

ARTÍCULOS

## Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid

### Psycho-pathological impact of Madrid 3/11 terrorist attacks

JUAN JOSÉ MIGUEL-TOBAL<sup>1</sup>

ANTONIO CANO VINDEL<sup>1</sup>

ITZÍAR IRUARRÍZAGA<sup>1</sup>

HÉCTOR GONZÁLEZ ORDÍ<sup>1</sup>

SANDRO GALEA<sup>2</sup>

Fecha de Recepción: 15-12-2004

Fecha de Aceptación: 16-12-2004

#### RESUMEN

*En el presente artículo se presentan los principales resultados de tres estudios de carácter epidemiológico llevados a cabo en la población adulta de la ciudad de Madrid transcurrido un mes de los atentados terroristas del 11 de Marzo de 2004. Los principales objetivos de estos estudios han sido evaluar la prevalencia de psicopatología, la evolución de la misma y el establecimiento de predictores de vulnerabilidad y protección o resistencia al trauma.*

*Los estudios se centraron en: (1) población general (n=1.589), de los cuales 1.265 individuos eran residentes en los 21 distritos urbanos de Madrid más un sobremuestreo de 324 individuos de las zonas directamente afectadas (Atocha, El Pozo y Santa Eugenia); (2) víctimas y allegados (n=117); y (3) personal de emergencias (n=165).*

*Se presentan resultados referidos a tasas de prevalencia de trastorno por estrés postraumático, depresión, ataque de pánico y comorbilidad entre trastornos.*

*Se discuten los resultados en términos del impacto y repercusión psicológica que los atentados del 11-M supusieron no solamente para las víctimas*

<sup>1</sup> Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

<sup>2</sup> Center for Urban Epidemiologic Studies, New York Academy of Medicine (EE.UU.).

directamente afectadas, sino para la población de la ciudad de Madrid en su conjunto.

### ABSTRACT

*This paper presents the most relevant outcomes of three epidemiological studies carried out with the adult population of the city of Madrid one month after 3/11 2004 terrorist attacks. The studies searched for the prevalence and evolution of psychopathology and the existence of predictors of vulnerability and protection/resistance to trauma.*

*Studies focused on: 1) general population (n = 1,589) of whom 1,265 corresponded to the 21 city districts and 324 lived in the affected areas, i.e., Atocha, El Pozo and Santa Eugenia; 2) a number of victims and relatives (n = 117); and 3) emergency personnel (n = 165).*

*Results are shown concerning prevalence rates of PTSD, panic attack, depression and co-morbidity between disorders. Results are discussed in terms of the psychological impact of attacks not only on victims as such but also on Madrid population as a whole.*

### PALABRAS CLAVE

*Atentados terroristas, Estrés Postraumático, Depresión, Ataque de Pánico, Epidemiología.*

### KEY WORDS

*Terrorist attacks, Post-traumatic Stress Disorder, Depression, Panic attack, Epidemiology.*

## INTRODUCCIÓN

Una de las características definitorias de los acontecimientos traumáticos es su capacidad para provocar sentimientos intensos de terror, horror, miedo e indefensión porque suponen una seria amenaza para la vida y la integridad personal de los individuos (APA, 2000). Es bien conocido el profundo efecto que los acontecimientos traumáticos producen en un buen número de individuos que se ven expuestos a ellos (Miguel-Tobal, González Ordi y López Ortega, 2000; Wilson, 2004). Nada más cierto que en el caso de los atentados terroristas, acontecimientos provocados por otros seres humanos que generan violencia interpersonal de forma intencionada (Fullerton, Ursano, Norwood y Holloway, 2003).

Los estudios de carácter epidemiológico bien documentados que han aparecido sobre las secuelas producidas por atentados terroristas como el atentado con gas sarin en el metro de Tokio en 1994 y el atentado al edificio Federal Murrah en la ciudad de Oklahoma en 1995, o más recientemente, los atentados contra las "Torres Gemelas" en Nueva York y el Pentágono en Washington en Septiembre de 2001, dejan entrever meridianamente el fuerte impacto tanto psicológico como social/comunitario que dichos eventos tienen sobre la población.

A nivel psicopatológico, los estudios reflejan que entre los trastornos más prevalentes asociados a la respuesta traumática de personas

afectadas por terrorismo u otros desastres tecnológicos, se encuentran el trastorno por estrés postraumático, depresión, trastorno de pánico, trastorno por ansiedad generalizada y el aumento del consumo y abuso de drogas y alcohol (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson y Breslau, 1999; North, Nixon, Shariat, Mallonee, McMillen, Spitzmagel y Smith, 1999; Vlahov, Galea, Ahern, Resnick, Boscarino, Gold, Bucuvalas y Kilpatrick, 2004).

