

*Adolfo Benito Ruiz, Guillermo Lahera Forteza, Guillermo Benito Ruiz,
Laila Oudda Sántos y Alberto Fernández Liria*

Demanda de atención en salud mental por los atentados del 11M en Alcalá de Henares

RESUMEN: Se trata de valorar la influencia de los factores sociodemográficos en la demanda recibida tras los atentados del 11M en el CSM de Alcalá de Henares.

PALABRAS CLAVE: Ataques terroristas del 11M, factores sociodemográficos, análisis de la demanda.

SUMMARY: The aim is to determine the influence of the social and demographic factors in the demand received after the 11M terrorist attack in the Mental Health Center of Alcalá de Henares.

KEY WORDS: 11M terrorist attack, social and demographic factors, demand analysis.

El 11 de marzo de 2004 se produjeron en la ciudad de Madrid una cadena de atentados terroristas: tres bombas estallaron en tres trenes con destino hacia la capital, a la estación de Atocha. Dos de los trenes habían partido de la estación de Alcalá de Henares, y uno procedente de Guadalajara había hecho parada en esta ciudad.

Las dimensiones de la tragedia supusieron un reto no sólo para la sanidad pública en general, sino para la Salud Mental en particular, siendo por el recorrido de los trenes el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares uno de los que tuvieron que hacer frente a una mayor demanda de pacientes.

El objetivo del estudio que presentamos es el de determinar la evolución de la demanda de aquellos pacientes que acudieron a consultas de Salud Mental con sintomatología relacionada con los atentados, y tratar de determinar dicha evolución con variables pronósticas que pudiesen marcar la evolución ante situaciones traumáticas, ya sean sociales, individuales, de tratamiento, etc. En esta primera parte realizamos un análisis sobre la demanda poblacional que se registró en el CSM de Alcalá de Henares tras los atentados, tratando de relacionar estos datos con nuestros conocimientos sobre las variables que determinan la demanda asistencial, a partir de los estudios existentes al respecto.

Material y métodos

El estudio fue llevado de manera retrospectiva, naturalística, a partir del estudio de las historias clínicas del centro de salud. El periodo de seguimiento fue desde el 12 de marzo de 2004 hasta el 30 de junio de 2004, consideramos este periodo de tiempo suficiente como para que los pacientes que tuviesen sintomatología clínica hubiesen acudido a consulta, más aún teniendo en cuenta

que algunos pacientes iban a tardar en acudir, debido a hospitalizaciones prolongadas por las heridas del atentado. Durante este periodo de tiempo se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes que habían acudido al centro con un motivo de consulta en relación al 11M y que eran fáciles de identificar porque se arbitró un procedimiento especial para atenderlos. Se consideró que lo más adecuado no era sólo revisar historias nuevas abiertas durante este tiempo, sino también de pacientes con historia antigua, que habían sido dados de alta, y que volvieron a acudir por este motivo durante este tiempo. El criterio para la inclusión fue el de demandar ayuda en relación con los atentados, por tanto se incluyeron tanto pacientes que habían estado en los trenes siniestrados el 11M, aquellos que habían perdido a familiares y amigos y algunos que no habían perdido a nadie durante los mismos, ni se encontraban allí, pero relacionaban su clínica con dichos atentados.

Sobre dichas historias clínicas los investigadores rellenaron un cuestionario en el que a partir de los datos recogidos en la historia se trataban de conocer el sexo, la nacionalidad, estado civil, tipo de convivencia, nivel de estudios, nivel socio laboral, situación laboral en el 11M, si había acudido a la urgencia psiquiátrica en relación a la sintomatología, el número de días hasta que acudió al primer dispositivo de Salud Mental, el tipo de afectado (directo, indirecto y grado), si tenía antecedentes de tratamiento psiquiátrico, si se encontraba solo o acompañado en el momento del atentado, si existían pérdidas recientes en familia o amigos el último año, desde dónde fue derivado, motivo de alta, si era usuario habitual del tren, tipo de sintomatología predominante, y tipo de tratamiento que recibe; además de realizar un registro con las citas de Salud Mental durante el tiempo de seguimiento que recibieron (citas a las que acudieron y a las que no).

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

En esta primera parte estudiaremos las variables sociodemográficas de los pacientes que acudieron.

Resultados

Se contabilizaron en el estudio 104 historias que incluían el criterio de inclusión (sintomatología o motivo de consulta en relación al 11M), para el estudio de las variables sociodemográficas se consideró como válida la hoja de filiación, documento estadístico que recoge el centro, a través de los administrativos, durante la primera cita, previa a la evaluación del terapeuta, pudiéndose recoger en

ORIGINALES Y REVISIONES

todas las historias, independientemente de si los pacientes continuaron en tratamiento o fueron dados de alta, si bien no en todas las historias pudieron recogerse todos los datos (al ser un documento estadístico hay pacientes que no quieren que se conozcan algunos datos suyos).

Sexo

Se contabilizaron 67 mujeres y 37 hombres, el tiempo medio hasta la primera cita a la que acudieron, respecto al 11M fue similar 13,79 días para las mujeres y 11,92 para los hombres, sin embargo las mujeres recibieron más citas que los hombres de media (5,61 por 2,97), ($p < 0,05$) y además acudieron más a dichas citas. No se encontraron diferencias significativas respecto al lugar de derivación a Salud Mental.

