las cifras epidemiológicas ha de ser muy cuidadosa y crítica con la definición del objeto a medir y los métodos para hacerlo y es muy común que los autores de los trabajos no presten la atención debida a estos asuntos cruciales.

En general, cuando se evalúan síntomas de estrés en vez de categorías diagnósticas, se corre el riesgo de sobreestimar los casos probables de trastorno mental en la población (ver Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2005). Este posible sesgo afecta a todos los estudios efectuados sobre reacciones postraumáticas y hay que tenerlo muy en cuenta para poder explicar la gran variabilidad en los resultados. Aunque ha habido una gran cantidad de estudios en los que se describen casos de TEPT tras catástrofes, los porcentajes de prevalencia han sido tan variados que oscilan entre el 0% y 100%. Esta variabilidad se puede atribuir a la clase de trauma, la selección de las muestras, y el uso de distintas herramientas de evaluación que van, generalmente, de las entrevistas clínicas a los instrumentos de medición estandarizados, y mediciones de autoevaluaciones (Bryant y Harvey, 2000; Norris, Byrne, Diaz y Kaniasty, 2001).

### 2.1. Respuestas psicológicas inmediatas: ¿Estrés sustancial?

Un mes después de los ataques de 11 de Septiembre, 2001, la Universidad de Michigan dio a conocer los resultados de un estudio llevado a cabo por su prestigioso *Institute for Social Research* (Institute for Social Research, 2001). Aunque el estudio tiene más un carácter anecdótico porque no se utilizaron instrumentos validados clínicamente, sus resultados probablemente reflejan algunas ideas estereotipadas sobre cómo reacciona la gente ante acontecimientos de esta naturaleza. En este estudio se demostró que el 66% de la muestra representativa nacional de 668 adultos nortea-

americanos entrevistados entre el 15 de septiembre y el 7 de octubre de 2001, manifestaban al menos, problemas de concentración, el 52% dijo que se sentían deprimidos y casi el 62% manifestó padecer de trastornos de sueño al menos, durante algunos momentos de las semanas posteriores a los incidentes. Sólo el 21% manifestó que tenían, a menudo, esperanzas sobre el futuro, en comparación con el porcentaje de 68% que respondió a la misma pregunta en una encuesta nacional en 1990. (Institute for Social Research, 2001).

Un estudio semejante, pero más ligado al concepto de TEPT y científicamente más sólido, fue llevado a cabo por científicos de la RAND Corporation midiendo entre 3 y 5 días después del ataque al World Trade Centre las reacciones psicológicas en una muestra representativa de la nación (ver Tabla 4). Este trabajo se publicó el 15 de Noviembre de 2001 en *The New England Journal of Medicine*, una de las revistas con un mayor índice de impacto en Medicina (Schuster *et al.*, 2001). El estudio, que tuvo una gran repercusión, señalaba que el 90% de los entrevistados experimentaron al menos niveles moderados de síntomas de estrés y el 44% de la muestra total (aunque en diferentes porcentajes dependiendo de lo cerca que se viviese de Nueva York) informó haber experimentado al menos un síntoma de “estrés sustancial” de una lista de cinco síntomas relacionados con el TEPT. En una segunda parte del mismo estudio, efectuada dos meses después del ataque aunque publicada algunos años después (Stein, Elliot, Jaycox *et al.*, 2004) hallaron que el 16% de los que habían tenido un nivel de estrés sustancial en Septiembre de 2001 tenían todavía esa reacción en Noviembre de ese mismo año. Pero este resultado, así como los restantes que vamos a comentar (ver Figura 1), exige un análisis crítico.

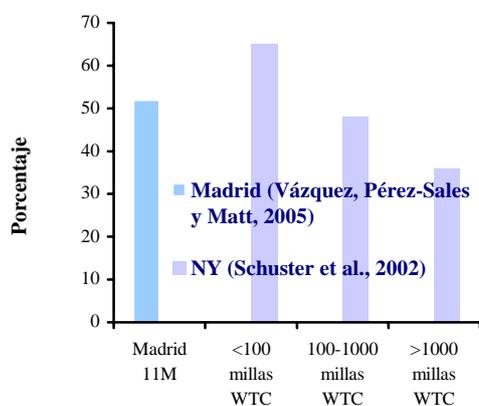


Figura 1. Reacciones de “Estrés Sustancial” en la población general, en Madrid y en una muestra representativa de EE.UU., a diferentes distancias del WTC, evaluadas con ítems seleccionados del PCL-C (véase texto).

Las conclusiones de estos estudios eran ciertamente alarmantes y sugerían la necesidad de intervenir psicológicamente lo más rápido posible dado que “al intervenir tan pronto como aparecen los síntomas, los médicos, los psicólogos y otros profesionales podrán ayudar a las personas para que identifiquen las reacciones normales y tomen las medidas para afrontarlas adecuadamente” (Schuster *et al.*, 2001, p. 1511). Asimismo, predecían que “es improbable que los efectos psicológicos del terrorismo reciente desaparezcan pronto”.

Pero ¿qué es padecer “Estrés Sustancial”? De acuerdo a la definición de los autores, lo padecería cualquier entrevistado que señala en al menos uno de cinco ítem de un cuestionario de síntomas, todos recogidos en el DSM-IV, con una gravedad de 4 (“algo”) o 5 (“extremadamente”) en una escala de 1 a 5. Estos cinco ítem fueron seleccionados de entre aquellos informados por un 50% o más de los supervivientes del atentado con bombas en Oklahoma City (North, Nixon, Shariat *et al.*, 1999)<sup>1</sup>. Así pues, cualquier entrevistado que entre el 13-16 de Septiembre 2001 se sintiese “algo” trastornado cuando recordaban los ataques que tuvieron lugar el 11 de Septiembre, sería calificado como una persona con “estrés sustancial”. En el caso del estudio de Madrid (Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2005), efectuado entre 2 y 3 semanas después del atentado del 11M 2004, un 59.2% mostraba un “nivel de Estrés Sustancial”. Esta cifra es muy semejante a la submuestra de ciudadanos de Estados Unidos que vivían cerca del WTC del estudio de Schuster *et al.* (2001) quienes mostraron unas tasas de estrés sustancial del 61% (Figura 1).

Sin embargo, es poco probable que este tipo de datos que reflejan reacciones de estrés desproporcionadas, a pesar de que tengan una repercusión inmediata en los medios de comunicación e incluso en revistas científicas, tengan alguna significación clínica o epidemiológica. Estar desanimado o tener “estrés sustancial” no implica tener un trastorno clínico (Wessely, 2004). Los estudios que intentan identificar los niveles inferiores al umbral de las respuestas traumáticas, como los estudios de Schuster *et al.* (2001) o de Stein *et al.*, (2004) basados en definiciones simples de estrés (por ejemplo, “estrés sustancial”) pueden provocar alarma y confusión en el público (Southwick y Charney, 2004; Shalev, 2004).

## 2.2. Trastorno de Estrés Agudo: Confundiendo la normalidad y la patología

Algo parecido, aunque con una relevancia diagnóstica mayor sucede con el denominado Trastorno de Estrés Agudo (TEA). Esta es una nueva categoría muy controvertida que se introdujo por primera vez en el DSM-IV (APA, 1996) (véase la crítica sistemática de Marshall, Spitzer y Liebowitz, 1999).