North, Nixon, Shariat, Mallonee, McMillen, Spitzmagel y Smith (1999) estudiaron los efectos psicológicos provocados por el atentado al edificio Federal Murrah de la ciudad de Oklahoma en 1995, entre los supervivientes del atentado, encontrando que un 34,3% sufrieron trastorno por estrés postraumático, un 22,5% depresión, un 9,4% consumo excesivo de drogas y alcohol, un 6,6% trastorno de pánico, y un 4,4% trastorno por ansiedad generalizada, entre las consecuencias psicopatológicas más destacables.

Los atentados múltiples del 11 de Septiembre sobre la ciudad de Nueva York y el Pentágono en Washington han incrementado exponencialmente el interés por el estudio del impacto psicológico del terrorismo. De hecho, diversos estudios realizados tras el desastre de las "Torres Gemelas" de Nueva York han señalado el profundo impacto psicológico tanto en la población neoyorquina (Boscarino,

Galea, Ahern, Resnick y Vlahov, 2002; Galea, Ahern, Resnick, Kilpatrick, Bucuvalas, Gold y Vlahov, 2002; Galea, Vlahov, Resnick, Ahern, Susser, Gold, Bucuvalas y Kilpatrick, 2003; Piotrkowski y Brannen, 2002), como en la población general norteamericana (Schuster et al., 2001; Silver, Holman, McIntosh, Poulin y Gil-Rivas, 2002).

Transcurrido un mes de los atentados en Manhattan, Galea et al. (2002) encontraron tasas de prevalencia de un 7.5% para estrés post-traumático (20% en la "Zona Cero") y de un 9.7% para depresión entre los neoyorquinos, aunque dichas tasas se redujeron considerablemente con el transcurso de los meses, al menos entre la población menos directamente afectada (Galea et al., 2003).

No obstante, ha seguido existiendo un impacto psicológico residual entre la población norteamericana. Dos meses después de los desastres de Nueva York y Washington, se estima que alrededor del 12% de la población norteamericana seguía manifestando alteraciones psicológicas clínicamente significativas (Schlenger et al., 2002), y que entre un 25% y un 30% de los norteamericanos manifestaba ansiedad y conductas de evitación ante situaciones que les recordaran al "11 de Septiembre" (Silver et al., 2002). Transcurridos seis meses de los atentados, dos tercios de los norteamericanos informaban seguir teniendo miedo a futuros ataques terroristas que puedan poner en peligro sus vidas y las de sus alle-

gados (Silver et al., 2002). Incluso dos años después del desastre de las "Torres Gemelas", dos tercios de los neoyorquinos siguen preocupados por la posibilidad de un nuevo ataque terrorista a su ciudad y alrededor de un tercio de los encuestados reconoce no haber podido normalizar sus vidas (Kleinfeld y Connelly, 2003).

A nivel psicosocial y comunitario, entre los efectos más destacables producidos por atentados terroristas pueden incluirse la sensación de falta de seguridad, el miedo a futuros ataques y a su impredecibilidad, la existencia de sentimientos de miedo generalizado y sensación de pérdida o duelo a nivel nacional, la falta de confianza en las instituciones y la alteración del orden en la comunidad (Fullerton, Ursano, Norwood y Holloway, 2003).

Tanto los efectos postraumáticos a nivel psicológico individual como el impacto psicosocial de carácter comunitario, que pueden extenderse durante mucho tiempo después tras los eventos traumáticos, confieren al estudio de los efectos producidos por ataques terroristas un lugar destacado en la investigación psicológica, médica y sociológica actual.

Los atentados terroristas del 11 de Marzo de 2004 en Madrid, que causaron 192 muertos y más de 1800 heridos, han traído consigo el que un gran número de personas se hayan visto afectadas por fuertes reacciones psicológicas de distinta índole y severidad, lo que ha dado lugar a que un porcentaje sig-

nificativo de la población madrileña haya desarrollado reacciones clínicamente significativas.

## **ORIGEN DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL 11M**

Los autores del presente artículo tuvieron la ocasión de participar en los dispositivos de asistencia psicológica organizados por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. De hecho, estuvimos implicados en la atención psicológica a los profesionales y voluntarios que durante los días 11 y 12 de Marzo de 2004 prestaban sus servicios en IFEMA. Esta función inicial fue ampliándose, a medida que pasaban las horas, a la asistencia directa a familiares y allegados de las víctimas.

