

Consecuencias psicológicas y psiquiátricas de los atentados del 11 de marzo en Madrid

¿Qué podemos esperar en el futuro?

PAU PÉREZ-SALES: Psiquiatra. CSM Parla. pauperez@arrakis.es

El brutal atentado terrorista del 11 de marzo del 2004 que causó doscientos muertos y un millar de heridos en Madrid ha abierto un debate, en España, similar al que se produjo en Estados Unidos tras el atentado al World Trade Center. Y no deja de ser sorprendente cómo se repiten tópicos cuando, tres años después de aquella masacre, existen evidencias científicas acumuladas abrumadoras como para dar respuesta a muchas de esas preguntas. Vale la pena repasar los términos esenciales del debate:

1. ¿Es previsible una epidemia de trastorno de estrés postraumático (TEPT)? El TEPT es el diagnóstico clínico que agrupa a las reacciones psicofisiológicas tras un hecho traumático. Voces agoreras⁽¹⁾ anunciaron entonces la previsible existencia de una epidemia con millones de afectados en todo el país que requerirían una legión de psicólogos y psiquiatras para atenderles. La realidad lo ha desmentido. No se han observado, en cohortes seguidas tras el atentado en numerosas ciudades norteamericanas, indicadores directos⁽²⁾ (entrevista clínica o telefónica) o indirectos (aumento de consultas o gasto farmacéutico) que indique que eso sea así⁽³⁾. Los datos alarmistas se basan en sondeos telefónicos con graves problemas metodológicos⁽⁴⁾.

2. ¿Provoca estrés postraumático ver repetidamente las imágenes de televisión? Es cierto que las imágenes crudas resultan desagradables e impactantes y pueden, en personas obsesivas, dar lugar a pesadillas o fantasías desagradables. Pero este tipo de sensaciones (que desaparecerán al

poco) no originan epidemias de gente enferma. Afectan a personas con ansiedad o estructuras neuróticas *preexistentes* que resultarían afectadas por estas imágenes... o por cualesquiera otras. Vivimos en la repetidamente denunciada sociedad del espectáculo⁽⁵⁾ y, por tanto, inmersos permanentemente en imágenes desmesuradas.

3. ¿Quiénes serán los afectados? En las primeras semanas tras el atentado los supervivientes directos pueden tener niveles de afectación psicológica postraumática de hasta el 70%, pero estas cifras disminuyen radicalmente a medida que pasan las semanas⁽⁶⁾. Es esperable entre un 10 y un 20% de supervivientes directos que tengan secuelas psicológicas importantes. Estas cifras se reducen a la mitad entre el personal de

ayuda (testigos de atrocidades y del horror, pero que no tuvieron la percepción de amenaza vital que tuvieron los supervivientes). Entre los testigos indirectos (gente del barrio) las cifras pueden ser diez veces inferiores. Entre la población general de Madrid o del Estado Español, no es esperable, con los datos abrumadores que disponemos del post-11 de septiembre, ningún aumento de prevalencia de patología mental⁽²⁾.

4. Impacto psicosocial. Asumiendo que hay un importante afectación del núcleo de personas físicamente más cercano a la explosión, que habrá que enfrentar, se abre otra batalla que, en realidad, es tan importante o más que la anterior: ¿Cuál va a ser el impacto psicosocial del atentado? Existen numerosos temas clave: ¿Va a generar el atentado

¿VAN A APARECER ACTITUDES DE INDEFENSIÓN Y VULNERABILIDAD O, POR EL CONTRARIO, DE COHESIÓN Y SENSACIÓN DE PERTENENCIA?

sensaciones de *miedo*, de *desconfianza*? ¿Va a alimentar —como ocurrió en Estados Unidos— la idea de una sociedad que debe vivir en la *desconfianza* y que debe tolerar bien las formas de *control social*, de *restricción de las libertades públicas*, en nombre de ese miedo? ¿Van a aparecer actitudes de indefensión y vulnerabilidad o, por el contrario, de cohesión y sensación de pertenencia? ¿Van a aparecer actitudes *xenófobas* y de *rechazo al extraño* (anti-árabes y por extensión anti todo, por si acaso)? ¿Se agudizará en los próximos meses una *polarización social* (los buenos —fieles ineludibles a una opción política, los conspiradores— fieles ineludibles a la otra)? ¿Habrán elementos de fractura social, con fenómenos de «con nosotros o con ellos»? ¿Se instaurará el miedo, la desconfianza, la sensación de vulnerabilidad, la polarización, como forma de relación social e institucional o la desconfianza... y las implicaciones de todo ello para crear una sociedad desinformada, que funcione por tópicos o lemas propagandísticos?