El DSM-III (APA, 1980) creó la categoría TEPT, y el DSM-III-R (APA, 1987) introdujo el requisito de que los síntomas estuviesen presentes al menos 30 días. La inclusión en 1987 de este criterio temporal era muy importante pues se trataba de reducir los falsos positivos diagnósticos que se podían producir utilizando los criterios del DSM-III (APA, 1980) pues no exigían una duración mínima de los síntomas y, sin embargo, se había observado que en muchas víctimas esos síntomas se disipaban en pocos días o semanas (Riggs *et al.*, 1995). Pero, al introducir esta exigencia temporal se creaba un problema contrario: había gente que podía tener una reacción aguda de estrés patológica que necesitase ayuda o al menos monitorización clínica. De

<sup>1</sup> Estos ítem son: 1) ¿Se siente desanimado cuando algo le recuerda lo sucedido?; 2) ¿tiene recuerdos, pensamientos o sueños repetitivos y perturbadores acerca de lo ocurrido?; 3) ¿tiene dificultades para concentrarse?; 4) ¿Tiene problemas para dormir o permanecer despierto?; 5) ¿Se siente irritable o tiene reacciones de enfado?

ese modo, en el DSM-IV (APA, 1996) se creó la nueva categoría del TEA (Blank, 1993).

Sin embargo, el TEA es un trastorno de definición imprecisa y un tanto confusa. Aunque se creó como una categoría semejante al TEPT y comparte muchos de sus síntomas, como puede verse en la Tabla 1, exige que aparezcan una serie de síntomas disociativos (Criterio B) que, por otro lado, la literatura científica no ha demostrado que sean más importantes predictores del TEPT que otras características (por ejemplo, neuroticismo, rasgos de personalidad, historia de trastornos mentales previos, etc.) – Cardeña *et al.*, 1996; Vázquez y Pérez-Sales, 2003. Este peso probablemente excesivo en los síntomas disociativos, descuidando por otro lado la precisión diagnóstica sobre síntomas de evitación y de hiperarousal (puede comprobarse en la Tabla 1 que los requisitos son menos exigentes que para el TEPT), crea situaciones diagnósticas complicadas. Por ejemplo, como indican Marshall *et al.* (1999), muchas personas con una elevada reacción de estrés inicial ante sucesos altamente traumáticos no pueden recibir ni un diagnóstico de TEA, porque no presentan los 3 síntomas disociativos que exige el DSM-IV, ni tampoco un diagnóstico de TEPT por no haber transcurrido aún 30 días desde la experiencia traumática. Además, la propia categoría TEA ha sido duramente criticada pues abre un camino de patologizar en categorías psiquiátricas lo que en la mayoría de los casos no son sino reacciones humanas normales de carácter casi siempre transitorio y sin mayores implicaciones psicopatológicas (McNally, Bryant y Ehlers, 2003).

Dar importancia diagnóstica al TEA puede ser equívoco dado que si bien es cierto que un porcentaje elevado de las personas que manifiestan TEA acaban desarrollando un TEPT –véase, por ejemplo, el trabajo de Harvey and Bryant (1998) con supervivientes de accidentes de moto-, lo contrario no es cierto. En un análisis de los 12 estudios prospectivos publicados que han evaluado si el TEA es predictor de TEPT, McNally, Bryant y Ehlers (2003) han demostrado que un porcentaje relativamente elevado de la gente que presenta TEA desarrolla un TEPT (65.7%) pero el porcentaje de personas con un TEPT que ha presentado previamente un TEA es bastante menor (45.8%). Así pues, el TEA es un relativamente buen predictor de TEPT pero hay muchas personas en quienes el TEPT no está precedido por un TEA.

Todavía son pocos los estudios que han analizado el TEA tras sucesos traumáticos y sus resultados varían bastante en función de las herramientas de medida. La tasa de TEA varía desde el 7% en una muestra de supervivientes de tifones (Stabb *et al.*, 1996) hasta un 33% en personas cercanas a un *mass shooting* (Classen *et al.*, 1998) y, quizás debido a la exigencia de síntomas disociativos adicionales, la prevalencia de TEA es sorprendentemente más baja que las tasas de TEPT de las que se ha informado en las fases más agudas del trauma (New South Wales Institute of Psychiatry, 2000).

Debido a que se trata de una categoría más nueva y más controvertida, el TEA no ha sido tan estudiado como el TEPT en el contexto de los sucesos traumáticos del 11S y del 11M. Silver y sus colegas (2002) en una muestra nacional representativa, hallaron que el 12.4% de los participantes en la onda 1 (de 9 a 23 días después del 11 de septiembre) presentados tenían altos niveles de síntomas que sugieren un pro-

bable Trastorno de Estrés Agudo<sup>2</sup>. En el estudio también efectuado en Madrid 2-3 semanas después del atentado, Muñoz *et al.* (2004) hallaron en una muestra representativa de la población general que el 47% de los entrevistados mostraban “síntomas significativos de estrés agudo” (aturdimiento, distanciamiento emocional, pesadillas o imágenes invasivas, evitación de situaciones o lugares que lo recuerdan, irritabilidad, nerviosismo...). Sin embargo, ninguno de estos dos estudios utilizó estrategias diagnósticas para evaluar la existencia de un TEA siguiendo criterios diagnósticos DSM-IV (APA, 1996).

Hasta donde sabemos, sólo el estudio de Blanchard *et al.* (2004) ha evaluado la presencia de probables casos de TEA, aunque basándose sólo en puntuaciones en un cuestionario (ver Tabla 4). En este estudio, en el que participaron tres muestras de estudiantes universitarios tras el 11S en diferentes zonas de EE.UU., los resultados mostraron que los estudiantes de Albany (Estado de Nueva York) tenían una mayor frecuencia de casos probables de TEA (28.0%) que los más alejados geográficamente viviendo en Fargo (North Dakota) – 9.7%. Sin embargo, en nuestra opinión, parece una cifra muy sobreestimada que cerca de una tercera parte de una muestra universitaria de estudiantes viviendo en Albany (a unos cientos de millas de Manhattan) pudieran ser casos con un trastorno mental diagnosticable (i.e., TEA).

En suma, todos estos datos sobre “estrés sustancial” o sobre “síntomas de estrés agudo”, en su conjunto, indican que las reacciones inmediatas en la población general pueden ser elevadas, aunque desde luego no de modo generalizado. Pero, sobre todo, parecen indicar una sobreestimación de casos clínicos. No parece que estas cifras, por elevadas que sean, se correspondan en absoluto ni con una necesidad de atención psicológica ni con problemas clínicos significativos, especialmente cuando se trata de estudios en los que se emplean umbrales diagnósticos extraordinariamente bajos y se basan simplemente en instrumentos de autoinforme (North and Pfefferbaum, 2002).

### 2.3. TEPT: Prevalencia y estrategias diagnósticas

La reacción más extrema ante un estresor queda definida por el concepto de TEPT. Los estudios sobre el 11S y el 11M han empleado diferentes estrategias para valorar la presencia de casos de TEPT y los resultados difieren sustancialmente según el muestreo utilizado (por ejemplo, personas expuestas directamente o no), los métodos empleados (por ejemplo, entrevistas estructuradas o instrumentos de autoinforme), e incluso las estrategias utilizadas para llevar a cabo el diagnóstico (por ejemplo, empleo de diferentes puntos de corte) –ver Tabla 4.

Como era de esperar, sólo una minoría de la población general presenta problemas que sugieran la presencia de un TEPT. Pero incluso así resultan llamativas las cifras relativamente bajas encontradas cuando se emplean criterios diagnósticos tipo DSM. Quizás los estudios de Galea y su grupo sean un paradigma en este sentido pues, empleado entrevistas estructuradas telefónicas ligadas a criterios DSM-IV

<sup>2</sup> El estudio de Silver *et al.* (2002) sólo evaluó síntomas pertenecientes a la categoría TEA del DSM-IV pero no el resto de los criterios diagnósticos, por lo que no puede decirse con precisión si se trataban de casos probables de TEA.

(APA, 1996), en una muestra de ciudadanos de Manhattan, hallaron que a las 5-9 semanas del 11 de Septiembre sólo el 7.5% de quienes habían tenido una exposición directa presentaba un probable estado de TEPT y entre quienes no habían estado directamente expuestos sólo el 4.2% presentaba TEPT. En cualquier caso la tasa de prevalencia de TEPT en la ciudad de Nueva York, en su conjunto, fue del 7.5% una cifra que, a pesar de ser el doble que la presente en la población norteamericana antes del 11 de Septiembre (i.e., 3.6%; Blazer, Kessler, McGonagle *et al.*, 1994), no parece extraordinariamente elevada dada la magnitud del suceso.