Nacionalidad

La mayor parte de la población era española (56; 54% de la muestra), seguido de pacientes de Europa del este (23; 22%), de América Latina (21; 20%), y en menor medida subsaharianos (2; 1,9%) y del norte de África (1; 0,96%), no se encontraron en la muestra pacientes procedentes de Asia, otros países europeos (diferentes a España y que no sean del este de Europa) ni de otro país no europeo (que no fuese asiático, africano o de América Latina), que eran las otras categorías posibles. No se encontraron diferencias significativas respecto al número de días hasta que acudieron, el número de citas que recibieron o el lugar de derivación a Salud Mental.

Respecto a las medias intergrupos, la muestra de nacionalidad española tardó 11,29 días de media en acudir, la de América Latina 15,71 días de media y la del este de Europa 13 días, sin que existan diferencias significativas estadísticamente. En el caso del número de citas de media que recibieron, en el caso de los españoles fue de 5,13 de media, 4,62 en el de la población de América Latina y 3,39 en el de la población de Europa del este. En el caso de la población norteafricana y de África subsahariana, la muestra era tan escasa que no se podían establecer comparativas que resultasen significativas, aún así no existen tampoco diferencias significativas.

Estado civil

La muestra estaba compuesta por 42 solteros (40%), 47 casados (35%), 6 parejas de hecho (5,7%), 5 separados (4,8%) y 3 viudos (2,7%). No se encontraron diferencias significativas en el global de la muestra, si bien cuando se comparan cada una de las variables encontramos que en el número de días hasta que acu-

dieron a la primera cita, fue de 10,79 en el caso de la población soltera, 14,32 en el de la población casada, 11,33 días en el de la población de parejas de hecho, 26,20 en el de los separados y 9,67 en el de la población viuda. Respecto al número de citas que recibieron fue de 4,85 citas para los solteros de media, 4,87 para los casados, 1,33 para las parejas de hecho, 7 para los separados-divorciados y 2 para los viudos. Por tanto, llama la atención la similitud de cifras, excepto para la población separada-divorciada, que tardaron más en acudir a la primera cita y recibieron mayor número de ellas. Destaca también las pocas citas que recibieron la muestra de pacientes de parejas de hecho, respecto al resto de población, al igual que la población viuda, si bien en este caso la muestra es pequeña.

Convivencia

La muestra la forman 9 pacientes que vivían solos (8,6%), 28 con la familia de origen (27%), 52 con la familia propia (50%), 3 que convivían con otras familias (2,8%) y 11 que tenían otro tipo de convivencia (10,51%). No se encontraron diferencias significativas en el global de la muestra, aunque si se analizan las diferencias intergrupales encontramos que en el caso de la variable «días» hasta que acudieron a la primera cita en el CSM, en el caso de los pacientes con otro tipo de convivencia eran los que más tardaban en acudir al CSM (18,82), seguido de los que vivían con su familia propia (14,31 días), los que convivían solos, 10,44 días, y finalmente los que convivían con otras familias, (10,33 días) y los que convivían con su familia de origen (9,93 días), sin que existiesen apenas diferencias entre los 3 últimos subgrupos.

En cuanto al número de citas, de nuevo no existen diferencias significativas en el global de la muestra, si bien sí que existen diferencias intergrupos, siendo los pacientes que conviven con la familia de origen los que a más citas acuden (5,96 de media), muy parejo al número de citas a las que acudieron los que vivían solos (4,89), y con la familia propia, pero indudablemente existen diferencias, aunque no significativas con los otros 2 subgrupos, con una media de citas en los pacientes que convivían con otras familias de 2,33 y en los que tenían otro tipo de convivencia de 2,91 citas de media.

Nivel de estudios

De nuevo no existen diferencias en el global de la muestra, aunque en el análisis de la muestra por grupos encontramos que en cuanto al número de días hasta que acudieron a Salud Mental, los que más rápidamente acudieron es el grupo de los que tenían un nivel de estudios de licenciado, diplomado o doctor, 27 pacientes (25,96% de la muestra), con una media de 10,62 días hasta que acudieron a la

ORIGINALES Y REVISIONES

primera cita, seguido del subgrupo de pacientes con un nivel de estudios de bachillerato o COU, 38 pacientes (36,5%), con 11,7 días de media, el subgrupo de pacientes con graduado escolar, 29 pacientes, 27,88%, que acudió a la primera cita tras 13,9 días y finalmente el subgrupo de pacientes sin estudios (10; 9,6%), que fueron los que más tardaron en acudir, 17 días de media.

En cuanto al número de citas a las que acudieron, tampoco hay diferencias significativas en el global de la muestra, siendo el número medio de citas a las que acudieron muy similar en el caso del subgrupo sin estudios y con bachillerato o COU (3,4 y 3,5 citas respectivamente), algo mayor en el subgrupo de diplomados, licenciados o doctores, 4,65 citas de media, y finalmente el subgrupo que acudió a más citas, el de pacientes con graduado escolar 6,92 citas de media.

Nivel socio-laboral

Los diferentes subgrupos que se realizaron para la agrupación fueron los siguientes:

- a) Nivel alto, incluye autónomos con empleados, empresarios, profesional de un empleo.
- b) Nivel medio, incluye a trabajadores cualificados (servicios, funcionarios, etc.).
- c) Nivel medio-bajo, incluye trabajadores del comercio o la construcción.

Nivel bajo, incluye aquellos que no perciben ingresos habitualmente, trabajadores esporádicos, desempleados, también a los estudiantes, a las amas de casa y los jubilados.

Destacar que el criterio no fue el nivel económico de la familia sino del paciente, es decir, puede haber amas de casa, con un nivel económico familiar alto, o incluso parados o jubilados, pero se ha tomado en cuenta el nivel de ingresos que perciben como variable, que es bajo en este caso.