5. ¿Qué programas hay que hacer entonces? En el primer nivel (supervivientes y en menor medida personal de ayuda), los estudios⁽⁷⁾ muestran, de manera abrumadora, que no basta con capacitar a los médicos de atención primaria, repartir folletos entre los afectados y esperar a que éstos pidan ayuda para ser atendidos por la red pública de salud mental. Un 15-20% de afectados moderados-severos a largo término en un grupo de 1500 afectados directos son de dos a trescientas personas. Sabemos que aquellos más gravemente afectados son los que **no van a pedir ayuda**. Se requiere de enfoques pro-activos, es decir, un censo de afectados y de seguimientos periódicos por teléfono y en algunos casos con visitas domiciliarias, de este núcleo duro durante uno —quizás dos— años. Junto a esto, programas intensivos (en los próximos tres meses) para los que han ayudado, no de «debriefing» —como demostró un estudio Cochrane⁽⁸⁾ sobre esta técnica— y sólo bajo ciertas condiciones específicas que sería largo detallar aquí⁽⁹⁾. Esto implica un pequeño equipo de gente que una estas tareas a otras de carácter más comunitario (trabajo en escuelas del barrio, con los médicos de atención primaria, con el tejido asociativo, que haga seguimiento de hechos reactivadores del duelo, de aniversarios, de fomentar el apoyo mutuo entre supervivientes y todo aquello que potencie su percepción de digni-

dad y autocontrol sobre la propia vida...). Un equipo de tres o cuatro personas que, por lo que sabemos hasta ahora, no se va a crear de ninguna administración.

6. ¿Y la sociedad? Tras el atentado al World Trade Center hubo una explosión de programas *preventivos* que, en empresas, escuelas etc, de zonas físicamente muy alejadas de dónde hubo el atentado, pretendían abordar las consecuencias psicológicas de lo ocurrido. Los metanálisis publicados posteriormente de esas experiencias han mostrado también que carecían de sentido⁽¹⁰⁾ y que, incluso,

en algunos casos resultaban perjudiciales. Este tipo de intervenciones hay que reservarlas para los primeros niveles de afectación. El trabajo con el conjunto de la sociedad es en el terreno psicosocial.

Y la batalla psicosocial nos corresponde a todos. Sobre todo, por supuesto, a aquellos que crean opinión (medios de comunicación, escritores, intelectuales, educadores, profesores de universidad...), pero también a cada cual tanto en su pequeño ámbito de actuación y de cotidianidad como en cuanto a una actitud vigilante sobre los poderes públicos.

LA BATALLA PSICOSOCIAL NOS CORRESPONDE A TODOS

NOTAS:

1. De Noon. Should America prepare for a Mental Health Crisis? Expert says terror strikes will cause millions to need help with PTSD. CNN News. WEBMed Corp. 9. Oct. 2001.
2. Galea S et al. Trends of Probable Post-Traumatic Stress Disorder in New York City after the September 11 Terrorist Attacks. *Am. J. Epidemiol* 2003; 158(6):514-524.
3. Silver et al. Nationwide Longitudinal Study of Psychological Responses to September 11. *JAMA* 2002; 288: 1235-1244.
4. Schienger EW et al. Psychological Reactions to Terrorist Attacks. Findings From the National Study of Americans Reactions to September 11. *JAMA* 2002; 288:581-588.
5. Debord G. La sociedad del espectáculo. Barcelona: Ed Pamleta; 1974.
6. Catalano RA et al. Psychiatric Emergencies After the Terrorist Attacks of September 11, 2001. *Psychiatr Serv* 2004; 55:163-166.
7. Hodgkinson PE, Stewart M. Coping with catastrophe. A handbook of post-disaster intervention. Routledge. Londres; 1998.
8. Wessely S, Rose S, Bisson J. Intervenciones psicológicas breves («debriefing») para los síntomas relacionados con traumas y para la prevención del trastorno de estrés post-traumático. *Revisión Cochrane. Library Cochrane Plus-On line*. 17/03/2003.
9. Pérez-Sales P. Intervenciones en grupo en la psicoterapia de situaciones traumáticas. En: Pérez-Sales P. *Psicoterapia de situaciones traumáticas*. Vol III. (En prensa.)
10. Van Emmerik AA et al. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002; (21360):766-71.