Además del uso de criterios diagnósticos utilizando entrevistas estructuradas, muchas investigaciones se han efectuado utilizando cuestionarios de síntomas y empleando puntos de corte para valorar la presencia de un Probabilidad de TEPT (Figura 2). En concreto, en términos de diagnósticos probables de TEPT basados en puntajes de PCL-C (Weathers *et al.*, 1993), Schlenger *et al.* (2002) usando el material adaptado para los acontecimientos del 11 de septiembre, en una muestra representativa nacional, encontraron que entre 2.273 adultos, entrevistados entre 1 y 2 meses luego del 11 de septiembre, los porcentajes generales de TEPT probable usando el punto de corte de 50 fueron de 11.2 en Nueva York, 2.7% en Washington, D.C. y 3.6% en las áreas metropolitanas más importantes, y 4% en el resto del país. Usando un punto de corte de 40 en el PCL-C, Blanchard *et al.* encontraron que la prevalencia de la probabilidad de manifestar TEPT para las muestras de Albany, Augusta y North Dakota eran, respectivamente de 11.3%, 7.4% y 3.4%. Una vez más, todos estos porcentajes deben compararse con los porcentajes de prevalencia en la población general (3.6% en los Estados Unidos).

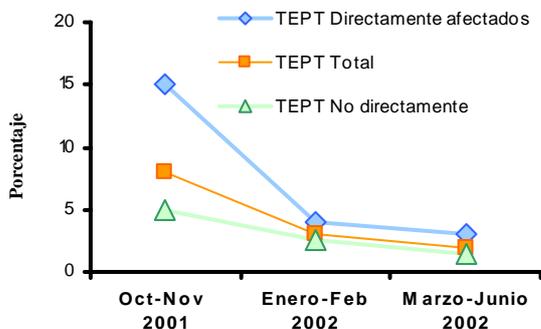


Figura 2. Prevalencia de TEPT (DSM-IV/DIS) en residentes de Manhattan en tres momentos sucesivos a partir del 11S (Galea *et al.*, 2003).

Los datos resultantes del empleo de estas estrategias en diferentes muestras de población general indican que en buena medida los resultados dependen de la propia estrategia que utilizan los investigadores. Para poner de manifiesto esta limitación, Vázquez, Pérez-Sales y Matt (2005) han utilizado el PCL-C (quizás el instrumento más utilizado en investigación sobre el 11S) en una muestra de ciudadanos de Madrid empleando diferentes puntos de corte que se han utilizado previamente en publicaciones sobre los efectos del 11S (ver Tabla 4). El uso de un punto de corte más restrictivo, como el sugerido por Ruggiero, Del Ben, Scotti y Rabalais (2004), frente a los puntos de

corte más bajos empleados por Blanchard *et al.* (2004), Matt y Vázquez (2005) o Schlenger *et al.* (2002) puede hacer disminuir en 4 veces la probabilidad de presentar un TEPT (3.4% vs. 13.3%). Si además incluimos alguna restricción adicional para confirmar que no sólo hay síntomas elevados (Criterios B, C y D del DSM-IV), sino un nivel elevado de respuesta subjetiva inicial (Criterio A2) y problemas significativos en el funcionamiento cotidiano (Criterio F), las cifras de Probabilidad de TEPT pueden bajar hasta un 1.9% (siete veces menos que si se utiliza el ampliamente empleado punto de corte de 40 en el PCL) –véase la Figura 3.

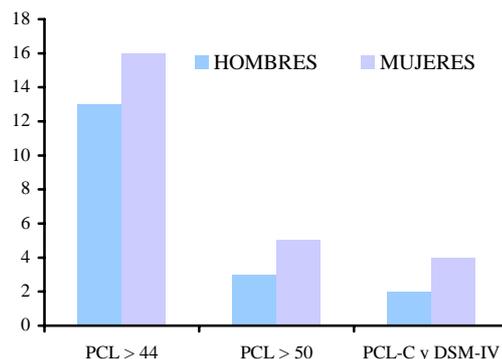


Figura 3. Diagnóstico probable de TEPT empleando diferentes estrategias y puntos de corte en el cuestionario de síntomas PCL-C (Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2005).

Así pues, las estimaciones epidemiológicas han de ser examinadas con sumo cuidado y siendo muy conscientes de que variaciones, a veces poco aparentes, en puntos de corte y estrategias diagnósticas pueden tener efectos muy importantes en las estimaciones resultantes. Los investigadores y los responsables de la formulación de políticas deben prestar atención a estas variaciones en los porcentajes de prevalencia probables, que dependen del uso de distintos umbrales y criterios de diagnóstico (North y Pfefferbaum, 2002), para una planificación adecuada y sensata de los servicios de salud (Southwick y Charney, 2004).

Una vía más indirecta del impacto epidemiológico del 11S, y esperamos que podamos contar con datos semejantes relativos a Madrid en investigaciones futuras, hace relación al consumo de fármacos y a las cifras de incidencia (i.e., nuevos casos de TEPT) diagnosticados en relación al 11S en los servicios de asistencia sanitaria. Este tipo de datos indirectos es muy interesante pues no dependen tanto de sesgos de respuesta o de los sesgos introducidos directamente por ideas previas de los investigadores. Los datos existentes apuntan a que, en efecto, este suceso no tuvo consecuencias epidémicas para la población de EE.UU. ni siquiera para la ciudad de New York. Los datos obtenidos de grandes organizaciones de la salud del comportamiento han mostrado un patrón de increpontos poco sustanciales en la prescripción de medicaciones psicotrópicas entre Septiembre de 2001 y Enero de 2002 (McCarter y Goldman, 2002). Además, las estadísticas hospitalarias de casos tratados o diagnosticados desde Septiembre 2001, han demostrado que, inesperadamente, no ha habido incrementos significativos en la incidencia de TEPT u otros trastornos men-

tales en la red de Hospitales de Veteranos de Nueva York ni en el resto del país (Boscarino, Galea, Ahern, Resnick y Vlahov, 2002; Rosenheck y Fontana, 2003).

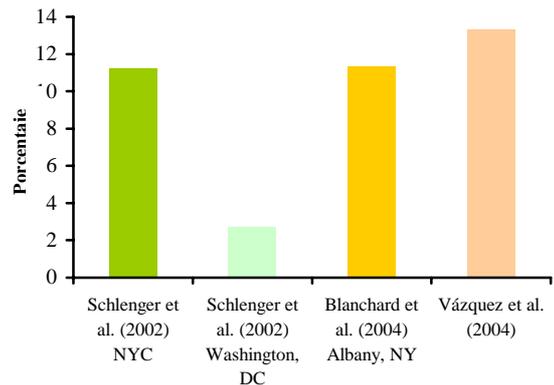
#### 2.4. Transitoriedad de las respuestas

El curso temporal de las reacciones ante el estrés es uno de los elementos más importantes y controvertidos en el diagnóstico de trastornos como el TEA o el TEPT. Como dijimos anteriormente, desde el DSM-III al DSM-IV-TR se han producido cambios notables en cómo abordar el problema de la duración de los síntomas. Este es un asunto crucial pues si no se ponen límites temporales, se podría llegar fácilmente a categorizar como patológico lo que no son sino reacciones normales transitorias. Pero el problema no está bien resuelto pues aún no conocemos cuál es el curso normal o historia natural de las reacciones humanas ante el estrés. Por ejemplo, el DSM-IV considera que más de 30 días de síntomas postraumáticos son la barrera límite que nos indica si esas respuestas de estrés iniciales son normales o constituyen un trastorno. Sin embargo, la Psicología clínica y experimental aún no ha determinado si lo que se consideran “síntomas” (por ejemplo, *flashbacks*) no son sino respuestas normales de un proceso de recuperación normal (Jones *et al.*, 2003) ni si estas respuestas deben tener necesariamente una resolución rápida inferior a 30 días (véase Pérez-Sales y Vázquez, 2003a). Es posible que muchas reacciones psicológicas que denominamos de modo simplista “síntomas”, siguiendo listados de clasificaciones diagnósticas, son en realidad elementos de recuperación y resistencia cuyo significado adaptativo y curso temporal aún no conocemos bien.

