

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL TERRORISMO

Andrea Álvarez San Millán

Junio 2015

Resumen

Los atentados terroristas provocan importantes secuelas psicológicas tanto en los propios supervivientes como en la población general. El objetivo principal de este trabajo es analizar la bibliografía existente en los últimos años para determinar cuáles son los principales cuadros psicológicos derivados de los actos terroristas y especificar cuáles son las variables predisponentes a padecer este tipo de trastornos. Para ello, se ha hecho una búsqueda sistemática en las principales bases de datos, cribándose 3206 artículos e incluyendo finalmente un total de 22. Tras analizar estas publicaciones, se llega a la conclusión de que la sintomatología ansiosa es la más prevalente en las víctimas, teniendo el trastorno por estrés postraumático un papel protagonista. Otros trastornos como la depresión y el abuso de sustancias también tienen relevancia. Algunas variables que predisponen a padecer determinados tipos de psicopatología son: el sexo femenino, ser testigo directo del atentado, tener un nivel socioeconómico bajo y pertenecer a una etnia minoritaria. Las conclusiones y limitaciones metodológicas se discuten al final de este trabajo.

Abstract

Terrorist attacks caused significant psychological aftermath for both survivors and the general population. The main goal of this paper is to analyze the existing literature in the last years, to determine which the main psychological disorders resulting from terrorist acts and specify which variables are predisposed to suffer this type of disorders. For this we have made a systematic search in which 3206 articles were screened, and where 22 were finally included. After analyzing these publications, it concludes that the anxiety symptoms are the most prevalent in the victims, taking a leading role of posttraumatic stress disorder. Other disorders such as depression and substance abuse also have relevance. Some of the variables that influence to suffer some kind of psychopathology are: females, witnessed the attack, low socioeconomic status and membership in an ethnic minority. The findings and methodological limitations are discussed in this paper.

Palabras clave: *Psychological consequences. Terrorism. Consecuencias psicológicas. Terrorismo.*

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL TERRORISMO

Índice

1. Introducción	2
Trastorno por estrés agudo y trastorno postraumático	4
Depresión.....	5
Ansiedad y estrés.....	5
Dependencia y abuso de sustancias.....	5
2. Método	6
3. Resultados	6
4. Discusión	13
Trastorno por estrés agudo y trastorno postraumático	13
Depresión.....	14
Ansiedad y estrés.....	14
Dependencia y abuso de sustancias.....	15
5. Bibliografía	17
ANEXO 1: Comparación criterios DSM-IV-TR y DSM-V.....	21

1. Introducción

El interés social del terrorismo ha ido creciendo conforme a la reciente proliferación que ha tenido. En la actualidad es un problema a nivel mundial que se cobra miles de afectados al año. No hay una definición universal de terrorismo pero, para nuestro objetivo, en adelante será entendida como “uso sistemático de la violencia, amenaza de violencia o terror, contra individuos, grupos o gobiernos para conseguir un objetivo político¹”. Son actos de violencia intencionada que irrumpen de un modo brusco, imprevisible e indiscriminado en la comunidad; quebrando la continuidad de la vida de los afectados al sentirse expuestos cara a cara con su propia muerte². En el 95% de los atentados de los últimos 20 años, la expresión de violencia se ha ejercido a través de la explosión de bombas³.

Esta forma de violencia ha tratado de ser explicado por multitud de teorías, pero ninguna ha conseguido un apoyo empírico suficiente. Su carácter deliberado, estratégico e instrumental hace muy difícil la elaboración de una teoría unificadora para todo acto terrorista⁴.

Según Spencer⁵, hay dos tipos de terrorismo dependiendo del tipo de violencia y el objetivo de esta. Por un lado estaría el “*viejo terrorismo*”, referida a grupos como ETA, cuyo objetivo es el poder político y/o una liberación nacional. Utilizan la violencia para comunicar su mensaje, intentando que el terror les ayude a ejercer la influencia a un público concreto. Por otro lado estaría el “*nuevo terrorismo*”, referida a aquellos grupos como Al-Qaeda, que buscan la transformación del mundo por una motivación religiosa y utilizan la violencia de forma indiscriminada.

En la misma línea, se pueden diferenciar según la elección de las víctimas. El colectivo afectado puede ser el grupo social contra el que se actúa (focused terrorism), o pueden ser individuos no relacionados directamente con sus intereses (indiscriminate terrorism)⁶. Este trabajo se centra en el segundo tipo, aquellos atentados que no cuentan con un destinatario concreto, cuya premisa básica es sembrar terror de forma indiscriminada, hacer ver a la población que nadie está a salvo. El efecto de aterrorizar aumenta cuanto mayor es el área afectada, ya que se actúa ante más grupos de víctimas².

Dependiendo del modo de exposición al atentado terrorista, algunos autores⁷⁻⁸ diferencian los siguientes tipos de victimización: *exposición directa*, serían aquellas víctimas o residentes en la zona del atentado; *exposición interpersonal*, cuando se pierde un ser querido o un conocido; *exposición a través de los medios de comunicación*, cuando se es testigo de los actos terroristas a través de los medios de comunicación, principalmente la televisión; y *exposición al clima de amenaza, expectación y alerta*, que ocurre por el mero hecho de estar inmersos en una comunidad afectada.

Sin embargo, en el presente trabajo realizaremos una clasificación más sencilla, que diferencia entre víctimas directas o indirectas². Se consideran víctimas directas aquellas personas que han vivido en primera persona el atentado, sufriendo frecuentemente heridas físicas. Las víctimas secundarias o indirectas, por otro lado, serían aquellas personas relacionadas de forma cercana con el atentado, como familiares de víctimas directas, personal asistencial, voluntarios e incluso la propia comunidad afectada.

Los atentados terroristas tienen un gran impacto a nivel político, económico, social y sanitario. A este último nivel, el estudio de la violencia terrorista frecuentemente se centra específicamente en los numerosos daños que provoca en la salud física (fracturas, amputaciones, problemas respiratorios, sensoriales, etc.). Pero, tal y como pone de manifiesto la OMS⁹ desde 1948, «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Es decir, el concepto de “salud” engloba algo más que el plano físico. De esta definición se concluye que las consecuencias psicológicas asociados al terrorismo deben de ser tratadas adecuadamente para contar con un óptimo estado de salud.

La enorme amenaza terrorista que se ha vivido en los últimos años, ha despertado numerosas investigaciones posteriores sobre las causas psicológicas que provocan en los ciudadanos. El carácter impredecible y episódico de estos actos provoca en la comunidad un efecto perdurable de amenaza indefinida³. Cuanto menos se entiende un atentado más efectivo es, ya que aporta inseguridad e infunde más terror. Todo a nuestro alrededor cambia, alteran nuestra forma de interpretar el mundo y reaccionar ante él.

Como se indicó en líneas anteriores, no solo son víctimas las personas físicamente presentes en el atentado, sino que la comunidad en general se ve afectada por el terror producido. Frecuentemente se interpreta que las personas que sufren daño físico son las más afectadas a nivel psicológico, cuando esto no siempre es así. Hay personas que desarrollan patología mental sin haber padecido ninguna lesión, e incluso sin haber estado directamente expuestas al atentado. También ocurre el fenómeno contrario, personas dañadas directamente en el atentado que no manifiestan problemas de salud mental.

De hecho, la gran mayoría de la población que sufre un atentado es capaz de superarlo e integrarlo como una experiencia vital negativa, pero sin que interfiera en su vida diaria. Las personas que superan estas situaciones poseen unas características comunes, como son un equilibrio interno entre aspectos racionales y emocionales, componentes afectivos canalizados hacia la consecución de logros, una orientación positiva que permite una imagen equilibrada y por último, una acertada identificación de sí mismos. Por otro lado, los afectados son aquellas personas que se estancan en la agresión sufrida, focalizan en sus emociones negativas, y son presas de su ansiedad².

En consecuencia, el patrón psicológico de las víctimas se caracteriza por un conjunto de síntomas comunes y otro conjunto de síntomas propios de cada persona, debido a las diferencias individuales. Ante todo, es importante ser conscientes de que las víctimas no son enfermos mentales, sino que son personas normales que reaccionan psicológicamente ante una situación anormal³.

Varios estudios^{6,10} coinciden en que, de todos los tipos desastres, aquellos causados intencionadamente por la malicia humana son los que más consecuencias psicológicas acarrearán. Una posible explicación de este hecho, es la dificultad de las víctimas para procesar y asimilar el motivo de “por qué les ha tocado a ellos”. La mente altera el modo de integrar lo que está ocurriendo, produciendo una disociación de las funciones mentales debido a los altos niveles de estrés, que comienzan a operar de forma autónoma, separada y disarmónica².