En este ítem no fue posible poderlo conocer en todos los pacientes, por diversos motivos, no querían contestarlo, no figuraba, por lo que la muestra es más reducida, 92.

En cuanto a las diferencias globales, no se encontraron ni en número de días hasta que acudieron a la primera cita ni en el número de citas a las que acudieron.

A nivel de subgrupos, vemos que los que menos tardaron en ser derivados es el subgrupo de nivel medio, 23 pacientes (25%), que tardaron 9.39 días de media, seguido del subgrupo de nivel alto, 11 pacientes (12%), que tardaron 12 días de media, y los subgrupos de nivel medio-bajo, 45 pacientes (48,9%) 12.38 días de media, tardando todavía más en acudir el subgrupo de nivel bajo o muy bajo, 12 pacientes (13%), que tardaron 17.75 días de media en acudir.

En el número medio de citas a las que acudieron, van muy parejos el subgrupo de nivel económico alto y el bajo o muy bajo (5.55 y 5.5 citas de media), los que menos citas recibieron fueron el subgrupo de nivel medio (3.73 citas de media), y el subgrupo con mayor muestra, el de nivel medio-bajo, que acudieron a 4.27 citas de media.

Dentro del subgrupo de nivel bajo por contar con un número importante de pacientes estudiamos a las amas de casa, muestra de 5 (5,4%, encontrando en ellas que el número de días hasta la primera cita fue de 14.4, pero que acudieron a un número de citas más elevado que el resto de la muestra (8.8 citas de media).

Estudio de la derivación

Otro de los factores que nos propusimos estudiar era la forma en que habían acudido los pacientes al CSM, cuáles habían sido esas vías, y comprobar cuáles habían sido eficaces (en cuanto a una derivación temprana, objetivo de los dispositivos de salud ante esta tragedia), y cuáles no habían cumplido su función, de esta manera se determinó cuál había sido la vía de derivación hasta el CSM.

Sin duda el dispositivo que mayor número de pacientes derivó fue el de Atención Primaria, 76 pacientes fueron derivados desde aquí (73% del total), acudieron al CSM espontáneamente 14 pacientes (13,47%), fueron derivados desde las urgencias hospitalarias 9 pacientes (8,6%), desde otros dispositivos de Salud Mental fueron derivados 5 pacientes (4,8%), mientras que finalmente, desde los Servicios Sociales derivaron a 2 pacientes (1,9%).

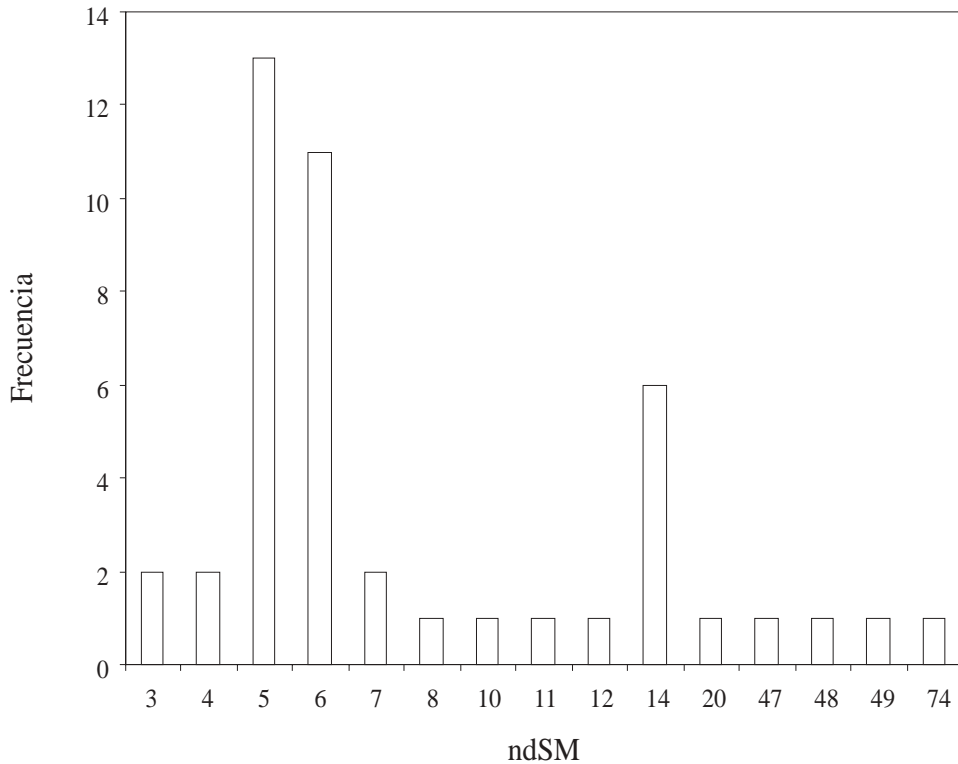
Análisis de la evolución de la demanda

El dato más llamativo es la rapidez con la que los pacientes acudieron a Salud Mental, la gravedad de los hechos sucedidos, los recursos sanitarios, la labor de los medios de comunicación, y la derivación urgente a Salud Mental desde los diversos dispositivos hizo que se produjese con celeridad. El número de pacientes que se fueron recibiendo experimentó un crecimiento exponencial, de manera que en la primera semana, que comprendía hasta el 18 de marzo se recibieron un 60% del total de pacientes, y en las dos primeras semanas, un 80% del total, pasado el primer mes habían acudido prácticamente un 90% del total. Destaca que los dos últimos pacientes recogidos en la muestra acudieron cuando habían pasado cincuenta días, y el último recibido a los ochenta días.