Las intensas experiencias vividas durante esos días y la dimensión que los acontecimientos iban tomando nos hicieron pensar en la necesidad de evaluar el impacto que este evento podría tener, no solamente entre los más expuestos a los efectos de los atentados (víctimas, familiares, personal de emergencias, etc), sino también en el conjunto de la población de Madrid. Para ello, el 13 de Marzo nos pusimos en contacto con el Dr. Sandro Galea quien, desde el Centro de Estudios Epidemiológicos Urbanos de la Academia de Medicina de Nueva York, había dirigido los estudios realizados sobre las secuelas psicológicas de los atentados del 11 de Septiembre de 2001 en la población neoyorquina (ver Galea et al., 2002 y 2003).

A lo largo de los siguientes días se fueron perfilando las líneas maestras del proyecto de investigación, los aspectos metodológicos y la adaptación del WTCD, instrumento utilizado en el estudio de Nueva York, a las características del acontecimiento vivido en Madrid y de la población madrileña.

## **PLANTEAMIENTO DE LOS ESTUDIOS Y MUESTRAS**

Se han llevado a cabo tres estudios de carácter longitudinal, con tres cortes: 5-12 semanas, 6-7 meses y 1 año tras los atentados terroristas. Los resultados que se presentan en este artículo se refieren a los datos obtenidos en el primer corte.

### **Estudio sobre Población General**

En este estudio se han incluido 1.265 personas mayores de 18 años y residentes en los 21 distritos urbanos de la ciudad de Madrid. Se ha realizado también un sobremuestreo de las tres zonas más directamente afectadas por las explosiones (Atocha, El Pozo y Santa Eugenia), con un n=324 personas. En total, se han completado 1.589 entrevistas.

### **Estudio sobre Víctimas y Allegados**

Se han incluido 117 personas que habían sido víctimas directamente expuestas al atentado (dentro de los trenes) o que habían teni-

do muertos o heridos entre sus familiares y personas más allegadas.

### **Estudio sobre Personal de Emergencia**

En este estudio se han incluido 165 personas que participaron directamente en los operativos de rescate y ayuda a los afectados. Integran este grupo policías, psicólogos, médicos y otros.

Los principales objetivos de estos estudios han sido evaluar la prevalencia de psicopatología, la evolución de la misma y el establecimiento de predictores de vulnerabilidad y protección o resistencia. Además de estos objetivos principales, se han considerado otros múltiples referidos al impacto y cambio en la población de Madrid, tales como consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, preocupaciones, otras experiencias traumáticas, acontecimientos vitales estresantes, etc.

### **RECOGIDA DE DATOS**

Los datos fueron recogidos mediante entrevista telefónica utilizando como instrumento el PE-11M (adaptación y modificación del WTCD empleado en Nueva York). Esta entrevista consta de 16 módulos, con más de 300 variables, entre los que se incluyen datos demográficos, experiencias relacionadas con el atentado, uso de sustancias, apoyo social, ataque de pánico, exposición a eventos trau-

máticos a lo largo de la vida, estresores recientes, depresión y trastorno por estrés posttraumático. Las escalas clínicas siguen criterios diagnósticos DSM.

Es importante señalar que se ha pretendido que esta entrevista no sirva exclusivamente para recoger datos para una investigación, sino también para evaluar las necesidades de la persona entrevistada. En este sentido, el módulo con el que se cierra la entrevista se dedica a valorar el estado actual del entrevistado y, en caso necesario, orientarle y ofrecerle prestaciones asistenciales.

La duración de la entrevista es de aproximadamente 30 minutos.

Para la recogida de los datos de los distintos estudios fue necesario instalar 30 líneas telefónicas en la Facultad de Psicología de la universidad Complutense de Madrid y entrenar a 80 entrevistadores voluntarios que desarrollaron su actividad en un horario ininterrumpido de 10 a 21 horas de lunes a sábado durante las semanas que duró esta fase del estudio. En su mayoría, los entrevistadores eran psicólogos que habían cursado o estaban cursando el Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés de la UCM, contándose también con alumnos de Doctorado y psicólogos procedentes de los cursos de formación en Urgencias y Emergencias del COP, entre otros.