Otra distinción realizada en este trabajo, es entre consecuencias psicológicas a corto plazo (presentadas durante los primeros 6 meses siguientes al ataque) y a largo plazo (a partir de 6 meses después del ataque). La mayor carga de problemas de salud mental será sufrida a corto plazo; pero algunos estudios indican que, en los dos años siguientes al accidente, la prevalencia de desarrollar un trastorno clínico diagnosticado es del 30-40% en personas muy cercanas al lugar del ataque¹¹.

La posibilidad de darle significado intelectual a la amenaza terrorista está asociada con bienestar emocional. Un estudio realizado por Fischer¹², demuestra que las imágenes de atentados terroristas son interpretadas como menos negativas cuando se les proporciona información adicional sobre el contexto político, histórico y social, que cuando no es así. Esto se debe a que dar significado a los eventos traumáticos ofrece dos efectos positivos:

- (1) Proporciona una sensación de control y seguridad¹³
- (2) Atenúa la intensidad emocional de los eventos inexplicables¹⁴

Con consecuencias psicológicas se hará referencia a patologías mentales de diversa índole, como depresión, ansiedad, trastorno por estrés post-traumático (TEPT), trastorno por estrés agudo (TEA) y abuso de sustancias.

El personal emergencista (bomberos, personal sanitario, policías, rescatadores, etc.) son un grupo de la población muy expuesta a este tipo de desastres traumáticos, por lo que cabría pensar que sería el grupo con mayor prevalencia de trastornos psicológicos. Sin embargo, el estudio de Mathew¹¹ encuentra valores inusualmente más bajos de psicopatología con respecto al resto de la población. Esto podría deberse precisamente al trabajo que ejercen, ya que el estar expuesto con mayor frecuencia a eventos de este tipo, podría disminuir su vulnerabilidad psicológica. Las cuatro variables más asociadas con el desarrollo de TEPT en este colectivo son: tener antecedentes psiquiátricos en la familia¹⁵, haber padecido abuso emocional en la infancia¹⁶, alta sensibilidad a la ansiedad y alexitimia¹⁶⁻¹⁷, y predominancia del rasgo ira¹⁸.

A la hora de describir cada cuadro patológico, se tomara como referencia el manual diagnóstico DSM-V¹⁹. Se ha de tener en cuenta que la quinta edición del DSM ha sido publicada muy recientemente (2014). Por tanto, la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha han utilizado los criterios de ediciones anteriores, sobre todo del DSM-IV-TR (2001)²⁰. En el Anexo 1 se incluye un cuadro explicativo de las diferencias entre los criterios diagnósticos de ambas ediciones.

Trastorno por estrés agudo y trastorno postraumático

Ambos se encuentran clasificados en el DSM-V como “trastornos relacionados con el trauma y estresores”, pero en anteriores ediciones se encontraban clasificados como “trastornos de ansiedad”. El denominado *trastorno por estrés postraumático* (TEPT) se ha considerado la

forma crónica del *trastorno por estrés agudo* (TEA), aunque el estudio de Vázquez²¹ sugiere que el TEA no es necesariamente un indicador directo de un posterior TEPT.

Con respecto al *trastorno por estrés agudo*, puede tener una duración mínima de 3 días y un máximo de 4 semanas tras la exposición del trauma. No hay consenso con respecto al porcentaje de la población afectada, aunque diferentes autores concluyen que aparecen al menos en una tercera parte de las personas que sufren una experiencia traumática grave².

Por otro lado, el *trastorno por estrés postraumático* es la patología más común tras los desastres causados intencionadamente por el hombre, y sus síntomas deben prolongarse durante más de un mes para poder ser diagnosticado. Algunos estudios muestran una prevalencia de TEPT en víctimas directas de entre el 12% y el 16% un año después del atentado y esta descenderá un 25% en el año siguiente²². Por el contrario, otros datos indican que el 30-40% de la población afectada directamente por acciones terroristas probablemente desarrollará un TEPT y al menos un 20% seguirán experimentando síntomas 2 años después¹¹.

En su estudio, DiMaggio²² indica algunas variables que podrían actuar como factores de riesgo a la hora de desarrollar el TEPT. Entre estas variables se encuentran el sexo femenino, experimentar el atentado en primera persona (supervivientes) y estar en edad de escolarización.

Depresión

En el DSM-IV-TR está englobado en “trastornos del estado de ánimo”, pero en el DSM-V se incluye en una categoría propia llamada “trastornos depresivos”. Para poder diagnosticarse, los síntomas deben prolongarse durante más de dos semanas, y entre ellos la persona debe de presentar un estado de ánimo depresivo, o una pérdida de interés en cualquier actividad. Estudios sobre la comorbilidad entre depresión y TEPT muestran datos muy dispares, lo que podría indicar que son producto de causas sustancialmente diferentes²³.

Ansiedad y estrés

En las publicaciones analizadas, se evalúa la ansiedad y el estrés de forma general, por lo que para describirlo serán utilizados los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. Pertenece a la misma categoría en el DSM-IV-TR y en el DSM-V, llamada “trastornos de la ansiedad”. Se caracteriza por una preocupación excesiva prolongada más de 6 meses sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que provocan un malestar clínicamente significativo.

La ansiedad generalizada está estrechamente ligada al trastorno por estrés agudo o postraumático en cuanto a activación fisiológica, pero difieren cualitativamente en la sintomatología expresada.

Dependencia y abuso de sustancias

Tanto en el DSM-IV-TR como en el DSM-V los criterios diagnósticos vienen recogidos en la categoría “trastornos relacionados con sustancias”. El DSM-V engloba los cuadros diagnósticos “dependencia de sustancias” y “abuso de sustancias” en uno mismo, llamado “consumo de sustancias”. Este trastorno describe un comportamiento desadaptativo relacionado con el uso de sustancias durante al menos 12 meses.

Tras un atentado terrorista, se puede encontrar un incremento de consumo de sustancias altamente adictivas como lo son el alcohol, el tabaco, la marihuana, cannabis, etc. incluso en población menor de edad. Estas conductas adictivas han de ser detectadas a tiempo e intervenir cuanto antes para que los afectados no pongan su vida en peligro.

En cuanto a los instrumentos de evaluación y diagnóstico utilizados, Vázquez en su estudio²¹ demuestra cómo pueden variar los resultados al aplicar distintos instrumentos que

tratan de medir una misma variable. El instrumento PCL-C, mediante el criterio propuesto por Blanchard²⁴ encuentra que un 13,3% de la muestra padece TEPT, mientras que con el criterio de Ruggiero²⁵ únicamente lo padecerían un 3,4%. Del mismo modo, si para diagnosticar este trastorno en la misma muestra se utilizan los criterios del DSM-IV-TR, el porcentaje de personas afectadas sería del 1,9%. Por tanto, se ha de tener mucha precaución a la hora de interpretar los resultados, siendo lo ideal utilizar para una misma evaluación distintos instrumentos y comparar los resultados posteriormente.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de los artículos publicados que estudian las consecuencias psicológicas de los atentados terroristas y las principales variables predisponentes a sufrir este tipo de trastornos. Para ello, se han analizado las publicaciones de los últimos 15 años, con la intención de conseguir una visión general del tema planteado.

2. Método

Se ha realizado una búsqueda sistemática con el fin de evitar la pérdida de literatura relevante. A la hora de seleccionar las fuentes de información se han tenido en cuenta (1) bases de datos accesibles desde la Universidad de Oviedo, (2) bases de datos y revistas especializadas en emergencias y psicología, (3) referencias incluidas en los artículos seleccionados que permiten identificar estudios adicionales.

Utilizando la metodología PRISMA²⁶, se realizó una revisión bibliográfica con las publicaciones obtenidas en las bases de datos PubMed, Dialnet, ScienceDirect, Web Of Science y en ocasiones puntuales también se ha recurrido a bibliografía obtenida en el Google Académico. La búsqueda se ha centrado en el periodo comprendido entre el 2000 y el 2015, excluyendo análisis de actos terroristas anteriores al año 2000.