La siguiente gráfica muestra la cantidad de pacientes que acudieron según el número de días:

Figura 1

Pacientes que acudieron según el número de días transcurridos desde el atentado (El primer día laborable después del 11M fue el lunes 15).



Discusión

Resultados por sexo

Llama principalmente la atención los números en cuanto a los pacientes recibidos según el sexo, las pacientes mujeres duplican prácticamente al de hombres, si se tiene en cuenta los porcentajes en el global poblacional deberían ser similares, la población censada en Alcalá de Henares a 1 de enero del 2005 (3) era de 197.804 personas, de las que 99.435 eran varones (50,26%), y 98.369 eran mujeres (49,73%). Por otro lado, si se tiene en cuenta, que la gran mayoría de pacientes que acudieron eran afectados directos (89 por 15 indirectos, que tenían algún familiar o amigo que fuese afectado), que estaban en los trenes a la hora del atentado (primera hora de la mañana de un día laborable) es de suponer que la gran

mayoría de la gente fuesen trabajadores (ese día había huelga de estudiantes), y si nos atenemos a las cifras de población activa, el resultado también indica que la mayoría de los pacientes fuesen hombres, o al menos que los porcentajes fuesen más parejos según el género.

Si nos centramos en los estudios sobre análisis de la demanda, en especial los de Goldberg y Huxley (1-2) y en los de Weissman y Klerman (3), encontramos que las mujeres consultan más que los hombres, estas cifras se pueden ver en especial en Atención Primaria, cuyos resultados indican que el porcentaje de mujeres que consultan es casi el doble que los de hombres, como causas los autores exponen el hecho de que acudir al médico pueda ser vivido por algunos hombres como un hecho de debilidad, que los hombres tienen más dificultad para consultar porque tienen que pedir horas en el trabajo (1-2). Estos resultados son diferentes en los datos de Atención Especializada, donde los porcentajes se igualan bastante respecto al género, en principio parece que los filtros para acudir a Atención Especializada son mayores en el caso de las mujeres que de los hombres, y que por ello, aunque consultan más mujeres en Primaria, los números son bastante similares para la demanda en Atención Especializada, en los que rondan el 50% los porcentajes según el género.

Si atendemos a los resultados de estas investigaciones, y teniendo en cuenta que los Centros de Salud Mental son un recurso especializado, los resultados no son acordes con lo que conocemos por los resultados de otras investigaciones. Sin embargo, en el caso de los atentados del 11M, el filtro que puede suponer la Atención Primaria fue mucho más laxo, en el sentido que los médicos de familia tenían directrices para derivar a la Atención Especializada a todos aquellos pacientes que acudiesen por clínica en relación a los atentados, ya fuesen afectados directos, aunque no hubiesen sufrido heridas, indirectos (por pérdidas o heridos de familiares o conocidos), o incluso de pacientes que sin haber estado en los trenes o tener afectados acudieron por clínica psiquiátrica.

De esta manera nos encontramos que el filtro que supone la Atención Primaria, y que es más rígido para las mujeres (1-2) no existió, con lo que los resultados que encontramos son prácticamente iguales a los de Goldberg y Weissman (1), ya que esa diferencia en la prevalencia en cuanto al género de los pacientes es la esperable, prácticamente se derivaron a todos los pacientes que acudieron a Primaria a recursos especializados, sin filtro alguno, por lo que los porcentajes por género tienen que ser similares a los que encontramos en los pacientes que acuden a Primaria, que es lo que sucede.

Por otro lado, si analizamos el número de días hasta que acudieron a la primera cita es muy similar en hombres y mujeres (11,92 y 13,79), parece que a la vista de los resultados no hay diferencias en cuanto al tiempo que tardaron en soli-

citar ayuda, hay poco escrito en la literatura acerca de la tolerancia al malestar psicológico según el género, aunque las mujeres consultan más, parece que no existen diferencias en el tiempo que se toman para consultar los hombres y las mujeres según estos resultados. Otro asunto a destacar son las cifras obtenidas para el subgrupo de amas de casa, dentro de las mujeres, y la gran cantidad de citas que recibieron, en principio esto se podría asociar con la opinión de Brown y Harris (5), ellos concluyen que los factores de vulnerabilidad en las mujeres para la depresión serían el no tener una relación de afecto significativa, el haber perdido a la madre antes de los 11 años, el tener 3 hijos menores de 14 años y el no tener un trabajo a tiempo parcial o total, nuestro subgrupo de amas de casa tendrían por lo tanto, al menos, uno de los factores de vulnerabilidad; si bien no podemos concluir si el resto de los factores de vulnerabilidad están también presentes, pero sí parece que a tenor del número de citas que recibieron, existe seguramente una mayor sintomatología.

Sí llama la atención, el número medio de citas que recibieron tanto los hombres como las mujeres, siendo en el caso de las mujeres 5,61 citas de media (2,92 para los hombres), existiendo diferencias significativas ($p < 0,05$). No tenemos datos que justifiquen que la gravedad clínica de las mujeres que acudieron fuese mayor que la de los hombres y que por eso recibieran más citas, por lo que para encontrar alguna explicación podríamos pensar que los hombres solicitaron el alta antes por dificultades en acudir a las citas, o en variables de resultado, hipotetizando que las mujeres puedan tener más dificultades para la resolución de situaciones traumáticas o duelos, o bien que la sintomatología clínica fuese más grave en el caso de las mujeres; por último, siguiendo los estudios de Goldberg (1-2) los hombres acudirían a menos citas porque el hecho de acudir pudiese ser visto por su entorno social como una muestra de debilidad o porque tenían dificultades para acudir a las citas, por motivos laborables o de otra índole.