Para el estudio de población general fue necesario llevar a cabo un cuidadoso muestreo aleatorio

de los residentes en los 21 distritos urbanos de Madrid para que la muestra fuera representativa de la población, asignando a cada distrito un peso en la muestra total equivalente al porcentaje de la población de este distrito sobre el total de Madrid. Se controló la variable sexo de forma que por cada varón hubiese 1,1 mujeres, al igual que en el censo de Madrid, empleándose también este criterio en el sobremuestreo de las zonas afectadas. El sobremuestreo de las zonas afectadas se realizó entre los residentes en una superficie de 1 km. de radio trazado a partir del lugar de explosión de las bombas.

Los estudios sobre víctimas y allegados y personal de emergencia, obviamente no requirieron de un muestreo aleatorio, sino que se realizaron a partir de las entrevistas completadas por personas pertenecientes a ambos grupos que previamente nos habían facilitado su teléfono.

## RESULTADOS

Nos referiremos a los principales resultados de carácter psicopatológico obtenidos en cada uno de los estudios. Estos resultados y otros específicos de cada uno de los estudios pueden consultarse en la reciente monografía de la revista *Ansiedad y Estrés*, volumen 10, números 2-3, 2004, en la que se incluyen cuatro detallados trabajos sobre el tema que nos ocupa (Miguel Tobal y Martínez Sánchez, 2004).

## Población General

Como ya se comentó, la muestra total estaba compuesta por 1.589 sujetos, de los cuales 1.265 eran residentes en los 21 distritos urbanos de Madrid y 324 de las zonas directamente afectadas. El 47,1% de la muestra son varones y el 52,1 mujeres, del 0,8 restante no se posee este dato. Las edades de los encuestados van de los 18 a los 92 años, con una media de 47 años.

Como datos relevantes de la exposición a los atentados señalaremos que un 5,6% de la muestra de los 21 distritos urbanos de Madrid vio en persona algún aspecto relevante de los atentados, frente al 29,7% de los que residían en la áreas afectadas. Así mismo, entre los primeros, el 8,8% conocía a alguien que resultó herido, el 7,5% a alguien que resultó muerto y el 3% conocía tanto a alguien que resultó herido como a alguien que resultó muerto. Estos porcentajes se elevan en las zonas afectadas al 17,3%, 16% y 12,3% respectivamente. Como puede observarse, la proximidad de la residencia a los atentados incrementa considerablemente el impacto de éstos.

Es de especial interés el tiempo que transcurre entre el momento en que se tiene noticia del atentado y el momento en que se conoce que las personas queridas están a salvo. Este periodo se experimenta con una intensa emocionalidad negativa y actúa como caldo de cultivo de reacciones psicopatológicas, entre ellas el ataque de pánico. Debe considerarse además que

en muchas situaciones catastróficas se produce un bloqueo de las líneas telefónicas, tal y como sucedió, incrementándose así la ansiedad, el grado de frustración y la anticipación de consecuencias negativas. El tiempo medio transcurrido para los habitantes de Madrid entre el conocimiento de los atentados y el saber a salvo a su familia fue de 3,5 horas. Este tiempo se incrementó hasta las 5,5 horas en el caso de los amigos y conocidos.

El 10,9% de la población general experimentó síntomas que en su conjunto cumplen los criterios diagnósticos de ataque de pánico. La afectación fue 2,2 veces superior en mujeres que en varones, lo que daría lugar a un 14,6% de mujeres afectadas frente a un 6,7% de varones. En las áreas más directamente afectadas la prevalencia del ataque de pánico ascendió al 16,3% de la población.

En cuanto a la prevalencia de depresión, el 8% de la población madrileña ha presentado, posteriormente al 11-M, síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos de depresión mayor. En este caso las mujeres se han visto doblemente afectadas que los varones, presentado por tanto depresión mayor el 5,1% de los varones y el 10,6% de las mujeres. Este porcentaje en las zonas afectas asciende al 9,8% de la población.

La valoración del trastorno por estrés postraumático es más compleja, ya que requiere conocer el porcentaje de afectados tras un

evento y cuántos de éstos lo atribuyen de manera indudable al evento en cuestión, dado que pueden aparecer casos en los que se dé un efecto acumulativo, o casos atribuibles a otras causas (v.g. un atraco o un grave accidente que sin duda siguen produciéndose con independencia del evento a considerar). El 4% de la población de Madrid se vio afectada por el trastorno por estrés postraumático transcurrido un mes de los atentados, encontrándose que el 2,8% de los varones cumplían los criterios diagnósticos frente al 5,1% de las mujeres. La cifra de afectados se eleva hasta el 4,8% en las zonas afectadas. Ahora bien, el porcentaje de estrés postraumático directamente atribuible a los atentados terroristas se estima en un 2,3% de la población general.