De cada estudio incluido en este trabajo se han extraído los siguientes datos: atentado y su localización, número de participantes del estudio, rango de edad de los mismos, tipo de evaluación realizada (cuestionario en papel, entrevista telefónica, entrevista personal o cuestionario por internet), tipo de exposición sufrida (directa o indirecta), tiempo transcurrido entre el accidente y la evaluación (corto plazo, menos de 6 meses; largo plazo, más de 6 meses), conclusiones del estudio y variables asociadas al padecimiento de secuelas psicológicas.

Los términos utilizados para la búsqueda han sido “consequences” “psychological” y “terrorism”, con excepción de la base de datos Dialnet, fuente en la que también se buscó estos términos en castellano (“consecuencias psicológicas” y “terrorismo”). Únicamente se han seleccionado publicaciones en revistas científicas, desechándose tesis doctorales y capítulos de libro. Los idiomas seleccionados se han limitado al inglés y al español exclusivamente. Se han incluido aquellos artículos que hacían referencia en su resumen a estudios reales con población afectada directa e indirectamente por un suceso terrorista.

3. Resultados

La **figura 1** muestra el diagrama de flujo de los resultados de la búsqueda. Con las palabras clave indicadas anteriormente, las búsquedas electrónicas realizadas en marzo de 2014 muestran un total de 3206 artículos. 16 artículos fueron encontrados en Dialnet, 88 en Web Of Science, 3006 en Science Direct y 96 en Pubmed. El cribado inicial, basado en la accesibilidad del artículo, adecuación del título y resumen, la eliminación de duplicados y el idioma, redujo las publicaciones a 191. Tras un análisis a fondo de sus resúmenes, el total de artículos relevantes para incluir en nuestro estudio es de 18. Además, mediante la

bibliografía de estos artículos, se han incluido 4 publicaciones más por su adecuación con el tema que nos trata. Por tanto, el total de publicaciones analizadas ha sido de 22.

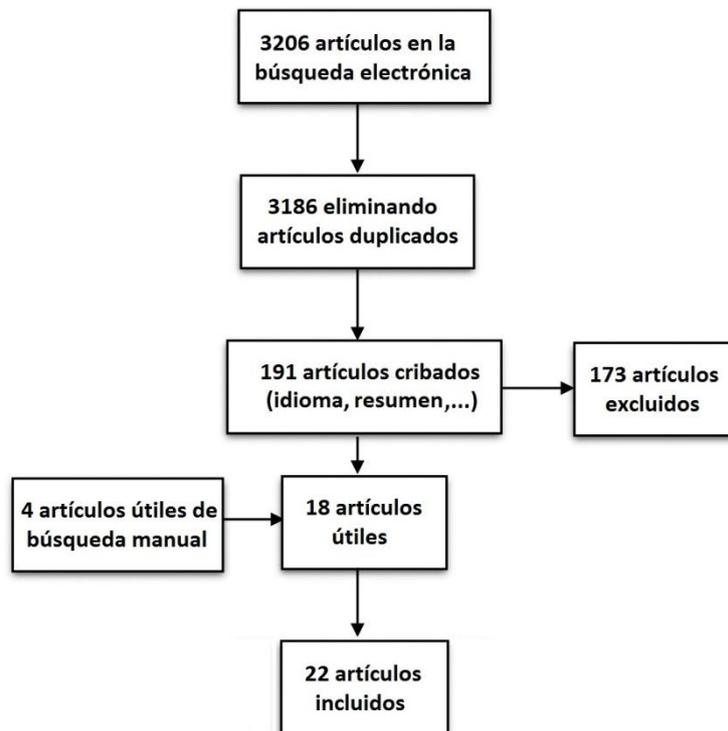


Figura 1: Diagrama de flujo de los resultados de búsqueda.

En la tabla 1 se expone un resumen de los artículos empíricos incluidos sobre las consecuencias psicológicas que causa el terrorismo en la población. La gran mayoría de ellos han utilizado muestras estadounidenses (63,63%), seguidos a gran distancia por población española (9%) e inglesa (9%). Las muestras de los estudios difieren mucho en su tamaño, con un mínimo de 17 y un máximo de 8236 participantes. La media de participantes es de 1477, siendo su desviación típica 1738,22. El 18,26% de las investigaciones se han realizado con población que no supera la mayoría de edad.

Por otro lado, el atentado terrorista del que se han obtenido un mayor número de publicaciones es el ocurrido en el World Trade Center de Nueva York el 11 de septiembre del 2001, con una representación del 59% de los artículos utilizados. Le siguen con un 9% cada una de las explosiones de bombas del 11 de marzo del 2004 en Madrid y del 7 de julio del 2005 Londres.

En cuanto al grado de exposición con el atentado, un 82% de los estudios cuentan en su muestra tanto con víctimas directas como indirectas, un 9% con población afectada directamente (supervivientes), un 4,5% con víctimas indirectas (personal emergencista) y el 4,5% restante no específica.

También se ha diferenciado entre la sintomatología evaluada en los 6 primeros meses tras el atentado (corto plazo) y la ocurrida con posterioridad (largo plazo). Las evaluaciones de sintomatología a corto plazo representan un 45% de las publicaciones analizadas, mientras que el 36,36% pertenecen a largo plazo. Un 9% evalúa ambas, mientras que un 4,5% no concreta fechas exactas. El tiempo mínimo transcurrido entre el atentado y la evaluación ha sido de 9 días, mientras que el tiempo máximo ha sido 7 años.

Tabla 1: resumen artículos analizados

Autores y fecha	Atentado y País	N	Edad (años)	Tipo evaluación	Exposición In/Directa	Plazo (tiempo tras atentado)	Conclusiones	Variables asociadas
Razik, Ehring y Emmelkamp (2013) ²⁷	n.e. (Pakistán)	125	>18	C: -IES-R -PADQ -BSI -SDQ	Indirecta	n.e.	TEPT (15%) Depresión y Ansiedad (11-16%)	Depresión: Solteros
Adams, Boscarino y Galea (2006) ²⁸	11 Sept Nueva York (EEUU)	1º2368 2º1681	>19	Ent-T -SF-12-V2 -DIS -CAGE	Directa e indirecta	Largo plazo: 1º 1 año 2º 2 años	El atentado no afecta de forma directa al bienestar físico y psicológico.	Pobre bienestar físico: ataque de pánico, eventos vitales negativos y eventos traumáticos. Pobre bienestar mental: dependencia de alcohol post-desastre, experiencia eventos vitales negativos o eventos traumáticos.
Galea, Ahern, Resnick, Kilpatrick, Bucuvalas, Gold, Vlahov (2002) ²⁹	11 Sept Nueva York (EEUU)	1008	>19	C: -DIS	Directa e indirecta	Corto plazo (2 meses)	TEPT (7.5%) Depresión (9,7%) Ambos (3,7%)	Salud mental: Exp. Directa, pérdidas importantes, mujer, hispánicos, bajo apoyo social y ataque pánico.
Adams, Boscarino y Galea (2006) ³⁰	11 Sept Nueva York (EEUU)	1º2368 2º1681	>19	Ent-T: -PTSD -SCID -BSI-18 -SF-12-v2 -CAGE	Directa e indirecta	Largo plazo: 1º 1 año 2º 2 años	TEPT: 8-20% Depresión mayor (12%) Bajo bienestar mental (9% BSI y 7% SF-2 mental). Incremento de un 10% de abuso de alcohol tras el atentado. Alcohólicos patológicos (5-15%) TEPT: Manhattan 1º 7,5% 2º 1,7% 3º 0,6% TEPT: ciudad Nueva York 2º 2,3% 3º 1,5%	Excesivo consumo de alcohol: TEPT Dependencia alcohol: TEPT, depresión y pobre salud mental.
Galea, Vlahov, Resnick, Ahern, Susser, Gold, Bucuvalas y Kilpatrick (2003) ³¹	11 Sept Nueva York (EEUU)	1º988 2º2001 3º1570	>19	Ent-T: -SCID -DIS	Directa e indirecta	Corto plazo: 1º 1 mes 2º 4 meses 3º 6 meses	Decremento significativo con el paso del tiempo.	TEPT: solteros, bajo apoyo social, sucesos traumáticos previos, estresores anteriores al suceso y estresores posteriores al suceso. Mayor persistencia en afectados directos
DiGrande, Neria, Brackbill, Pulliam, Galea (2011) ³²	11 Sept Nueva York (EEUU)	3271	>19	Ent-T: -PTSD -PCL-S	Directa (supervivientes)	Largo plazo (2-3 años)	TEPT (15%)	TEPT: sexo femenino, etnia hispanica y afroamericana y bajo nivel económico.