Dejando de lado esta reflexión más conceptual, no hay muchos estudios longitudinales sobre el curso temporal de los síntomas pero merece la pena analizar los principales datos existentes. Riggs, Rothbaum y Foa (1995), en un estudio prospectivo de 84 víctimas de ataques criminales, informaron que el 71% de las mujeres y el 50% de los hombres que habían sido atacados tenían un diagnóstico de TEPT tras una media de 19 días después del trauma. Sin embargo, 4 meses después, la tasa de TEPT había bajado al 21% para las mujeres y al 0% para los hombres. De modo semejante, Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock y Walsh (1992) informaron que el 94% de las víctimas de violación entrevistadas una media de 2 semanas después del trauma cumplían los criterios de TEPT, un 64% de la muestra los cumplía a las 3 semanas y un 47% los cumplía a las 11 semanas. Es decir, simplemente teniendo en cuenta el curso temporal, manteniendo siempre el resto de los criterios diagnósticos, las cifras de TEPT son la mitad a los 3 meses de la violación. En un estudio de víctimas de accidentes de circulación, Blanchard, Hickling, Barton *et al.* (1996) observaron que las cifras de participantes con TEPT se habían reducido a la mitad a los 6 meses y sólo un tercio se mantenían con TEPT al cabo de 12 meses (New South Wales Institute of Psychiatry, 2000). En el *National Comorbidity Study* (que es hasta ahora el estudio epidemiológico más amplio en población general que incluye datos longitudinales, aunque de naturaleza retrospectiva) se halló que la tasa de TEPT declina a una tasa relativamente constante en los 12 primeros meses, con una disminución luego más gradual en los 6 años siguientes (Kessler *et al.*, 1995).

Cuando uno observa los criterios DSM-IV de TEPT resulta bastante sorprendente que se califique como de “curso crónico” el mantenimiento del cuadro durante más de 3 meses. Esto parece sin duda un exceso diagnóstico puesto que, como hemos visto, los datos existentes sobre el curso del trastorno parece indicar una disminución significativa de modo bastante espontáneo de los síntomas iniciales, aunque seguramente con diferencias muy idiosincrásicas que aún no conocemos bien –véase Avia y Vázquez, 1998.

Con relación al caso concreto de los atentados terroristas de Septiembre 2001, aunque los síntomas iniciales hayan podido ser elevados en un porcentaje de la población y aún habiendo un incremento (en ningún caso desmedido de trastornos como el TEPT), no hay dudas de que, en general, se ha tratado de problemas transitorios para la mayoría<sup>3</sup>. Schlenger *et al.* (2002) hallaron que 2 meses después del 11 de Septiembre de 2001, el estrés general en los Estados Unidos estaba dentro de los parámetros normales incluyendo la Ciudad de Nueva York y Washington, D.C. Por otro lado, Silver *et al.*, (2002) encontraron que el 17% de la muestra nacional de adultos residentes fuera del área de la Ciudad de Nueva York manifestaron síntomas de estrés postraumático a los dos meses pero sólo el 6% manifestaron dichos síntomas a los seis meses.



Nota: Schlenger *et al.* (2002), *JAMA* (PCL>50); Blanchard *et al.* (2004), *Behav. Res. Therapy* (PCL>40); Vázquez, Pérez-Sales, Matt (2005) (PCL>44)

Figura 4. Diagnóstico probable de TEPT, en muestras de población general, tras los atentados del 11S y del 11M, según diferentes puntos de corte en el cuestionario de síntomas PCL-C.

Pero probablemente el argumento más contundente sobre la transitoriedad de las respuestas e incluso de los trastornos que podrían haber requerido ayuda proviene del estudio de Galea, Vlahov, Resnick *et al.* (2003) que ya hemos comentado (Figura 4). Estos autores analizaron la prevalencia de TEPT en la población general de la ciudad de Nueva York en tres entrevistas telefónicas conducidas al mes, a los cuatro meses, y a los seis meses después de 11 de Septiembre, 2001 (ver características técnicas en la Tabla 4).

<sup>3</sup> Obviamente hay personas directamente afectadas, con síndromes o trastornos de estrés postraumático u otros trastornos derivados de estas experiencias traumáticas, pero esto no es el objetivo de este trabajo, el cual se dirige más al análisis de los efectos en la población general.

Seguendo criterios DSM-IV, la prevalencia de Probabilidad de TEPT relacionado específicamente a los ataques disminuyó de 7.5% a 0.6% seis meses después del incidente. Como puede verse de nuevo en la Figura 3, aunque las diferencias entre los expuestos directos y los no directos era relativamente grande en el mes posterior a los ataques del 11S, a los 3 meses las tasas de prevalencia eran muy parecidas y menores incluso que la tasa del 3.6% observadas en los estudios en población general norteamericana antes del 11S y siguiendo los mismos criterios diagnósticos (Kessler *et al.*, 1995).

En definitiva, si bien la gente que haya estado expuesta puede presentar altos porcentajes de trastornos psicológicos (North *et al.*, 1999) existe una evidencia creciente indicando que las respuestas agudas al trauma en la población general están limitadas en su rango y retornan rápidamente a los niveles normales. De esta manera las reacciones de estrés agudo luego del trauma en las horas, días, o semanas después del evento traumático, debe tenerse en cuenta cuando se interpretan cifras sobre las reacciones inmediatas suscitadas por un suceso estresante (North and Pfefferbaum, 2002; Kilpatrick, Resnick, Freedy *et al.*, 1998). La naturaleza transitoria de las respuestas de estrés traumático encontradas en la mayoría de la población general sugieren que el distrés emocional agudo no debe confundirse con indicadores directos de TEPT. Como McNally, Bryant y Ehlers (2003) y Silver *et al.* (2002) han demostrado, estas respuestas emocionales iniciales, pueden ser parte de la recuperación natural, mejorando sin la asistencia de ayuda profesional en la presencia de ambientes favorables. La recuperación natural usando los recursos de apoyo existentes en las redes personales y comunitarias son generalmente suficientes para afrontar con éxito la tragedia (Silver *et al.*, 2002).

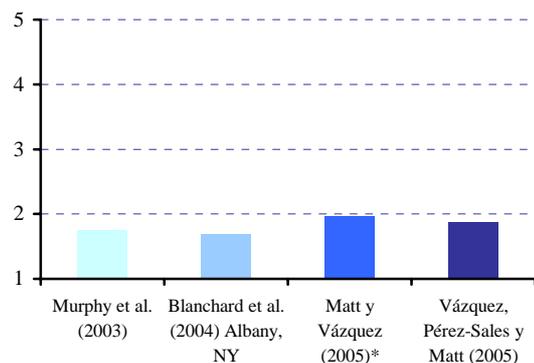
Estas cifras obviamente van en contra de las voces de alarma que previamente se habían ofrecido sobre el alcance potencial de la catástrofe en términos de salud mental (Herman, Felton and Susser, 2002). Naturalmente es posible que las reacciones limitadas del 11S y del 11M en la población se deban, entre otras circunstancias, a que se trata de acontecimientos en sociedades ricas en las que el impacto de estas catástrofes no se traduce en una cadena de estresores (desplazamientos, pérdidas económicas irreversibles, etc.) pero, en cualquier caso, las cifras resultantes claramente indican una ausencia de impacto generalizado.