Nacionalidad

En primer lugar cabe destacar la gran cantidad de ciudadanos de fuera de España que recibieron atención, 48 del total.

En la población de Alcalá de Henares encontramos un total de personas no nacidas en España de 32.816 (censo), seguramente inferior a la real, siendo la población más frecuente la de los ciudadanos del este de Europa, en especial rumanos, en Alcalá de Henares reside la principal colonia de ciudadanos de este país de toda España, existen censados (4) 11.414, aunque hay también un número importante de ciudadanos búlgaros, 1.922 censados.

Reside un número importante de ciudadanos sudamericanos, censados (4) 8.978; en cuanto a otros países están censados 1.347 marroquíes, 433 chinos y un

total de 3.852 nacidos en los países de la Unión Europea (4). Esto resulta llamativo, en primer lugar la población extranjera de Alcalá de Henares, está ampliamente representada en la muestra, si en la población total representan un 16,59% (32.816 del total poblacional de 197.804), en la muestra representan un 46,15%.

Si analizamos los resultados según los grupos establecidos, observamos que la población de ciudadanos del este de Europa es de un 22%, mientras que en el total de la población es de un 6,3% (12.466 de 197.804), está ampliamente representada en la muestra. En el caso de la población sudamericana, existe en la muestra un 20%, mientras que en la población general el porcentaje de población latinoamericana es de 4,5% (8.978 del total), también está ampliamente representada. Lo mismo sucede en el caso de la población subsahariana, 1,9% en la muestra y 1,3% en la población general (2.626 del total poblacional de Alcalá), aunque en este caso no tanto, en el caso de la población norteafricana, las cifras sí son similares, con un ligero aumento de la representación en la muestra, 0,96%, mientras que en la población general son 1.347, un 0,68% del total.

En oposición destaca que no exista representación asiática, si bien en la población general de Alcalá suponen sólo un 0,36% (744 del total) ni de ciudadanos de la UE, que en la población suponen 3.852, un 1,9% del total.

Una de las explicaciones de que la población extranjera de Alcalá estuviese más representada en la muestra podría ser por el contexto en el que tuvo lugar el atentado (primera hora de la mañana de un día laborable), o bien que por diversos motivos (status económico, lugar de trabajo) la población extranjera utilizase más el transporte público que los nacidos en España, o también que la muestra estuviese sesgada por las promesas de los partidos que gobernaban los días previos y tras los atentados de legalizar la situación de los extranjeros que hubiesen sido víctimas de los atentados, lo que pudiese hacer que se acudiese en masa, pero no por motivos clínicos.

En el caso de ciudadanos sudamericanos, otra posible explicación se encuentra en el dominio del idioma, el acudir a un dispositivo sanitario resulta más fácil para hispanoparlantes, lo que explicaría que la muestra de ciudadanos sudamericanos sea similar a la de nacidos en el este de Europa, a pesar de que la colonia sudamericana sea más escasa que la anterior en la población total.

Para explicar sin embargo la baja demanda de ciudadanos asiáticos, en especial de chinos, que son la población más representada, es acorde con el bajo uso de recursos por parte de esta población, o bien que en este caso, por su tipo de ocupaciones utilizasen poco el transporte público, y que los que acudiesen lo hiciesen a médicos de esta nacionalidad, cosa que ocurre para otro tipo de patologías. El caso de los ciudadanos de la UE es diferente, y para explicar su escasa representación en la muestra tenemos que pensar en el horario en el que se produjo la tra-

gedía, y en que un número importante sería estudiantes Erasmus, que suelen tener que desplazarse dentro de Alcalá, porque es la Universidad que acoge a la mayoría, y por ello no utilizarían trenes con destino a Madrid.

En cuanto al número de días hasta que acudieron, los resultados no muestran diferencias significativas por nacionalidades, sin embargo, destaca que sean los españoles los que menos tarden en acudir, seguramente porque resulta más sencillo para los nacidos en España el desenvolverse para ello, y resolver los trámites burocráticos que esto puede suponer, a pesar de que desde los Servicios Centrales de Salud Mental se tratase de que fuese lo más sencillo posible, siendo derivados de manera urgente los pacientes con clínica en relación al atentado. Es llamativo que los pacientes del este de Europa, que en principio no tienen el castellano como lengua vernácula, fuesen derivados antes que los latinoamericanos, hispanoparlantes, si consideramos que el no dominar la lengua es un obstáculo para no acudir. Como motivo podríamos hipotetizar o bien diferencias individuales marcadas por la nacionalidad, o bien que la contención social fuese mayor en los pacientes latinoamericanos, haciendo que tardasen más en solicitar ayuda.

En cuanto al número de citas a las que acudieron, son los españoles quienes más acudieron, seguido de sudamericanos y los del este de Europa (5,13; 4,62 y 3,19 citas de media), en el caso de las otras nacionalidades la muestra es escasa como para extraer conclusiones significativas. De nuevo parece que son las dificultades idiomáticas las que podemos buscar como causa de que los pacientes que en principio puedan tener dificultades para manejarse en español como la causa de que acudan a menos citas o se les dé antes el alta, o bien que por causas laborales éstos tuvieran más dificultades para acudir. Pero desde luego parece que el dominio del idioma facilita la continuación del tratamiento. Esto explicaría también la escasez de pacientes de África o Asia en la muestra, que no llegaron a acudir, aunque las cifras de ciudadanos de éstos que acudieron a la urgencia psiquiátrica del hospital (y no a las consultas externas), sea más acorde con lo esperado según el número de habitantes.