Autores y fecha	Atentado y País	N	Edad (años)	Tipo evaluación	Exposición In/Directa	Plazo (tiempo tras atentado)	Conclusiones	Variables asociadas
Silver, Holman, McIntosh, Poulin, Gil-Rivas (2002) ³³	11 Sept Nueva York (EEUU)	1º 2729 2º 933 3º 787	>19	C-Int: -SASRQ -IES-R -Vaughan -HSCCL -BSI-18	Directa (2%) e indirecta (98%)	Corto plazo: 1º 9-23 días 2º 2 meses 3º 6 meses	TEA: 1º 12,4% TEPT: 2º 17% 3º 5,8% (descenso significativo) Estrés global: 2º 64,6% 3º 37,5%	TEPT y TEA: mujer, divorciado/separado, diagnóstico ansiedad o depresión previa, enfermedad física previa y exposición directa al atentado. Estrés global: todas las anteriores, y además, severas pérdidas familiares/materiales en el atentado
Schlenger, Caddell, Ebert, Jordan, Rourke, Wilson, Thalji, Dennis, Fairbank, Kulka (2002) ³⁴	11 Sept Nueva York (EEUU)	2273	>19	C-Int: -PTSD -BSI	Directa e indirecta	Corto plazo (1-2 meses)	TEPT: riesgo incrementado en las áreas más cercanas al atentado. Area metropolitana (11%), Washington (2,7%), otras áreas metropolitanas (3,6%) y resto del país (4%)	TEPT: sexo femenino, juventud, exposición directa con el atentado, y cantidad de tiempo invertido viendo el atentado por TV. Estrés: sexo femenino, cantidad de tiempo y contenidos visualizados en la TV 60% Adultos informan que 1 o más hijos se han encontrado deprimidos a raíz del ataque.
Njenga, Nicholls, Nyamai, Kigamwa y Davidson (2004) ³⁵	Bombas en Nairobi (Kenia)	2883	>18	C	Directa e indirecta	Corto plazo (1-3 meses)	TEPT (35%)	TEPT: mujeres, sin pareja, bajo nivel educativo, heridos y con secuelas del atentado, bajo apoyo social, alta exposición y dificultades financieras desde la explosión.
Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Gonzalez-Ordí y Iruarrizaga (2006) ³⁶	11 Marzo Madrid (España)	1589	>18	Ent-T: -NWS-PTSD -MDD	Directa e indirecta	Corto plazo (1-3 meses)	TEPT (2,3%) Depresión (8%)	TEPT: Mujer, <60 años, bajo apoyo social, mas de 1 evento estresante previo, ataque de pánico durante el suceso y ser testigo directo. Depresión: mujer, más de un evento estresante previo, ataque de pánico durante el suceso, tener una víctima directa, miedo lesión o muerte personal durante el suceso.
Schiff, Zweig, Benbenishty y Hasin (2007) ³⁷	n.e. (Israel)	960	14-18	C: -CPTSRI -CES-D	Directa e indirecta	n.e.	TEPT (80,8%) en jóvenes expuestos. Consumo en el último año: >3 cigarrillos (28,6%) >3 copas alcohol (57,8%) Cannabis (10,1%) Abuso sustancias común tras un atentado terrorista	Mujeres: TEPT, consumo alcohol. Hombres: consumo alcohol. Exposición física produce mayor consumo de alcohol y cannabis, también predice depresión. Exposición psicológica provoca abuso de cigarrillos y cannabis.

Autores y fecha	Atentado y País	N	Edad (años)	Tipo evaluación	Exposición In/Directa	Plazo (tiempo tras atentado)	Conclusiones	Variables asociadas
Chemtob, Nomura, Josephson, Adams, Sederer (2009) ³³	11 Sept Nueva York (EEUU)	1040	10-18	C: -Ucla -DPS	Directa e indirecta	Largo plazo (18 meses)	Exposición al atentado asociada a un incremento de abuso de sustancias adictivas. Los niños expuestos en 1 factor de riesgo al 11S incrementan 5 veces su consumo de sustancias y aquellos niños expuestos a 3 o más factores de riesgo lo incrementan en 19 veces. Prevalencia de ataque de pánico durante el suceso (11%)	Incremento de sustancias: deterioro en el rendimiento escolar y comportamiento extraño en la escuela.
Boscarino y Adams (2009) ³⁸	11 Sept Nueva York (EEUU)	1681	>19	Ent-T: -DIS -SCID -SF-12-V2 -BSI-18	Directa e indirecta	Largo plazo (1-2 años)	TEPT (3,8%) Depresión (11,6%) Ansiedad (9,1%) Abuso alcohol (14,9%)	Ataque de pánico: ansiedad y depresión post-desastre. Mejores predictores que los ataques de pánico durante el suceso, son los eventos sociales negativos y la autoestima.
Neria, Olfson, Gameroff, DiGrande, Wickramaratne, Gross, Pilowsky, Neugebauer, Manetti-Cusa, Lewis-Fernandez, Lantigua y Shea (2010) ⁴⁰	11 Sept Nueva York (EEUU)	1º 991 2º 455	>19	C: -PCL-C -SCID-I -SF-12	Directa e indirecta	Largo plazo: 1º 1 año 2º 4 años	TEPT: 1º 9,6% 2º 4,1% Descenso estadísticamente significativo	TEPT: trastorno depresión mayor, adicción de sustancias y/o ansiedad previa al incidente, proximidad al lugar del atentado y sexo femenino.
Rubin, Brewin, Greenberg, Hughes, Simpson y Wessely (2007) ⁴¹	7 Julio Londres (Inglaterra)	1º 1010 2º 574	>18	C	Directa e indirecta	Corto plazo: 1º 12 días 2º 7 meses	Estrés considerable 1º 27% 2º 11% Sentimiento de amenaza 1º 52% 2º 43% Inseguridad para viajar 1º 19% 2º 12% Descenso estadísticamente significativo.	Estrés persistente: nivel socioeconómico bajo y conocidos heridos y/o muertos en el atentado.
Joseph y Jaswal (2008) ⁴²	Ataque terrorista Mumbai (India)	94	n.e.	Ent-P C: -SRQ-20	Directa e indirecta	Largo plazo (2 años)	Estrés significativo: Directos (Heridos): -Mujeres: 84,6% -Hombres: 50,9% Indirectos (familiares de fallecidos): -Mujeres: 90,9% -Hombres: no significativo.	Estrés persistente: bajo estatus socioeconómico, sexo femenino, viudos o personas dependientes, pertenecer a religión minoritaria, bajo nivel educativo, inmigrantes, amas de casa sin ingresos y ser el único sostén de la familia.

Autores y fecha	Atentado y País	N	Edad (años)	Tipo evaluación	Exposición In/Directa	Plazo (tiempo tras atentado)	Conclusiones	Variables asociadas
Schuster, Stein, Jaycox, Collins, Marshall, Elliott, Zhou, Kanouse, Morrison y Berry (2001) ¹⁵	11 Sept Nueva York (EEUU)	560	>19	Ent-I: -PTSD -DISC-IV	n.e.	Corto plazo (3-5 días)	<p>≥1 sintoma sustancial de estrés: -Adultos: 44% -Niños: 35%</p> <p>≥1 sintoma leve de estrés: -Adultos: 90%</p> <p>Preocupación por sí mismos o seres queridos: -Niños: 47%</p>	Estrés: población no norteamericana y residentes a una distancia menor o igual de 160Km del atentado.
Pfefferbaum, Tucker, North y Jeon-Slaughter (2011) ¹⁶	Bombardeo Oklahoma (EEUU)	17	13-25	C: -IES-R -BDI	Directa	Largo plazo (7 años)	<p>TEPT y Depresión: 5,88% lo padecen tras 7 años (sólo 1 sujeto). No significativo con el grupo control.</p>	n.e.
Neria, Gross, Olsson, Gameroff, Wickramaratne, Das, Pilowsky, Feder, Blanco, Marshall, Lantigua, Shea, Weissman (2006) ¹⁶	11 Sept Nueva York (EEUU)	930	>18	C: -SF-12 -PCL-C -PRIME-MD	Directa e indirecta	Corto y largo plazo (6-16 meses)	<p>TEPT: 4,7% (según el PCL-C) – 10,2% (según el DSM-IV)</p>	TEPT: sexo femenino, no estadounidenses, soltero o vivir solo, historial psiquiátrico previo, traumas previos al ataque.
Hoven, Duarte, Lucas, Wu, Mandelli, Goodwin, Cohen, Balaban, Woodruff, Bin, Musa, Mei, Cantor, Aber, Cohen y Susser (2005) ¹⁷	11 Sept Nueva York (EEUU)	8236	9-21	C: -DPS	Directa e indirecta	Corto plazo (6 meses)	<p>Ansiedad y/o depresión: 28,6% -Agorafobia: 14,8% -Ansiedad por separación: 12,3% -TEPT: 10,6%</p> <p>Problemas conductuales: 12,8%</p> <p>Abuso/dependencia alcohol: 4,6% (en los niños de entre 11 y 21 años)</p>	Ansiedad y/o depresión: exposición al atentado, haber tenido algún familiar expuesto al atentado y haber padecido un trauma previo.
Vázquez, Pérez-Sales y Matt (2006) ¹⁷	11 Marzo Madrid (España)	503	>18	C: -PCL-C	Directa e indirecta	Corto plazo (18-25 días)	<p>TEPT: PCL-C: 3,4 – 13,3% DSM-IV-TR: 1,9%</p> <p>Estrés sustancial: 59,2%</p>	TEPT: domicilio cercano al lugar del atentado, proximidad física al atentado, percepción de amenaza de la propia vida, intensidad de las reacciones emocionales iniciales y uso diario de la línea de trenes.