A partir de los datos presentados se puede estimar que desde el 11-M, el 9,5% de la población de Madrid se vio afectada por depresión o estrés postraumático, siendo atribuible directamente a los atentados terroristas el 8,4%. Por otro lado, existe un menor porcentaje de personas que han desarrollado los dos trastornos concurrentemente, en este caso se trataría del 2% de la población tras el 11-M, siendo el porcentaje atribuible directamente a los atentados del 1,4% de la población.

### **Víctimas y allegados**

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 117 personas que fueron víctimas directas de los



atentados o tuvieron muertos, heridos o ambos entre sus familiares y allegados más cercanos. El 59% de la muestra eran mujeres y el 40% varones, del 1% restante no se posee ese dato, siendo la media de edad de 39,8 años.

El 66,1% de la muestra tuvo algún familiar muerto en los atentados y el 87,9% algún amigo o conocido muerto. Sufrieron lesiones de diversa gravedad el 7,7% de las personas encuestadas.

Como era esperable, debido a la intensidad del impacto, este grupo presenta la mayor prevalencia psicopatológica de entre los estudiados. El 45,3% sufrió ataque de pánico al recibir las noticias o en los momentos posteriores, resultando casi tres veces más afectadas las mujeres que los varones, 73,6% y 26,4% respectivamente.

Se vieron afectadas por depresión el 31,3% de las personas que conformaban este grupo, siendo también en este caso más vulnerables las mujeres que los varones, 71,4% frente a 22,9% respectivamente.

Respecto a estrés postraumático, las cifras son también aquí considerablemente superiores a las encontradas en la población general. Cumplían los criterios diagnósticos el 35,9% de los componentes del grupo tras un mes de los atentados. En este caso, el porcentaje de mujeres afectadas es cuatro veces superior al de varones, 76,2% frente al 19% respectivamente. Es especialmente significa-

tivo que más de 3 de cada 4 mujeres de este grupo haya desarrollado estrés postraumático.

Por último, la comorbilidad entre depresión y estrés postraumático es también mucho más alta que en la población general, ya que el 18,8% de este grupo presentó concurrentemente ambos trastornos.

### **Personal de Emergencias**

Este grupo estuvo formado por 165 personas que intervinieron en distintos operativos de salvamento y ayuda, de las cuales el 30,1% eran varones y el 69,9% mujeres, con una edad media de 34,9 años. Conforman esta muestra distintos profesionales entre los que destacan psicólogos y policías, además de médicos, trabajadores sociales, pedagogos, educadores y otros.

Estuvieron implicados en las labores de rescate dentro de los trenes el 20,6% de la muestra, el resto, así como parte de este 20%, prestaron ayuda directa a supervivientes, familias y allegados, en lugares como IFEMA, hospitales, tanatorios, etc.

El porcentaje de afectados por ataque de pánico en este grupo es del 13,9%, superior al valor encontrado en la población general. Sin embargo, el porcentaje de afectados por depresión es del 2%, muy inferior al encontrado en la población general. De la misma manera, el porcentaje de afectados por estrés postraumático es del 1,2%, también muy inferior al encontrado

en la población general. Estos datos sugieren que el personal de emergencia, en su mayoría personas entrenadas y con experiencia en estas tareas, si bien no pueden evitar las reacciones psicológicas peritraumáticas adversas debido al alto grado de exposición al estresor, sí son capaces de manejar sus emociones para evitar la cronificación de dichas reacciones, dando lugar a trastornos como la depresión o el estrés postraumático.

Sin embargo, hemos de señalar que fueron los componentes de este grupo los que más incrementaron el consumo de tabaco (29,7% frente a 10,7% en la población general) y alcohol (13,9% frente a 1,9% en la población general), siendo ésta una vía de afrontamiento al estrés no demasiado saludable; por el contrario, el consumo e incremento de psicofármacos fueron menores en este grupo que en la población general.

No obstante, existen considerables diferencias entre los grupos profesionales que conforman esta muestra (un análisis detallado de estas diferencias puede encontrarse en la monografía ya mencionada de *Ansiedad y Estrés, volumen 10, números 2-3, 2004*).