De cualquier manera son escasos los estudios sobre la respuesta a situaciones traumáticas según las nacionalidades o la raza, y parece que estas respuestas no están determinadas por la nacionalidad, sino por factores individuales, el contexto de situación traumática vivida, el apoyo social percibido, los recursos y otros, las habilidades de afrontamiento y las capacidades en la resolución de problemas, más que por el país de procedencia, a pesar de que se podría hipotetizar que los nacidos en países del tercer mundo podrían estar más preparados para salir adelante ante estas situaciones, por el hecho de poder haber estado expuestos en su país de alguna manera a situaciones extremas o incluso traumáticas, lo que explicaría la escasez de ciudadanos africanos y asiáticos.

Si agrupamos la muestra en nacidos en España y no nacidos en España observamos que los primeros acuden antes al CSM (11,29 vs 15,27) y se les dan más citas (5,13 vs 4,02), sin que estas diferencias sean significativas.

Si agrupamos la muestra según los que tienen castellano como lengua materna (muestra de españoles y de sudamericanos), aunque la población de lengua materna castellana acudió antes y recibió más citas, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Estado civil

Destaca que sean los pacientes que en principio viven solos (solteros, viudos) los que tardan menos en acudir (10,79 y 9,67 días de media), aunque no se cumple para la muestra de separados/divorciados, que curiosamente son los que más tardan en acudir (26,20). En principio los estudios hablan de que es la población que vive sola la que antes acude a consultas. Goldberg (1-2) habla de la validación provisional, el individuo cuando percibe un malestar pide confirmación de que éste puede ser atribuible a una enfermedad o trastorno que requiera intervención médica, lo que es, obviamente, más difícil para los individuos que viven solos. Sin embargo esto no explicaría porqué los separados/divorciados son los que tardan más en acudir, partiendo que estos subgrupos de población por su estado civil pueden tener menor red social y no contar con esta validación provisional. De hecho este subgrupo es el que más tarda en acudir, sin que tengamos una explicación o hipótesis para ello.

En cuanto al número de citas a las que acudieron, la cifra es muy similar en solteros y casados, llama la atención que el subgrupo de parejas de hecho son los que menos citas recibieron, junto con los viudos, en principio, sin que tengamos una explicación para ello; si bien quizás exista una relación entre la tardanza a acudir cuando existe sintomatología y la persistencia de la clínica, lo que explicaría el mayor número de citas a las que acudieron, ya que el subgrupo de separados-divorciados es el que tarda más en acudir (26,20 días de media), y el que más número de citas recibe (7 citas de media), es lógico que una demanda a destiempo (no tenemos explicación de porqué son los que más tardan en acudir), pero esto, unido a que son el subgrupo que más citas recibe puede hacer pensar en un malestar o sintomatología existente sin que se haga una demanda, lo que lleva a mayor número de citas, y a una persistencia de la clínica aún cuando se ha consultado al especialista. También podría considerarse la falta de apoyo social como un factor que empeora el pronóstico.

Por último nos ha llamado la atención la diferencia en la demanda entre el subgrupo de casados y de parejas de hecho, ya que los primeros tardan más en acudir y reciben mayor número de citas. Esto podría relacionarse con que una y otra situación se corresponde con relaciones interpersonales diferentes en cuanto a su posibi-

lidad de asimilarse a las relaciones *de intimidad* que Brown y Harris (5) tipificaron como protectoras, al menos, para las mujeres en riesgo de padecer depresión.

Tipo de convivencia

El subgrupo que vive solo tarda una media de 10,44 días en acudir, menor que el tiempo que tardan los que conviven con familia propia 14,31 y del subgrupo otro tipo de convivencia 18,92 y similar al de convivencia con otras familias, 10,32, aunque este subgrupo es muy pequeño, lo que concuerda con los resultados sobre estado civil, sin embargo el subgrupo que convive con la familia de origen tarda menos en acudir (9,93), lo que no concuerda con lo anterior; una explicación podría ser que los pacientes que viven con su familia de origen, generalmente con sus padres, hayan decidido consultar por los consejos de éstos, seguramente preocupados y agobiados por lo sucedido a sus hijos, llevados por el rol protector paterno a aconsejar a sus hijos que consulten. De esta manera se podría explicar que el subgrupo que vive con su familia propia sea el que más tarda en consultar, seguramente estos pacientes son los cabezas de familia, y el consultar pueda denotar debilidad, o tardan más en hacerlo por su rol cuidador que seguramente ejerzan en su familia, con su cónyuge e hijos. Esto podría explicar también que sean los pacientes con familia propia los que acudan a menos citas (4,45, por 4,89 de los que viven solos y 5,96 de los que viven con su familia de origen).

Es también llamativo que los subgrupos de otro tipo de convivencia y convivencia con otras familias sean los que reciben menos citas (2,91 y 2,33), bien porque en ausencia de una adecuada *validación provisional* (1-2) acudan con cuadros que, de haber sido contrastado hubieran sido rotulados como respuestas normales ya por legos, sin que hubieran precisado que eso lo hiciera (generalmente en una sola consulta) un profesional, bien porque los individuos que no viven con sus familias, reciban menos presión para acudir a las citas (5).