Autores y fecha	Atentado y País	N	Edad (años)	Tipo evaluación	Exposición In/Directa	Plazo (tiempo tras atentado)	Conclusiones	Variables asociadas
Rubin, Wessely (2013) ¹⁸	7 Julio Londres (Inglaterra)	1º 1010 2º 574	>18	Ent-T	n.e.	1º Corto plazo (2 semanas) 2º Largo plazo (7-8 meses)	<p>≥1 Síntomas de estrés:</p> <p>1º 31% 2º 11%</p> <p>Considera que su vida corre peligro:</p> <p>1º 55% 2º 52%</p> <p>Ataque terrorista en futuro cercano:</p> <p>1º 86% 2º 90%</p>	<p>1º Estrés: etnias minoritarias (musulmanes), nivel socioeconómico bajo, percepción de haber podido ser afectado o víctima del ataque y conocido fallecido o herido por el ataque.</p> <p>2º Estrés: nivel socioeconómico bajo y conocido fallecido o herido por el ataque</p>

n.e.: no especificado. TEPT: Trastorno por estrés posttraumático.

Ent-P: entrevista personal; Ent-T: entrevista telefónica; C: cuestionario; C-int: cuestionario por internet.

IES-R: Impact of Event Scale-Revised; PADQ: The Pakistan Anxiety and Depression Questionnaire; BST: Bradford Somatic Inventory; SDQ: State Dissociation Questionnaire; DIS: Diagnostic Interview Schedule; PTSD: PTSD symptom checklist; SCID: Structured Clinical Interview for DSM; BSI-18: Brief Symptom Index-18; SF-12(v2): Short Form-12 (version 2); CAGE: CAGE substance abuse screening tool; PCL-S: Stressor-Specific Version; SASRQ: Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire; Vaughan: Vaughan perceived risk scale; HSCL: Hopkins Symptom Check List;

NWS-PTSD: National Women Studies PTSD; MDD: Major Depressive Disorder; CPTSRI: Child PostTraumatic Stress Reaction Index; CES-D: Center for Epidemiologic studies depression scale;

Ucla: Ucla Reaction Inventory; DPS: Diagnostic Predictive Scale; PCL-C: PTSD checklist-Civilian version. SRQ-20: Self-Reporting Questionnaire-20; DISC-IV: Diagnostic Interview Schedule for Children, Versión IV (completada por los padres); BDI: Beck Depression Inventory. PRIME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders.

La forma de evaluación más empleada ha sido mediante cuestionarios (54,5%), seguido por la entrevista telefónica (36,36%). El instrumento diagnóstico más utilizado presente en un 22,72% de los estudios, ha sido el *Short Form Versión 2* (SF-12-v2) que evalúa calidad de vida. Le siguen de cerca con un 18,18% cada uno los siguientes instrumentos: *Structured Clinical Interview for DSM* (SCID), que evalúa trastornos de la personalidad; El *PTSD checklist-Civilian version* PCL-C, que evalúa el TEPT; *PTSD symptom checklist* (PTSD) que también evalúa el TEPT; y el *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), que evalúa diferentes trastornos psicológicos bajo los criterios del DSM.

En cuanto a los trastornos psicológicos, parece que el estudiado con mayor frecuencia es el trastorno por estrés postraumático, evaluado en el 72,72% de los artículos. Le siguen los trastornos de ansiedad y estrés con un 40,90% de representación en los estudios, la depresión con un 31,81% y el abuso de sustancias con un 22,72%.

4. Discusión

De los 22 trabajos utilizados, se han extraído, agrupado y analizado todos los datos de estas publicaciones con el objetivo de determinar cuáles son las consecuencias psicológicas de los atentados terroristas y las principales variables predisponentes a sufrir este tipo de trastornos.

Así, vemos que los síntomas predominantes en la población afectada son aquellos coincidentes con el trastorno por estrés postraumático, si bien este resultado puede ser explicado a que es el trastorno más frecuentemente evaluado^{27,29-37,39,40,44-47}. Otros trastornos internalizantes también han sido estudiados, como la depresión^{27,29-30,36,39,44,46} y la ansiedad/estrés^{27,33-34,39,41-43,46-48}. Un menor número de investigaciones han focalizado en sintomatología externalizante, concretamente en el trastorno de abuso de sustancias^{30,37-39,46}. Otras publicaciones no han sido tan concretas sino que han realizado una evaluación amplia y general del bienestar físico-mental^{28,30}.

Trastorno por estrés agudo y trastorno postraumático

Las múltiples variables intervinientes en cada estudio, no hacen factible hallar un promedio sobre la prevalencia del TEPT en la población. La prevalencia de TEPT mínima detectada ha sido de un 0,6% en una muestra estadounidense residente en Manhattan 6 meses tras el 11-S³¹; y el máximo un 80,8% en la muestra de menores expuestos a los atentados acontecidos en Israel³⁷.

Varios estudios coinciden en que la probabilidad de sufrir un trastorno de estrés postraumático está relacionado con el sexo femenino^{32-37,40,45}, estado civil soltero/separado^{31,33,35,45}, historial psiquiátrico previo^{33,40,45}, bajo apoyo social^{31,35-36} y ser testigo directo (superviviente) del atentado³³⁻³⁶. Como vimos con anterioridad, DiMaggio²² en su estudio también señaló la relación del sexo femenino y de la exposición directa como factores de riesgo de padecer un posterior TEPT.

Comparando la prevalencia del cuadro sintomático a lo largo del tiempo, los estudios encuentran que se produce un decremento significativo con el paso de los meses (7,5% de la muestra en el primer mes; 0,6% a los 6 meses)³¹ y los años (9,6% de la muestra en el primer año; 4,1% a los 4 años)⁴⁰. Resultados similares muestra la publicación de Silver et al³³, el cual señala una prevalencia del 12,4% de trastorno por estrés agudo (TEA) en los primeros 23 días tras el atentado. Dos meses después, encuentra una tasa del 17% de TEPT, descendiendo al 5,8% a los 6 meses. Este incremento de la prevalencia del TEPT en comparación con el TEA puede resultar desconcertante, dando a entender que con el tiempo ha aumentado la prevalencia de

psicopatología. Sin embargo, otra posible explicación es que dichos trastornos son diagnosticados por criterios de evaluación e instrumentos distintos, por lo que no pueden ser comparados en términos cuantitativos.

En el caso del TEPT, Galea et al³² y Schlenger et al³⁴ han estudiado como varía la prevalencia del trastorno dependiendo de la distancia a la que se reside del lugar del atentado. Así, ambas investigaciones muestran que la prevalencia de TEPT tras un mes desde que sucedió el atentado es del 7,5%³²–11%³⁴ en el área metropolitana de Manhattan, mientras que la ciudad de Nueva York la prevalencia es del 2,3%³² y en el resto del país del 4%³⁴. Ambas investigaciones, junto a otras menos exhaustivas⁴⁷, muestran como el hecho de vivir cerca del foco del atentado predispone a padecer este trastorno. Esto puede explicarse como una mayor probabilidad de los residentes en la zona afectada de haber sido testigos directos, tener algún familiar o conocido afectado y también la propia percepción de cercanía del evento.