## CONSIDERACIONES FINALES

En su conjunto, los resultados expuestos suponen un resumen de la foto final de las consecuencias psicológicas en distintos grupos producidas por los atentados terroristas del 11-M. El estudio pobla-

cional realizado con una amplia muestra representativa permite disponer de unos valores de referencia para interpretar los resultados de los otros grupos, valores estos de los que carecíamos en nuestro país y que son poco frecuentes en la literatura internacional. Por otro lado, la utilización de una metodología e instrumentos compatibles con el estudio realizado por Galea et al. (2002) tras el 11 de Septiembre en Nueva York, está permitiendo un fluido intercambio de datos y un análisis de las similitudes y diferencias entre distintos países (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, González-Ordi, Iruarrizaga, Vlahov y Galea, enviado para publicación).

En la actualidad, se está trabajando en la realización de análisis multivariados para establecer predictores de vulnerabilidad y resistencia ante la depresión y el estrés postraumático, encontrándose que variables tales como sexo, edad, apoyo social, el número de estresores anteriores a los atentados, la presencia de ataque de pánico durante los eventos traumáticos, el grado de exposición y el temor a sufrir un grave daño o muerte, han mostrado una potente capacidad predictiva (Miguel-Tobal y Martínez Sánchez, 2004).

Por último, la conclusión de la segunda y tercera fases de los estudios (actualmente en ejecución) nos permitirá valorar la evolución de los efectos psicológicos señalados a lo largo de este artículo, siendo esperable una reducción significativa del grado de afectación encontrado en la población de Madrid.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a las siguientes instituciones sus esfuerzos por apoyar, facilitar las gestiones necesarias y financiar económicamente esta investigación: Universidad Complutense de Madrid (Acciones Especiales, SAP:

042AC00007), Comunidad de Madrid (06/HSE/0266/2004) y Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. También agradecemos la disponibilidad y el apoyo que en todo momento nos ha prestado el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid para la realización de estos estudios.

## REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Boscarino, J. A., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H. y Vlahov, D. (2002). Access to Psychiatric Services in New York City following the September 11<sup>th</sup> Terrorist Attacks. *Annals of Epidemiology* 12 (7): 514.

Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. y Peterson, E.L. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.

Fullerton, C.S., Ursano, R.J., Norwood, A.E. y Holloway, H.H. (2003). Trauma, terrorism, and disaster. En R.J. Ursano, C.S. Fullerton y A.E. Norwood (Eds.), *Terrorism and disaster. Individual and community mental health interventions* (pp. 1-20). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. y Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in 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 posttraumatic stress disorder in New York City after the September 11<sup>th</sup> terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158, 514-524.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. y Breslau, N. (1999). Epidemiological risk factors for trauma and PTSD. En R. Yehuda (Ed.), *Risk factors for posttraumatic stress disorder* (pp. 23-59). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kleinfield, N. R. and Connelly, M. (2003, September, 8). 9/11 still strains New York's psyche, poll finds. *New York Times*. Retrieved September 8. Disponible en: <http://www.nytimes.com/2003/09/08/nyregion/08POLL.html>.

Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A.,

González-Ordi, H., Iruarrizaga, I., Vlahov, D., Galea, S. (Enviado para publicación). *Post-traumatic stress and depression after the March 11 terrorist attack in Madrid*.

Miguel-Tobal, J.J., González Ordi, H. y López Ortega, E. (2000). Estrés postraumático: hacia una integración de aspectos psicológicos y neurobiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 6, 255-280.

Miguel-Tobal, J.J. y Martínez Sánchez, F. (Eds.) (2004). La reacción humana ante el trauma: consecuencias del 11M. *Ansiedad y Estrés*, 10 (Número Monográfico 2-3).

North, C.S., Nixon, S.J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J.C., Spitzmagel, E.L. y Smith, E.M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma city bombing. *Journal of the American Medical Association*, 282, 755-762.

Piotrkowski, C.S. and Brannen, S.J. (2002). Exposure, Threat Appraisal, and Lost Confidence as Predictors of PTSD Symptoms Following September 11, 2001. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 476-485.

Schlenger, W., Cadell, J., Ebert, L., Jordan, B., Rourke, K., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J., Fairbank, J. y Kulka, R.

(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., et al. (2001). A national study of stress reactions after the September 11, 2001 terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.

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.

Vlahov, D., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Boscarino, J.A., Gold, J., Bucuvalas, M. y Kilpatrick, D. (2004). Consumption of cigarettes, alcohol and marijuana among New York residents six months after the September 11 terrorist attacks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 1-23.

Wilson, J.P. (2004). PTSD and complex PTSD. En J.P. Wilson y T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 7-44). 2<sup>nd</sup> Edition. New York: The Guilford Press.