Conocemos que suelen ser los familiares los que en muchas ocasiones acaban haciendo que su familiar con clínica acuda a Salud Mental (1), más que los amigos, si bien hay estudios, que a partir del estigma que supone para una familia que un miembro acuda a Salud Mental (2), acaba haciendo que el paciente deseché la idea, sin embargo, pensamos que dada la magnitud de lo sucedido, la implicación de los medios y las autoridades, y el apoyo en general de la sociedad española a las víctimas, esto no se produjo.

Nivel de estudios

Llama aquí la atención el hecho de que el número de días hasta que recibieron la primera cita es inversamente proporcional con el nivel de estudios, es decir,

que a menor nivel de estudios más tardan en acudir al CSM. Así es el subgrupo sin estudios el que más tarda en acudir (17 días), seguido del subgrupo de pacientes con EGB (13,90 días), luego va el subgrupo de bachiller o COU (11,70) y finalmente el de licenciados y doctores (10,62). Parece plausible que el nivel de estudios sea un indicador para la decisión de consultar, y que ante el malestar del individuo decida ponerse en manos de un profesional, o consultar. Sí conocemos de anteriores estudios con resultados similares, es decir, a mayor nivel cultural antes se consulta, como si el nivel de estudios fuese un indicador que influya en el grado de insight, sobre el cómo se siente uno y pueda influir en la decisión de consultar, en esta línea sí parece que existan estudios que vayan en este sentido (1; 2).

Por otro lado los resultados en cuanto al número de citas a las que acudieron no parecen guardar relación con el nivel de estudios, los que más citas recibieron fueron el subgrupo de graduado escolar (6,72), seguido del subgrupo de pacientes licenciados (4,5), finalmente el de COU (3,5) y el de graduado escolar el que menos (3,40), en este subgrupo es llamativo el elevado tiempo hasta acudir al CSM, y además las pocas citas a las que luego acuden. Lo que puede hacer pensar que el nivel de estudios, cultural pueda funcionar como un determinante sobre la demanda, y al mismo tiempo sobre la continuidad de tratamiento y el uso de recursos.

Análisis de la demanda según el tipo de afectado

El hecho más llamativo es el escaso número de pacientes que acudieron como afectados indirectos (consideramos a éstos como aquellos con familiares o amigos afectados), en comparación con la de afectados directos, 89 directos por 15 indirectos. En principio lo esperable es que no existiese tanta diferencia, incluso, que hubiese mayor número de afectados indirectos, si tenemos en cuenta la cantidad de heridos y fallecidos que procedían de Alcalá. Sin embargo la cantidad de pacientes que acudieron fue mucho más baja de lo esperado, incluso más baja que la cantidad de fallecidos que procedían del área de referencia. La pregunta es qué sucedió con estos familiares y amigos de las víctimas, podemos hipotetizar que no llegaron a consultar, en principio resultaría extraño que no lo hubieran hecho, dado la gravedad de lo sucedido, la validación social del rol de enfermo ante estas situaciones traumáticas (en esta situación sí que se produjo), otra hipótesis podría ser que acudiesen al circuito privado, de esto tampoco tenemos constancia o tal vez que decidieron acudir a los psicólogos que el Ministerio del Interior puso para las víctimas; sí conocemos algunos casos de pacientes que por esta razón no acudieron a la red pública, ya que resulta raro el pensar que no fueran derivados a Salud Mental por su MAP, ya hemos explicado que las directrices era la derivación a Salud Mental de todos los pacientes en relación al 11M, pero quizás en los casos de familias con algún muerto o herido durante el atentado, que

por fuerza tuvieron que contactar con el Ministerio del Interior, de cara a indemnizaciones y trámites burocráticos, se les hubiese ofertado ya desde el principio esta ayuda psicológica antes incluso de que acudiesen a su MAP.

Pensamos que el hecho de que los familiares y amigos de los heridos y fallecidos tuviesen contacto con el Ministerio del Interior pudiera haber sido el nexo de contacto para que acudiesen con los psicólogos puestos a este fin y renunciasen a la red pública. Por otro lado también las Asociaciones de Víctimas cuentan con psicólogos a los que podrían haber acudido algunos de estos familiares y amigos de afectados.

Análisis de la derivación

Como ya hemos comentado el grueso de las derivaciones se produjo desde Atención Primaria (73% de la muestra), esto nos hace pensar que son los médicos de cabecera el dispositivo de más fácil contacto para los pacientes, y donde acudieron los afectados directos e indirectos en primera instancia. El hecho de que la mayoría de los pacientes acudiesen a Salud Mental, derivados durante las primeras semanas, nos hace pensar que el enlace funcionó con eficacia, que la gran mayoría de la gente que lo necesitaba y había acudido a su médico de atención primaria, fue derivada a atención especializada de manera urgente, la media de días hasta que acudieron fue de 13,93 días desde el atentado en los pacientes derivados desde primaria (la norma era atenderlos en el siguiente día laborable a la derivación). Respecto a otras derivaciones, los pacientes que fueron derivados desde la urgencia hospitalaria, 8 pacientes, tardaron en acudir 9,5 días de media, estamos ante pacientes con sintomatología clínica aparatosa, que seguramente acudiese por ello a la urgencia, lo que explicaría que acudiesen antes que los procedentes de primaria, aunque no porque fuesen derivados antes. Los pacientes que acudieron espontáneamente a Salud Mental tardaron una media de 13,08 días en acudir. Por último los pacientes que fueron derivados desde otros dispositivos o desde Servicios Sociales tardaron 10 días de media en acudir. Llama la atención que ningún paciente fuese derivado desde los dispositivos creados por el Ministerio del Interior para hacer frente a la demanda inicial (el propio Ministerio del Interior, la ventanilla única creada para este fin, las líneas telefónicas de apoyo, etc.), lo que refuerza la creencia que tenemos de que dichos dispositivos no derivaron hacia la red pública, sino a los psicólogos contratados a este fin por el propio Ministerio.