### 2.5. Magnitud de las respuestas postraumáticas: Un asunto ignorado

Aunque un cierto porcentaje de personas puedan cumplir determinados criterios de respuesta de estrés elevada (por ejemplo, tener uno o más síntomas que sobrepasen un determinado umbral de gravedad), si evaluamos la magnitud absoluta de las respuestas de estrés observables, el panorama ofrece una visión inesperada y a la que los autores de los trabajos sorprendentemente suelen no prestar atención. De hecho, en muchos casos ni siquiera proporcionan cifras para poder analizar sus resultados valorando la magnitud de la respuesta.

Por ejemplo, en el estudio de Blanchard *et al.* (2004) con estudiantes universitarios norteamericanos la media global de gravedad de los ítems del PCL-C (recordemos que se trata de un inventario que evalúa en una escala de 1 a 5 la gravedad de los 17 síntomas que

cubren los criterios B, C y D del DSM-IV) fue de 1.68. En una escala de 1 a 5 quiere decir que, como media, los síntomas globalmente ni siquiera llegaron al nivel de gravedad 2 (i.e., "Un poco") y las puntuaciones incluso fueron menores para otras dos muestras de estudiantes de lugares distantes a New York<sup>4</sup>. En una muestra de estudiantes afroamericanos de Louisiana (Nueva Orleans), Murphy *et al.* (2003) hallaron que la media en el PCL-C fue de 1.75. También en estudiantes universitarios, esta vez de San Diego (California), Matt y Vázquez (2005) hallaron que la magnitud media de la respuesta en testigos distantes del 11S, medida con este mismo instrumento, era muy baja (1.96). Por último, en población general de Madrid, a las 2-3 semanas siguientes al 11M 2004, el valor medio de la respuesta en el PCL-C fue también muy bajo como promedio (1.88). Esta baja intensidad o gravedad de la respuesta media también ha sido informada en un estudio de DeLisi y sus colegas (2003) en una muestra de ciudadanos de New York. Usando una escala semejante al PCL-C, (la *Davidson Trauma Scale*, una escala de 17 ítem de síntomas en la que la gravedad de cada ítem se evalúa de 0 a 4), los ítems con una puntuación más elevada fueron 'Recuerdos dolorosos' y 'Recordatorios de recuerdos dolorosos' con un valor medio de 1.0. La Figura 4 refleja bien la escasa magnitud de la respuesta global media de estrés postraumático, lo que contrasta con los discursos catastrofistas y victimizador de muchos medios de comunicación y responsables políticos tras estas tragedias (Herman, Felton y Susser, 2002; Sampedro, 2004). El hecho de que, por término medio, en una escala que oscila desde "Nada en absoluto" hasta "Extremadamente", la puntuación media global ni siquiera alcanza en ningún estudio el umbral de molestia de "un poco", debería ser un elemento de reflexión sobre el impacto limitado de las supuestas traumatizaciones colectivas en situaciones como las vividas en el 11M y el 11S.



\*Nota: Sólo se empleó la escala de 5 síntomas del PCL-C (ver Schuster *et al.*, 2001): 5, extremadamente; 4, bastante; 3, moderadamente; 2, un poco; 1, para nada.

Figura 5. Intensidad media general de los síntomas de TEPT, evaluados con el PCL-C, en diferentes muestras de población general en los días o semanas inmediatas posteriores al 11S-2001 y el 11M-2004.

<sup>4</sup> Promedios basados en los porcentajes totales proporcionados por Blanchard *et al.* (2004, Tabla 1).

### 3. EPIDEMIOLOGÍA Y EPISTEMOLOGÍA DE LA PSICOPATOLOGÍA: A PROPÓSITO DEL TEPT

La expansividad creciente del DSM, cada vez con más categorías diagnósticas (Vázquez, 2000) y la proliferación de cifras epidemiológicas alarmantes sobre la prevalencia de los trastornos mentales (Mechanic, 2003) puede que se explique, al menos en parte, en la existencia de serios problemas conceptuales sobre lo que es un trastorno mental”. Evidentemente este no es un debate sencillo ni acabado (Wakefield, 1992) y es muy probable que haya un cierto entreguismo acrítico ante este frente medicalizador tan activo (Vázquez, 2000). La inmensa mayoría de los estudios sobre psicopatología, y en concreto sobre TEPT, se basan en listados de síntomas y en criterios diagnósticos en los que se presta muy poca atención al funcionamiento psicosocial de la gente. En último término, uno de los criterios fundamentales para saber si una condición mental es un trastorno o no es si afecta realmente la vida de la gente y esto es algo que raramente se evalúa en los estudios epidemiológicos. No sólo basta con presentar una serie de síntomas, como bien señalan los criterios DSM, aunque apenas se preste atención a esto, sino que se requiere un malestar claramente significativo y/o un funcionamiento inadecuado. Un ejemplo muy relevante de las implicaciones de centrarse no sólo en los síntomas proviene del estudio de Narrow y sus colegas (2002) quienes han demostrado que las cifras epidemiológicas de los clásicos estudios ECA o NCA (que han tratado de evaluar epidemiología de trastornos mentales en la población norteamericana) se reducen un 17 y un 32% simplemente si se consideran aquellos casos en los que además de los síntomas el respondiente indica haber “utilizado medicación” o haberle “contado a un profesional el problema”. Aunque esta perspectiva sea también criticable (Wakefield y Spitzer, 2002) sin duda abre el debate sobre la inflación diagnóstica y epidemiológica de trastornos mentales que estamos viviendo en los últimos tiempos. Los datos de los estudios de Silver *et al.* (2002) tras el 11S y de Muñoz *et al.* (2004) tras el 11M son interesantes en este sentido. Por ejemplo, en el estudio de Muñoz *et al.* (2004), los autores señalan que aunque el 47% de los entrevistados tiene síntomas agudos significativos de estrés en las primeras semanas tras el atentado, la cifra se reducía al 15% cuando se requería que los síntomas hubiesen afectado el funcionamiento cotidiano durante al menos dos días. Resultados semejantes se han observado también en otro estudio efectuado en la población de Madrid (Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2005), lo que indica la necesidad de tomar en cuenta seriamente el impacto en el funcionamiento además de la gravedad de los síntomas propiamente dichos.

### 4. TRAUMA, VULNERABILIDAD Y RESILIENCIA

Asumir que las poblaciones humanas son básicamente frágiles ante la adversidad y el trauma no sólo es científicamente incorrecto sino que puede tener serias repercusiones al guiar equivocadamente los programas de prevención e intervención. En este sentido, Summerfield (1999a,b, 2001) ha efectuado críticas muy duras a los programas de ayuda humanitaria de agencias oficiales y no gubernamentales, que se basan en asunciones equivocadas (y a veces interesadas) sobre la una visión psicopatologizadora de las poblaciones a

quienes esos programas van dirigidos. Una visión de la patología basada en listados de síntomas y descuidando aspectos más relacionados con el funcionamiento o la integridad psicológica, puede erróneamente llevar a la conclusión de que el ser humano requiere ayuda ante casi cualquier dificultad (ver también una crítica de esta idea en Blanco y Díez, 2004) y, además, como bien observaba Derek Summerfield en la cita que abre este trabajo, esta visión tan patologizadora puede victimizar aún más a los afectados al considerarlos sujetos pasivos y decididamente frágiles.

Los datos sobre el impacto limitado y transitorio de los atentados terroristas del 11S y del 11M pueden comprenderse mejor desde la perspectiva de la *resiliencia* ante la adversidad. Los estudios de la población general indican que si bien los “eventos traumáticos”, según se define en el DSM-IV pueden afectar a más del 50% de la población general en el transcurso de sus vidas (Breslau, Davis y Andreski, 1995), sólo el 1-3% (5-15%, si se incluyen las formas menos severas) pueden presentar TEPT –Kessler, (2000). Es evidente que la investigación le presta mucha más atención a los mecanismos que impiden a la mayoría de la población expuesta a eventos traumáticos para desarrollar respuestas al trauma significativas para la clínica.