Depresión

El porcentaje mínimo de diagnosticados con depresión ha sido en la muestra evaluada a corto plazo del atentado en Madrid con un 8% de prevalencia³⁶; y una máxima de 12% en la muestra estadounidense evaluada a largo plazo³⁰. Queda patente que las diferencias entre mínimos y máximos son mucho más estrechas en el caso de la depresión que las acontecidas en el TEPT.

Entre las variables que predisponen a sufrir una depresión tras un atentado terrorista se señalan, tener familiares afectados^{29,36,46}, sexo femenino^{29,36}, miedo lesión o muerte personal durante el atentado^{29,36,46} y padecer un ataque de pánico durante el atentado^{29,36}.

Ansiedad y estrés

Engloba la evaluación de todos los trastornos ansiosos exceptuando el TEA y el TEPT. La mínima prevalencia detectada de estrés global ha sido del 9,1% en el estudio de Boscarino y Adams³⁹, dos años tras el atentado del 11-S; mientras que la máxima prevalencia ha sido del 64,6% en el estudio de Silver et al³³ en una muestra estadounidense a los dos meses del atentado.

Se han realizado distintas medidas del estrés entre los diferentes estudios analizados, como son el sentimiento de amenaza general que sufre la persona⁴¹, la inseguridad para viajar⁴¹, la preocupación por sí mismos o seres queridos^{41,43,48} y la sensación de que se avecina otro ataque terrorista en el futuro cercano⁴⁸. Además, el estudio de Hoven et al⁴⁶ ha evaluado, en una población prioritariamente menor de edad, dos cuadros pertenecientes a la categoría de los trastornos de la ansiedad: la agorafobia y la ansiedad por separación, encontrándose una prevalencia a los 6 meses del 14,8% y del 12,3%, respectivamente. Es fácilmente interpretable que los niños reaccionen con cuadros ansiosos a eventos de esta índole, ya que lo perciben como una situación incontrolable, incluso para sus figuras de referencia, en la que peligra la vida de sus seres queridos.

Joseph y Jaswal⁴² encuentran en su investigación grandes diferencias entre sexos. El 84,6% de mujeres heridas directamente en el atentado sufren estrés significativo, frente al 50,9% de los hombres. Además, un 90,9% de las mujeres familiares de fallecidos sufren estrés, mientras que los hombres en la misma situación no padecen niveles significativos. Esta predisposición de cuadros ansiosos en el sexo femenino

también ha sido corroborada en otras investigaciones³³⁻³⁴, por lo que parece ser una variable que se repite en cualquier tipo de psicopatología.

Además del sexo femenino, se consideran factores de riesgo de padecer estrés tras un evento de esta envergadura la exposición propia o de un familiar al atentado^{33,41,43,46,48}, el nivel socioeconómico bajo^{41-42,48} y el pertenecer a una etnia minoritaria^{42-43,48}. Una posible explicación para estos dos últimos factores asociados, podría ser la menor facilidad para acceder a la atención psicológica, ya sea por la escasez de recursos para poder costearse un tratamiento privado, como por encontrarse en una situación ilegalizada que les hace reticentes a solicitar ayuda.

Dependencia y abuso de sustancias

Los estudios indican que la prevalencia de abuso y consumo de sustancias en población expuesta a un atentado terrorista se encuentra entre el 4,6%⁴⁶ y el 14,9%³⁹. El incremento significativo de este trastorno en la población es fácilmente explicada como una conducta de afrontamiento del evento vivido, caracterizado por una evitación cognitiva del suceso.

La investigación refleja una posible relación entre el TEPT y los trastornos adictivos³⁰. Concretamente, la población con sintomatología de TEPT tiene mayor predisposición a padecer un trastorno adictivo. Una explicación factible, es el abuso de sustancias como alivio de los síntomas de ansiedad sufridos durante el TEPT. Además, como se indicó anteriormente, podría utilizarse como una conducta de evitación cognitiva de los flashbacks recurrentes.

El estudio de Schiff et al³⁷ encuentra diferencias entre sexos en la elección de las sustancias consumidas. Mientras que las mujeres consumen más tabaco, los hombres abusan con el alcohol. En la misma línea, también encuentra diferencias dependiendo de si la exposición a la que ha estado expuesto el individuo ha sido psicológica o física. La exposición física produce un incremento en el consumo de alcohol y cannabis, mientras que la exposición psicológica provoca un mayor consumo de cigarrillos y cannabis.

En población menor de edad, Hoven et al⁴⁶ encuentran una prevalencia del 4,6% de abuso y dependencia de alcohol. Parece que este incremento en el abuso de sustancias está relacionado con un deterioro en el rendimiento escolar y un comportamiento anómalo³⁸, provocado en su gran mayoría por los efectos de estas sustancias.

Otro tema tratado es la relación entre sufrir un **ataque de pánico** en el momento del atentado y un posterior padecimiento de algún tipo de psicopatología. Los ataques de pánico según el DSM-V¹⁹, son la aparición súbita de miedo intenso que alcanza su máxima expresión en minutos. Algunos de los síntomas que lo definen son palpitaciones, sudoración, temblores, falta de aliento, malestar torácico, náuseas, miedo a morir, etc. Miguel-Tobal et al³⁶ encuentra que el ataque de pánico producido durante el atentado es un factor de riesgo para un posterior desarrollo del TEPT. En la misma línea, Boscarino y Adams³⁹ hallan una prevalencia del 11% de ataque de pánico durante el evento, que relacionan con el desarrollo de un posterior trastorno depresivo o ansioso. Pero estos mismos autores, encuentran que los eventos sociales negativos y la baja autoestima son mejores predictores de padecer psicopatología que el propio trastorno de pánico. Por tanto, se podría interpretar que tanto los eventos negativos como la baja autoestima predisponen a sufrir ataques de pánico y este al ser un evento visible, es el relacionado erróneamente con un posterior desarrollo de psicopatología.

El presente trabajo tiene varias limitaciones metodológicas. La más evidente, es el escaso número de artículos utilizados para su elaboración. Además, en la evaluación de los diferentes síntomas, no se han utilizado los mismos instrumentos de medida, por lo que dependiendo de la sensibilidad y especificidad de cada uno, puede llevarnos a no detectar casos de psicopatología que realmente si lo son (falsos negativos) o por el contrario, detectar casos con psicopatología que realmente no lo son (falsos positivos). Lo ideal hubiese sido que todas las publicaciones utilizaran las mismas pruebas diagnósticas para así poder comparar rigurosamente los estudios entre sí, pero esto es un ideal prácticamente imposible.

Por otro lado, en este trabajo únicamente se incluyen publicaciones realizadas en español e inglés, lo que supone dejar fuera aquellas publicaciones relevantes en otros idiomas. Además, se deben de tener en cuenta las limitaciones con las que cuenta cada uno de los estudios analizados, que también resta validez a este trabajo.

Otra limitación se encuentra en que la mayoría de las investigaciones se han realizado en países desarrollados, como Estados Unidos o España. El suceso del 11 de septiembre es tratado en más de la mitad de las publicaciones analizadas en este trabajo. Esto supone que las prevalencias de psicopatología y las variables asociadas descritas en líneas anteriores, representan principalmente a víctimas de países desarrollados, norteamericanos concretamente.

Este trabajo ha permitido conocer los síntomas y principales trastornos psicológicos presentes en la población víctima de atentados terroristas, así como las diferentes variables relacionadas con cada trastorno. Esta información podría ser fundamental a la hora de diseñar de un modo específico y selectivo los programas de intervención psicológica en estas situaciones de emergencias.