Los efectos de los atentados del 11S y del 11M, paralelos en muchos sentidos, han tenido un efecto menor en la población del esperado. ¿Por qué hay una expectativa de daño extendido en la población? Es probable que la idea errónea de que los seres humanos son vulnerables ante la adversidad (Seligman, 1998; Bonnano, 2004) esté en el origen de este prejuicio. Como hemos analizado extensamente en otros lugares (Avia y Vázquez, 1998; Vázquez y Pérez-Sales, 2003; Pérez-Sales y Vázquez, 2003 a,b; Vázquez, Cervellón, Pérez-Sales *et al.* 2005) los seres humanos son básicamente *resilientes* ante la adversidad, lo que se consigue a través de una red compleja de procesos motivacionales y cognitivos mediacionales (Lyubomirsky, 2001). Uno de los factores implicados es la presencia de emociones positivas durante y después del trauma, las cuales pueden tener un efecto de amortiguación del impacto del trauma (Wortman y Silver, 1989; Linley, 2003). Por ejemplo, en un estudio reciente hemos comprobado que las emociones y cogniciones positivas son muy frecuentes en una muestra de refugiados en albergues tras un terremoto de El Salvador de 2001 (Vázquez, Cervellón, Pérez-Sales *et al.*, 2005). De modo semejante, en el 11S se ha observado que mucha gente experimentó emociones positivas (por ejemplo, sensación de solidaridad, cohesión comunitaria, etc.) y es posible que gracias a esto estos sucesos traumáticos no hayan afectado significativamente las creencias básicas señaladas por Janoff-Bulman (1992). En el caso de los eventos del 11 de Septiembre, una serie de encuestas de la *Organización Nacional para la Investigación de la Universidad de Chicago* (NORC) halló evidencias sustanciales de que la gente en la ciudad de Nueva York y en otras partes del país se sintió profundamente conectada, de todas formas tenían una visión positiva de la naturaleza de los seres humanos y también mostraron un aumento significativo del sentimiento de orgullo acerca de la nación (Smith, Rasinski y Toce, 2001).

Es posible que esta mezcla compleja de emociones positivas y negativas sirvan como una amortiguación positiva ante el desarrollo de TEPT y

otros trastornos en la población en general. Como Brewin, Andrews y Valentine (2000) lo hallaron en el metaanálisis de los factores de riesgo de TEPT, los eventos vitales adversos posteriores así como la falta de apoyo social posterior al trauma son los elementos de predicción más importantes para el desarrollo de este trastorno. De esta manera, la experiencia común de compartir recuerdos de esos días dramáticos puede ser también otro factor de amortiguación importante. Como demostraron Zech *et al.* (en prensa), la capacidad de usar conexiones interpersonales adecuadas es fundamental para regular efectivamente la afectividad de las personas en la secuela de los eventos catastróficos. Parece que todas estas condiciones sociales estaban presentes, desde el comienzo de la catástrofe en el escenario traumático de los ataques del 11 de septiembre en el suelo americano y posteriormente en los eventos del 11 M en Madrid. Según Zech y sus colegas "la participación social puede brindar ayuda al satisfacer dos necesidades humanas fundamentales: pertenencia y consenso social ....[llevando a ]... la restauración parcial de la creencia en un mundo justo, y en la disminución de la soledad".

En el caso del ataque de Madrid, una cantidad de circunstancias políticas únicas creó un complejo escenario social donde las emociones positivas y negativas se mezclaron de una manera muy particular durante los primeros días posteriores a la tragedia. Uno de los próximos pasos de nuestro equipo de investigación será analizar el papel de estas emociones, que, según nuestra investigación previa (por ejemplo, Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003; Vázquez y Pérez-Sales, 2005), podrán tener un rol importante en el desarrollo y/o mantenimiento de los síntomas post-traumáticos.

## 5. CONCLUSIONES

En Octubre de 2001, la *Oficina del Estado de Nueva York del Departamento de Epidemiología de la Mailman School of Public Health* de la Universidad de Columbia desarrolló una rápida evaluación de la naturaleza y magnitud de las necesidades de la salud mental en el estado como resultado de los ataques terroristas del 11 de Septiembre en el World Trade Center. Este esfuerzo fue llevado a cabo durante un período de gran agitación e incertidumbre ya que los neoyorquinos respondieron a estos sucesos traumáticos de este desastre sin precedentes. Usando la cantidad de datos limitada disponible en el momento, estimamos que más de 520.000 personas en Nueva York y sus áreas aledañas podrían sufrir de trastornos de estrés post-traumático como resultado de la exposición a los ataques, y que más de 129.000 buscarían tratamiento para estos trastornos durante el 2002. De esta manera, los planificadores de las políticas de salud pronosticaron un crisis grave de salud mental entre los ciudadanos de Nueva York esperando un incremento sustancial de casos de TEPT (Herman, Felton y Susser, 2002; Stephenson, 2001). Una situación similar se predijo en Madrid por las autoridades gubernamentales (Sampedro, 2004). Aun así, los estudios epidemiológicos subsiguientes conducidos en la ciudad de Nueva York (por ejemplo, Galea *et al.*, 2002, 2003) y en otras ciudades de los Estados Unidos (Schlenger *et al.*, 2002) demostró, de hecho, que las tasas de prevalencia de los trastornos de TEPT en la población en general no eran desproporcionados en relación con los porcentajes

anteriores a los ataques del 11 de Septiembre y disminuyeron significativamente luego de los primeros meses después de la tragedia.

Con estas predicciones catastróficas se diseñó el *Project Liberty*, destinado a proveer de counseling gratuito a los ciudadanos de Nueva York (Kadet, 2000). A pesar de la gran respuesta que tuvo el programa, esto supuso la cuarta parte del número esperado por los autores del proyecto y de los \$131 millones presupuestados para terapias dirigidas a los neoyorquinos, quedaban aún 90 millones de dólares por gastar (véase McNally, Bryant y Ehlers, 2003). Una de las lecciones de lo que sucedió tras los ataques del 11 de Septiembre en suelo americano es que los recursos han de situarse probablemente en sujetos seleccionados (fundamentalmente gente directamente afectada) empleando además procedimientos validados. Aunque es cierto que se requiere una mejor formación y una respuesta rápida de los profesionales de la salud mental (Hamaoka, Shigemura, Hall y Ursano, 2004), es igualmente necesario que no se creen respuestas de alarma innecesarias que bien sean bienintencionadas o bien obedezcan a estrategias de intereses gremiales y profesionales, anticipen problemas que no se van a presentar y desvíen los esfuerzos que pueden efectuarse en otras direcciones.

Lo aprendido en estas catástrofes tiene también implicaciones conceptuales y metodológicas. Por un lado parece quedar claro que la *resiliencia* es la norma general en la población general (incluso entre las personas expuestas directamente) y, además, es poco probable que los testigos no presenciales de un trauma desarrollen reacciones postraumáticas clínicamente significativas que, en cualquier caso, son transitorias para la mayoría de los supuestamente afectados. Parece claro que el concepto amplio de "trauma" reflejado en el DSM-IV necesita revisión y refinamiento conceptual. Otra lección importante tiene que ver con la medida del trauma y las reacciones de estrés relacionadas. El uso de instrumentos o de puntos de corte con un umbral muy bajo de detección de psicopatología puede resultar inadecuado para detectar reacciones clínicamente significativas en la población general. Aunque su uso está extraordinariamente extendido, parece claro que generan cifras desproporcionadamente altas de personas afectadas lo que crea una atmósfera psicopatologizadora y una alarma social innecesarias.