5. Bibliografía

1. Arcos González P, Castro Delgado R, Cuartas Álvarez T, Pérez-Berrocal Alonso J. Terrorismo, salud pública y sistemas sanitarios. *Revista Española de Salud Pública*. 2009; 83: 361-370.
2. Duque F, Mallo M, Álvarez M. *Superando el trauma: la vida tras el 11-M*. 1a ed. España: La liebre de Marzo; 2007.
3. Arcos González P, Castro Delgado R. *Terrorismo y salud pública: Gestión sanitaria de atentados terroristas por bomba*. 1ª Ed. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid; 2007.
4. Borum R. *Psychology of Terrorism*. 1a ed. USA: University of South Florida; 2004.
5. Spencer A. Questioning the Concept of 'New Terrorism'. *Peace Conflict & Development*. 2006; 8: 1-33.
6. Pereda N. Revisión sistemática de las consecuencias psicológicas en menores víctimas del terrorismo. *Revista española de investigación criminológica*. 2011; 9(4): 1-28.
7. Comer JS y Kendall PC. Terrorism: the psychological impact on youth. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2007; 14: 179-212.
8. Finkelhor D. *Developmental victimology: the comprehensive study of childhood victimization*. 3a Ed. Thousand Oaks, CA: Sage publications; 2007.
9. Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [Consulta: 2015, abril 11]
10. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak: part II; summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*. 2002; 65(3): 240-260.
11. Matthew G, Whalley y Brewin CR. Mental health following terrorist attacks. *British Journal of Psychiatry*. 2007; 190: 94-96.
12. Fischer P, Postmes T, Koepl J, Conway L y Fredriksson T. The meaning of collective terrorist threat: Understanding the Subjective Causes of Terrorism Reduces its Negative Psychological Impact. *Journal of interpersonal violence*. 2011; 26(7): 1432-1445.
13. Kelley HH. *Attribution theory in social psychology*. Nebraska symposium on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press; 1967.
14. Updegraff JA, Silver RC y Holman EA. Searching for and finding meaning in collective trauma: Results from a national longitudinal study of the 9/11 terrorist attacks. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2008; 95: 709-722.
15. Inslicht SS, McCaslin SE, Metzler TJ, Henn-Haase C, Hart SL, Maguen S, Neylan TC, Marmar CR. Family psychiatric history, peritraumatic reactivity, and posttraumatic stress symptoms: a prospective study of police. *Journal of Psychiatric Research*. 2010; 22: 22-31.

16. McCaslin SE, Netcler TJ, Best SR, Liberman A, Weiss DS, Fagan J, Marmar CR. Akexithymia and PTSD symptoms in uban pólice officers: cross-sectional and prospective findings. *Journal of Traumatic Stress*. 2006; 19: 361-373.
17. Asmundson GJG y Stapleton JA. Associations between dimensions of anxiety sensitivity and PTSD symptom clusters in active-duty police officers. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2008; 37: 66-75.
18. Meffert SM, Metzler TJ, Henn-Haase C, McCaslin S, Inslicht S, Chemtob C, Neylan T, Marmar CR. A prospective study of trait anger and PTSD symptoms in police. *Journal of Traumatic Stress*. 2008; 21: 410-416.
19. American Psychology Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5a Ed (DSM-V). EEUU: Editorial Médica Panamericana, 2014.
20. American Psychology Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4a Ed Revisada (DSM-IV-TR). EEUU: Editorial Masson, 2001.
21. Vázquez C, Pérez-Sales P y Matt G. Post-Traumatic stress reactions following the March 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid Community sample: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*. 2006; 9(1): 61-74.
22. DiMaggio C, Galea, S. The Behavioral Consequences of terrorism: a meta-analysis. *Academic emergency medicine*. 2006; 13: 559-566.
23. Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A, Gonzalez-Ordi H y Iruarrizaga I. PTSD and depression after the Madrid march 11 train bombings. *Journal of Traumatic Stress*. 2006; 19(1): 69-80.
24. Blanchard EB, Hickling EJ, Barton KA, Taylor AE, Loos WR y Jones-Alexander J. One year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*. 1996; 34: 775-786.
25. Ruggiero KJ, Del Ben K, Scotti JR y Rabalais AE. Psychometric properties of the PTSD Checklist-Civilian Version. *Journal of Traumatic Stress*. 2003; 16: 496-502.
26. Knobloch K, Yoon U, Vogt PM. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA) statement and publication bias. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2011; 39(2): 91-92.
27. Razik S, Ehring T, Emmelkamp, PMG. Psychological consequences of terrorist attacks: Prevalence and predictors of mental health problems in Pakistani emergency responders. *Psychiatry Research*. 2013; 207: 80-85.
28. Adams RE, Boscarino JA y Galea S. Social and psychological resources and health outcomes after the World Trade Center disaster. *Social Science Medicine*. 2006; 62(1): 176-188.
29. Galea S, Ahern J, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J y Vlahov D. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*. 2002; 346(13): 982-987.
30. Adams RE, Boscarino JA y Galea S. Alcohol use, mental health status and psychological well-being 2 years after the World Trade Center attacks in New York City. *American Journal Drug Alcohol Abuse*. 2006; 32(2): 203-224.

31. Galea S, Vlahov D, Resnick H, Ahern J, Susser E, Gold J, Bucuvalas M y Kilpatrick D. Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *American Journal Epidemiology*. 2003; 158: 514-524.
32. DiGrande L, Neria, Y, Brackbill RM, Pulliam P y Galea S. Long-term Posttraumatic stress symptoms among 3,271 civilian survivors of the September 11, 2001, terrorist attacks on the World Trade Center. *American Journal Epidemiology*. 2011; 173: 271-281.
33. Silver RC, Holman EA, McIntosh DN, Poulin M, Gil-Rivas V. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*. 2002; 288(10): 1235-1244.
34. Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L, Jordan BK, Rourke KM, Wilson D, Thalji L, Dennis JM, Fairbank JA, Kulka RA. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the national study of American's reactions to September 11. *Journal of the American Medical Association*. 2002; 288(5): 581-588.
35. Njenga FG, Nicholls PJ, Nyamai C, Kigamwa P y Davidson JRT. Post-traumatic stress after terrorist attack: psychological reactions following the US embassy bombing in Nairobi. *British Journal of Psychiatry*. 2004; 185: 328-333.
36. Miguel-Tobal JJ, Cano-Vindel A, Gonzalez-Ordi H y Iruarrizaga I. PTSD and depression after the Madrid march 11 train bombings. *Journal of Traumatic Stress*. 2006; 19(1): 69-80.
37. Schiff M, Zweig HH, Benbenishty R y Hasin DS. Exposure to terrorism and Israeli Youths' cigarette, alcohol and cannabis use. *American Journal of Public Health*. 2007; 97(10): 1852-1858.
38. Chemtob CM, Nomura Y, Josephson L, Adams RE y Sederer LL. Substance use and functional impairment among adolescents directly exposed to the 2001 World Trade Center attacks. *Disasters*. 2009; 33(3): 337-352.
39. Boscarino JA y Adams RE. Peritraumatic panic attacks and health outcomes two years after psychological trauma: implications for intervention and research. *Psychiatry Research*. 2009; 167(1-2): 139-150.
40. Neria Y, Olfson M, Gameroff MJ, DiGrande L, Wickramaratne P, Gross R, Pilowsky DJ, Neugebauer R, Manetti-Cusa J, Lewis-Fernandez R, Lantigua R y Shea S. Long-term course of probable PTSD after the 9/11 attacks: a study in urban primary care. *Journal of Trauma Stress*. 2010; 23(4): 474-482.
41. Rubin GJ, Brewin CR, Greenberg N, Hughes JH, Simpson J y Wessely S. Enduring consequences of terrorism: 7-month follow-up survey of reactions to the bombings in London on 7 July 2005. *British Journal of Psychiatry*. 2007; 190: 350-356.
42. Joseph J y Jaswal S. Psychosocial Framework for understanding psychological distress among survivors of the November 26, 2008 Mumbai Terror Attack: beyond traumatic experiences and emergency medical care. *Prehospital and Disaster Medicine*, 2014; 29 (3): 330-338.
43. Schuster MA, Stein BD, Jaycox LH, Collins RL, Marshall GN, Elliott MN, Zhou AJ, Kanouse DE, Morrison JL y Berry SH. A national survey of stress reactions after the September 11. *New England Journal of Medicine*. 2001; 345 (20): 1507-1512.

44. Pfefferbaum B, Tucker P, North CS y Jeon-Slaughter H. Physiological reactivity in children of Oklahoma City bombing survivors 7 years post-disaster: a pilot study. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2011; 23(3): 202-207.
45. Neria Y, Gross R, Olfson M, Gameroff MJ, Wickramaratne P, Das A, Pilowsky D, Feder A, Blanco C, Marshall RD, Lantigua R, Shea S y Weissman MM. Posttraumatic stress disorder in primary care one year after the 9/11 attacks. *General Hospital Psychiatry*. 2006; 28(3): 213-222.
46. Hoven CW, Duarte CS, Lucas CP, Wu P, Mandell DJ, Goodwin RD, Cohen M, Balaban V, Woodruff BA, Bin F, Musa GJ, Mei L, Cantor PA, Aber JL, Cohen P y Susser E. Psychopathology among New York City public school children 6 months after September 11. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62: 545-552.
47. Vázquez C, Pérez-Sales P y Matt G. Post-Traumatic stress reactions following the March 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid Community sample: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*. 2006; 9(1): 61-74.
48. Rubin GJ, Wessely S. The psychological and psychiatric effects of terrorism. *Psychiatry Clinics of North America*. 2013; 36:339-350.

ANEXO 1: Comparación criterios DSM-IV-TR y DSM-V.

TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO	
DSM-IV-TR	DSM-V
<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido (1) y (2):</p> <p>(1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimiento/s caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.</p> <p>(2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso.</p>	<p>A. Exposición a muerte real o peligro de muerte, lesiones serias, o violencia sexual de una (o más) de las siguientes maneras:</p> <p>(1) Experimentación directa del evento(s) traumático(s)</p> <p>(2) Ser testigo, en persona, del evento(s) mientras le ocurre a otros.</p> <p>(3) Conocimiento de que el evento(s) traumáticos(s) le ocurrió a un familiar o amigo cercano. En los casos de muerte real o amenaza de muerte de un miembro de la familia o amigo, el evento(s) debe haber sido violento o accidental.</p> <p>(4) Experimentar repetidamente o exposición extrema a detalles aversivos del evento(s) traumático(s)</p>
<p>B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:</p> <p>(1) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego, ausencia de reactividad emocional.</p> <p>(2) Reducción del conocimiento de su entorno (p.ej. Estar aturdido)</p> <p>(3) Desrealización</p> <p>(4) Despersonalización</p> <p>(5) Amnesia disociativa (p.ej. Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma)</p>	<p>B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas de cualquiera de las cinco categorías de: intrusión, afecto negativo, disociación, evitación y activación (arousal); que comienzan o empeoran después de que ocurra el acontecimiento traumático.</p>
<p>C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático</p>	<p>C. Estas alteraciones (síntomas del Criterio B) duran un mínimo de 3 días y un máximo de 4 semanas tras la exposición al trauma</p> <p>Nota. Los síntomas habitualmente comienzan inmediatamente después del trauma, pero se necesita la persistencia de los síntomas de entre 3 días y un mes para cumplir los criterios del trastorno.</p>
<p>D. Evitación persistente de estímulos que recuerdan al trauma (p.ej. pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas, etc.)</p>	<p>D. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>

<p>E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal). (p.ej. Dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, etc.)</p>	<p>E. Estas alteraciones no se atribuyen a los efectos fisiológicos de una sustancia. (p.ej. medicación, alcohol), a otra condición médica y no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.</p>
<p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables.</p>	
<p>G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máx. de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.</p>	
<p>H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad mnésica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los ejes I o II.</p>	

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
DSM-IV-TR

DSM-V

<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido (1) y (2):</p> <p>(1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.</p> <p>(2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso. Nota: en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.</p>	<p>A. Exposición a muerte real o peligro de muerte, lesiones serias, o violencia sexual de una (o más) de las siguientes maneras:</p> <p>(1) Experimentación directa del evento(s) traumático(s)</p> <p>(2) Ser testigo, en persona, del evento(s) mientras le ocurre a otros.</p> <p>(3) Conocimiento de que el evento(s) traumáticos(s) le ocurrió a un familiar o amigo cercano. En los casos de muerte real o amenaza de muerte de un miembro de la familia o amigo, el evento(s) debe haber sido violento o accidental.</p> <p>(4) Experimentar repetidamente o exposición extrema a detalles aversivos del evento(s) traumático(s)</p>
<p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de los siguientes formas:</p> <p>(1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes que provocan malestar.</p> <p>(2) Sueños recurrentes sobre el acontecimiento que producen malestar</p> <p>(3) Sensación de que el acontecimiento traumático está reviviéndose (ilusiones, alucinaciones, flashbacks, etc.)</p> <p>(4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos que recuerdan al evento traumático.</p> <p>(5) Respuestas fisiológicas al exponerse a eventos que recuerdan al acontecimiento traumático.</p>	<p>B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas intrusivos asociados al evento traumático que comienzan después de que el evento ocurra:</p> <p>(1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar.</p> <p>(2) Sueños desagradables recurrentes cuyo contenido está relacionado con el evento.</p> <p>(3) Reacciones disociativas donde el individuo tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo.</p> <p>(4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos que recuerdan al evento traumático.</p> <p>(5) Respuestas fisiológicas al exponerse a eventos que recuerdan al acontecimiento traumático.</p>

<p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, como indican 3 (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. (2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás. (6) Restricción de la vida afectiva. (7) Sensación de un futuro desolador. 	<p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma, como indican uno o ambos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos, o sentimientos sobre o fuertemente relacionados con el suceso. (2) Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos externos que despierten recuerdos, pensamientos negativos sobre o fuertemente relacionados con el evento traumático.
<p>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausentes antes del trauma y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño (2) Irritabilidad o ataques de ira (3) dificultades para concentrarse (4) Hipervigilancia (5) Respuestas exageradas de sobresalto 	<p>D. Alteraciones negativas en las cogniciones o afectos asociados al evento traumático, que empiezan o empeoran después de que el evento traumático ocurra, tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Dificultad para recordar un aspecto importante del evento traumático. (2) Creencias negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (3) Cogniciones distorsionadas persistentes sobre la causa o las consecuencias del evento traumático que llevan a que el individuo se culpe a sí mismo o a otros. (4) Estados emocionales negativos persistentes. (5) Interés o participación intensamente disminuida en actividades significativas. (6) Sentimientos de indiferencia o distanciamiento de los demás. (7) Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas.

<p>E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.</p>	<p>E. Alteraciones importantes en la activación y la reactividad asociadas al evento traumático, que comienzan o empeoran después de que ocurra el acontecimiento traumático, tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) comportamiento irritable con explosiones de ira. (2) Conductas autodestructivas o temerarias. (3) Hipervigilancia. (4) Respuestas exageradas de sobresalto. (5) Problemas para concentrarse. (6) Problemas de sueño.
<p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>	<p>F. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C, D y E) se prolongan más de 1 mes.</p>
	<p>G. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
	<p>H. Estas alteraciones no se atribuyen a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra condición física.</p>

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

DSM-IV-TR

DSM-V

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada casi todos los días

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.

(9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.

Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) Disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.

(3) Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.

(9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio.

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

<p>D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (p. ej. hipotiroidismo).</p>	<p>D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas/no especificadas y otros trastornos psicóticos.</p>
<p>E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de dos meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.</p>	<p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía.</p>

TRASTORNO DE ANSIEDAD	
DSM-IV-TR	DSM-V
<p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.</p>	<p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que ocurren más días que no durante los últimos 6 meses.</p>
<p>B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.</p>	
<p>C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Inquietud o impaciencia (2) Fatigabilidad fácil (3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco (4) Irritabilidad (5) Tensión muscular (6) Alteraciones del sueño 	
<p>D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia, pasarlo mal en público, contraer una enfermedad, estar lejos de casa o de los seres queridos, engordar, quejas de múltiples síntomas físicos o padecer una enfermedad grave, y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.</p>	<p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
<p>E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>	<p>E. Estas alteraciones no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica.</p>

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

F. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia, pasarlo mal en público, contraer una enfermedad, estar lejos de casa o de los seres queridos, engordar, tener quejas de múltiples síntomas físicos o padecer una enfermedad grave, la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático, o no son de contenido delirante en esquizofrenia o trastorno delirante.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS	
DSM-IV-TR (Dependencia de sustancias)	DSM-V (Consumo de sustancias)
<p>Patrón desadaptativo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) síntomas durante al menos 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Tolerancia. (2) Abstinencia. (3) Consumo durante mayor tiempo o cantidad. (4) Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar el consumo. (5) Se emplea mucho tiempo. (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas. (7) Se continúa tomando a pesar de ser consciente de los problemas que acarrea. 	<p>Patrón desadaptativo de comportamientos relacionados con el uso de la sustancia, expresado por dos (o más) síntomas durante al menos 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Consumo durante mayor tiempo o cantidad. (2) Deseo persistente y esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo. (3) Se emplea mucho tiempo en su búsqueda. (4) Craving. (5) No se cumple con las obligaciones. (6) Se continúa tomando a pesar de las dificultades sociales o interpersonales. (7) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas. (8) Uso en situaciones físicamente peligrosas. (9) Se continúa tomando a pesar del peligro físico y psicológico. (10) Tolerancia. (11) Abstinencia.
ABUSO DE SUSTANCIAS	
<p>Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso. (3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia. (4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. 	<p>En el DSM-V se unifican la dependencia y el abuso de sustancias en una misma categoría llamada consumo de sustancias.</p>