Otra lección derivada de estas tragedias nacionales es que la evaluación de los efectos de los ataques terroristas en la población general deben centrarse no sólo en los síntomas (por ejemplo, Schuster *et al.*, 2001; Stein *et al.*, 2004; Blanchard *et al.*, 2004) sino que también en el impacto en el funcionamiento (ver North y Pfefferbaum, 2002) ya que podría ser uno de los criterios más relevantes para buscar ayuda para las víctimas del trauma (Shalev, 2004). De hecho, los resultados de algunos de nuestros estudios sobre los efectos de los ataques del 11 M en Madrid (Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2005) apoyan la idea de que tanto la presencia de comportamientos aversivos y un déficit de funcionamiento psicosocial son críticos para la disminución de las estimaciones de la prevalencia de TEPT (ver también Brewin, Andrews y Rose, 2000).

La responsabilidad de los científicos debería ser generar conocimiento basándose en las evidencias disponibles y procurar ser, en la medida de lo posible, testigos fieles de la realidad, algo que por lo que hemos

visto en los últimos tiempos, en relación con la investigación sobre el 11M y el 11S, podría estar quedando subordinado a otros intereses menos nobles o, al menos, menos basados en datos científicamente sólidos.

## REFERENCIAS

- Ahern, J., Galea, S., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. y Vlahov, D. (2002). Television images and psychological symptoms after the September 11<sup>th</sup> terrorist attacks. *Psychiatry*, 65, 289-300.
- American Psychiatric Association. (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., revised)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed-Text revised.)*. Washington, DC: Author.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial (prefacio de Martin E.P. Seligman).
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Barton, K.A., Taylor, A.E., Loos, W.R. y Jones-Alexander, J. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 775-786.
- Blanchard, E.B., Kuhn, E., Rowell, D.L., Hickling, E.J., Wittrock, D., Rogers, R.L., Johnson, M.R. y Steckler, D.C. (2004). Studies of the vicarious traumatization of college students by the September 11th attacks: Effects of proximity, exposure and connectedness. *Behaviour Research and Therapy*, 42,191-205.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: Una visión alternativa al trastorno de estrés postraumático. *Clínica y Salud*, 15, 9-37.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Boscarino, J.A., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H. y Vlahov, D. (2002). Utilization of Mental Health Services following the September 11<sup>th</sup> terrorist attacks in Manhattan, New York City. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 143-155.
- Breslau, N., Davis, G.C. y Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 529-535.
- Brewin, C. R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven, CT: Yale University Press.
- Brewin, C.R., Andrews, B. and Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in Posttraumatic Stress Disorder: Investigating DSM-IV Criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 499-509.
- Brewin, C.R., Andrews, B. y Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brewin, C.R., McNally, R.J. y Taylor, S. (2004). Point-counterpoint: two views on traumatic memories and posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 99-114.
- Brunner, J. (2002). Identifications, suspicions, and the history of traumatic disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 179-184.
- Bryant, R.A. y Harvey, A.G. (2000). *Acute Stress Disorder. A handbook of theory, assessment and treatment*. Washington DC: American Psychological Association.
- Burkle, F.M. (1996) Acute-phase mental health consequences of disasters: implications for triage and emergency medical services. *Annals of Emergency Medicine*, 28, 119-128.
- Cardaña, E., Lewis-Fernández, R., Beahr, D., Pakianathan, I. y Spiegel, D. (1996). Dissociative disorders. En J.R.T. Davidson y E.B. Foa, (eds.), *Sourcebook for the DSM-IV. Vol. II* (pp. 973-1005). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R. y Spiegel, D. (1998) Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 155, 620-624.
- Davidson, L., Fleming, I. y Baum, A. (1986). Post-traumatic stress as a function of chronic stress and toxic exposure. En C. Figley (Ed), *Trauma and its wake* (pp. 57-77). New York: Brunner/Mazel.
- DeLisi, L.E., Maurizio, A. yost, M., Papparozi, C.F., Fulchino, C., Katz, C.L., Altesman, J., Biel, M., Lee, J. y Stevens, P. (2003). A Survey of New Yorkers after the Sept. 11, 2001, Terrorist Attacks. *American Journal of Psychiatry*, 160, 780-783.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 905-929.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en

- distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24 (96), 527-555.
- Fredrickson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E. y Larkin, G.R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. y Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11<sup>th</sup> attacks in Manhattan, New York City. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M. y Kilpatrick, D. (2003). Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158, 514-524.
- Grace, M.C., Green, B.L., Lindy, J.L. y Leonard, A.C. (1993) The Buffalo Creek disaster: a 14-year follow-up. En J.P. Wilson y B. Raphael (Eds) *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press.
- Green, B.L. y Lindy, J.D. (1994) Posttraumatic stress disorder in victims of disasters. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 301-309.
- Hamaoka, D.A., Shigemura, J., Hall, M.J. y Ursano, R.J. (2004). Mental health's role in combating terror. *Journal of Mental Health*, 13, 531-536.
- Harvey, A.G. y Bryant, R.A. (1998) The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.
- Herman, D.B., Felton, C. y Susser, E.S. (2002). Mental health needs in New York State following the September 11th attacks. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 79, 322-331.
- Hughes, R. (1993). *Culture of complaint. The Fraying of America*. New York: Oxford University (Spanish translation in Barcelona: Anagrama).
- Institute for Social Research (2001). *How America Responds* (Part 2). University of Michigan ISR. October 9, 2001.
- Janoff-Bulman R. (1992). *Shattered Assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jones, E., Vermaas, R. H., McCartney, H., Beech, C., Palmer, I., Hyams, K. y Wessely, S. (2003). Flashbacks and post-traumatic stress disorder: The genesis of a 20<sup>th</sup>-century diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 158-163.
- Kadet, A. (2002, June). Good grief! *Smart Money*, 11, 109-114.
- Kessler, R. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl. 5), 4-12.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E. and Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Freedy, J.R., Pelcovitz, D., Resick, P., Roth, S. y van der Kolk, B. (1998). Posttraumatic stress disorder field trial: Evaluation of the PTSD construct -Criteria A through E. En T. Widiger, A. Frances, H. Pincus, R. Ross, M. First, W. Davis y M. Kline (Eds.), *DSM-IV Sourcebook - Vol. 4*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Levi, P. (1988). *Si esto es un hombre*. Barcelona: El Aleph.
- Levi, P. (2000). *Los hundidos y los salvados*. Barcelona: El Aleph.
- Lillo, A., Muñoz, F., Parada, E., Puerta, A., Ramos, M., Pereira, M., del Val, M. y Guijarro, A. (2004). Intervención psicológica tras los atentados del 11 de Marzo en Madrid. *Clínica y Salud*, 15, 7-88.
- Linley, P.A. (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 601-610.
- Linley, P.A. y Joseph, S. A. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56, 239-249.
- Marshall, R.D., Spitzer, R., Liebowitz, M.R. (1999). Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of Acute Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1677-1685.
- Matt, G.E. y Vázquez, C. (2005). Psychological distress and resilience among distant witnesses of the 9/11 terrorist attacks: A natural experiment using multiple baseline and follow-up cohorts. *Behaviour Research and Therapy*. Bajo revisión editorial.
- McCarter, L. y Goldman, W. (2002). Use of psychotropics in two employee groups directly affected by the events of September 11. *Psychiatric Services*, 53, 1366-1368.
- McFarlane, A.C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: A model of the longitudinal course and the role of risk

- factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl 5), 15-23.
- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229-252.
- McNally, R. J. (2004). Conceptual Problems with the DSM-IV criteria for Posttraumatic Stress Disorder. G. M. Rosen (ed.), *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversia* (pp. 1-14). New Cork: John Wiley y Sons.
- McNally, R. J., Bryant, R. y Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from traumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 45-79.
- Mechanic, D. (2003). Is the prevalence of mental disorders a good measure of the need for services? *Health Affairs*, 22, 21-27.
- Muñoz, M., Vázquez, J.J., Crespo, M., Pérez-Santos, E., Panadero, S., Guillén, A.I., de Vicente, A., Ausín, B. y Santos-Olmo, A.B. (2004). Estudio de los efectos psicológicos a corto plazo de los atentados del 11-M en población general de la zona afectada. *Papeles del Psicólogo*, 87, 67-71.
- Murphy, R.T., Wismar, K. y Freeman, K., (2003). Stress symptoms among African-American college students after the September 11, 2001 terrorist attacks. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 108-114.
- Narrow, W.E., Rae, D.S., Robins, L.N. y Regier, D.A. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. Using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-123.
- National Organization for Research at the University of Chicago (2001). *America rebounds: A national study of public responses to the September 11th terrorist attacks: Preliminary findings*. Retrieved June 10, 2002. <http://www.norc.uchicago.edu/projects/reaction/pubres/p.pdf>
- New South Wales Institute of Psychiatry (2000). *Disaster Mental Health Response Handbook*. Parramatta, British Columbia: NSW Institute of Psychiatry.
- Norris, F. H., Byrne, C. M., Diaz, E. y Kaniasty, K. (2001). 50,000 disaster victims speak: An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. Report prepared for The National Center for PTSD and The Center for Mental Health Services (SAMHSA). Retrieved August 20, 2002, from <http://obsr.od.nih.gov/Activities/911/disaster-impact.pdf>.
- North, C.S. y Pfefferbaum, B. (2002). Research on the mental health effects of terrorism. *Journal of the American Medical Association*, 288, 633-636.
- North, C.S., Nixon, S.J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J.C., et al. 1999. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*, 282, 755-762.
- Pérez Sales, P., Cervellón, P., Vázquez, C., Vidales, D. y Gaborit, M. (en prensa). Post-traumatic factors and resilience: the role of shelter management and survivors' attitudes after the earthquakes in El Salvador (2001). *Journal of Applied Social Psychology*.
- Pérez-Sales, P. y Vázquez, C. (2003b). Psicoterapia de apoyo en situaciones traumáticas. *Revista de Enfermería*, 26, 44-53.
- Pérez-Sales, P. y Vázquez, C. (2003a). Factores que influyen en la respuesta traumática. En P. Pérez-Sales, M. Diéguez, C. Vázquez, F. González-Aguado, C. Avedillo, Z. Bitar, B. Rodríguez y M. Hernández, M. (Eds.), *Psicoterapia de respuestas traumáticas. Vol. 1: Trauma y resistencia* (pp. 37-46). Madrid: Escosura Producciones.
- Pfefferbaum, B., Pfefferbaum, R.L., North, C.S., Neas, B.R. (2002). Does television viewing satisfy criteria for exposure in posttraumatic stress disorder? *Psychiatry*, 65, 306-309.
- Rasinski, K.A., Berktd, J., Smith, T.W. y Albertson, B.L. (2002). *America Recovers: A Follow-Up to a National Study of public response to the September 11th Terrorist Attacks*. Chicago, IL: National Organization for Research at the University of Chicago (NORC). Retrieved September 15, 2002, <http://www.norc.uchicago.edu/projects/reaction/pubres/p2.pdf>.
- Riggs, D.S., Rothbaum, B.O., Foa, E.B. (1995). A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 201-214.
- Rosenheck, R. y Fontana, A. (2003). Use of mental health services by veterans with PTSD after the terrorist attacks of September 11. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1684-1690.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T.B. y Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Ruggiero, K.J., Del Ben, K., Scotti, J.R. y Rabalais, A.E. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist-Civilian Version. *Journal of Traumatic Stress*, 495-502.
- Sampedro, J. (2004, March 19). 150.000 madrileños sufrirán trastornos psicológicos leves. *El País*, p. 30.
- Schlenger, W.E., Caddell, J.M., Ebert, L., Jordan, B.K., Rourke, K.M., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, M., Fairbank, J.A. y Kulka, R.A. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: Findings From the National Study of Americans' Reactions to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 581-588.
- Schuster, M.A., Stein, B.D., Jaycox, L.H., Collins, R.L., Marshall, G.N., Elliott, M.N., Zhou, A.J.,

- Kanouse, D.E., Morrison, J.L. y Berry, S.H. (2001). A National survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *The New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.
- Scott, W. J. (1990). PTSD in DSM-III: A case in the politics of diagnosis and disease. *Social Problems*, 37, 294-310.
- Semprún, J. (1995). *La escritura o la vida*. Barcelona: Tusquets.
- Shalev, A. Y. (2004). Further lessons from 9/11: Does stress equal trauma?. *Psychiatry*, 67, 174-177.
- Shalev, A.Y., Freedman, S.A. Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S.P. y Pitman, R.K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155, 630-637.
- Silver, R.C., Holman, E.A., Mcintosh, D.N., Poulin, M. y Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1235-1244.
- Smith, T.W., Rasinski, K.A. y Toce, M. (2001). *America rebounds: A national study of public responses to the September 11th terrorist attacks: Preliminary findings*. Chicago, IL: National Organization for Research at the University of Chicago (NORC). Retrieved June 10, 2002.  
[http://www.norc.uchicago.edu/projects/reaction/pubres\\_p.pdf](http://www.norc.uchicago.edu/projects/reaction/pubres_p.pdf)
- Southwick, S.M. y Charney, D.S. (2004). Responses to trauma: Normal reactions or pathological symptoms. *Psychiatry*, 67, 170-173.
- Stabb, J.P., Grieger, T.A., Fullerton, C.S. y Ursano, R.J. (1996) Acute stress disorder, subsequent post-traumatic stress disorder and depression after a series of typhoons. *Anxiety*, 2, 219-225.
- Stein, B. D., Elliott, M. N., Jaycox, L., Collins, R. L., Berry, S.H., Klein, D.J. y Schuster, M. A. (2004). A national longitudinal study of the psychological consequences of the September 11, 2001 terrorist attacks: Reactions, impairment, and help-seeking. *Psychiatry*, 67, 105-117.
- Summerfield D. (1999a). Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basados en el concepto de trauma psicológico. En Pérez-Sales P. (ed) *Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política*. Madrid: Ex Libris.
- Summerfield, D. (1999b). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Sciences and Medicine*, 48, 149-162.
- Summerfield, D. (2001) *The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category*. *British Medical Journal*, 322, 95-97.
- Vázquez, C. (1990). Fundamentos teóricos y metodológicos de la clasificación en Psicopatología. En: F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría* (Vol. 2, pp. 655-678). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. (2000). De un psicopatólogo. Memorias de un cuarentón. En M.D. Avia (Ed.), *Cartas a un joven psicólogo* (pp.76-86). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 231-254.
- Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2005). *The buffering role of positive emotions and political choices in the Madrid March 11, 2004 terrorist attacks*. Inédito.
- Vázquez, C., Cervellón, P., Pérez Sales, P., Vidales, D. y Gaborit, M. (in press). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001). *Journal of Anxiety Disorders*.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P. y Matt, G. (2005). Post-Traumatic stress reactions following the Madrid March 11 terrorist attacks: Epidemiological effects of exposure and use of multiple diagnostic criteria in a Madrid community sample. *Journal of Traumatic Studies*. Bajo revisión editorial.
- Wakefield, J. (1992). Disorder as a harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99, 232-247.
- Wakefield, J.C. y Spitzer, R.L. (2002). Lowered estimates—but of what? *Archives of General Psychiatry*, 59, 129-130.
- Wayment, H.A. (2004). It could have been me: Vicarious victims and disaster-focused distress. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 515-528.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S., Huska, J.A. y Keane, T.M. (1993, October). The PTSD Checklist: Reliability, validity and diagnostic utility. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Wessely, S. (2004). When being upset is not a mental problem. *Psychiatry*, 67, 153-157.
- Wortman, C.B. y Silver, R.C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.
- Young, A. (1995). *The harmony of illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Zech, E., Rimé, B. y Nils, F. (en prensa). Social Sharing of Emotion, Emotional Recovery, and Interpersonal Aspects. In P. Philippot and R. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.