En cuanto al número de citas a las que acudieron hay claras diferencias entre el número de citas que recibieron y el lugar desde donde fueron derivados. Los pacientes que acudieron espontáneamente fueron los que menos citas recibieron (2,69), lo que podría indicar que la decisión de consultar, en este caso partió directamente de los propios pacientes, es un indicador de buen pronóstico, en cuanto a

una mejor evolución, o, sencillamente, que los médicos de primaria, fueron eficaces a la hora de filtrar la demanda o resolver los casos menos graves. Los que fueron derivados desde el MAP recibieron 4,23 citas de media y los que han sido derivados desde la urgencia psiquiátrica del hospital, probablemente, más graves o con síntomas más alarmantes, recibieron 7,88 citas de media.

Finalmente los pacientes derivados desde otros dispositivos y desde Servicios Sociales acudieron a 9,2 y 11,55 citas de media, lo que podría explicarse en el primer caso por clínica concomitante no psiquiátrica que empeorase el pronóstico, y en el segundo por problemas de otra índole, en este caso sociales, que podrían haber influido en una evolución más tórpida, aún así son pocos los pacientes de este subgrupo, lo que impide sacar conclusiones más allá de lo descriptivo para estos dos subgrupos.

Conclusiones

En definitiva, tras estudiar los datos relativos a la demanda, con motivo de los atentados del 11M en el CSM de Alcalá de Henares, podemos decir que:

Las mujeres que acudieron duplicaron prácticamente al número de hombres, esto concuerda con los estudios al respecto realizados en Atención Primaria, no así con los realizados sobre la demanda por género en Atención Especializada, en los que los números de hombres y mujeres que acuden son muy similares, pero si tenemos en cuenta que la gravedad de lo sucedido, así como los protocolos de actuación hicieron que se derivase prácticamente a todos los pacientes desde primaria, los resultados son similares a los obtenidos en los estudios, ya que no existía filtro alguno (en principio más rígido para las mujeres).

Las mujeres acudieron también a más citas que los hombres, 5,61 por 2,92 como motivo podemos pensar en las dificultades para acudir a las citas de los hombres, o a que fuesen más reacios a acudir por no querer dar una imagen de debilidad.

Hubo una demanda muy importante de la población extranjera, que representaba el 46,15% de los pacientes atendidos, cuando sólo son el 16,59% de la población general. Esta hiperrepresentación en la población demandante es más importante para la proveniente del este de Europa (22% en la muestra y 6,3% en la población de Alcalá) la latinoamericana (20% en la muestra y 4,5% en la población general), y subsahariana (1,9% en la muestra y 1,3% en la población general). Es casi imperceptible en la norteafricana (0,96% en la muestra y 0,68% en la población general). Por el contrario, otras poblaciones extranjeras como la asiática y la de ciudadanos de la Unión Europea, que representan a un 0,36% de la población general y 1,9% respectivamente, no encuentran representación en la muestra. Como posibles motivos para esta representación podemos encontrar el

contexto en el que se produjo el atentado (horario, día) y el que la población extranjera acudiese más por motivos no clínicos. Finalmente la alta presencia de ciudadanos latinoamericanos también lo podría explicar, dada la facilidad para acudir por el dominio del idioma. Lo que también explicaría que fuesen los españoles y los sudamericanos los que recibiesen más citas: 5,63 y 4,62 de media.

Respecto al estado civil, se ha confirmado la expectativa de que los que, por vivir solos, pueden tener más dificultades para realizar la validación provisional, consultan antes, para viudos (9,76 días) y solteros (10,79) pero no para separados/divorciados, que son los que más tardan en acudir (26,2 días), aunque por otro lado son los que reciben más citas (7 de media).

Respecto a la convivencia, los pacientes que antes acuden son los que viven con su familia de origen (9,93 días), seguido de los que viven con otras familias (10,23 días), y los que viven solos (10,44 días); los pacientes que más tardan en acudir son los que conviven con familia propia (14,32 días).

Respecto al número de citas que recibieron, los que menos citas recibieron son los que tenían convivencia con otras familias (2,33 citas de media), y los que tenían otro tipo de convivencia (2,91 citas).

El nivel de estudios supone un elemento que modifica la demanda que se realiza; así, los resultados muestran que a menor nivel de estudios, más tarda en solicitar la ayuda, siendo los pacientes sin estudios los que más tarde llegaron al CSM, 17 días, seguido de los que tenían EGB o equivalente, 13,9 días y los que tenían BUP o COU, 11,7 días y finalmente los licenciados, diplomados o doctores, 10,62 días.

Otra conclusión importante es que la mayoría de la muestra está compuesta por afectados directos, que habían estado en los trenes, 89 (85,5%), destacando la escasa muestra de afectados indirectos que se recibieron; entre las posibles razones ya hemos hablado de que estos pacientes recibiesen atención en la sanidad privada, o bien que fuesen los recursos dotados por el Ministerio de Interior los que se les ofertasen, esto estaría apoyado por el hecho de que ningún paciente fuese derivado desde el propio ministerio, o los recursos dependientes de él al CSM.

Finalmente analizando el lugar de derivación, la gran mayoría de los pacientes fueron derivados de Atención Primaria, que es donde acudieron la mayoría de los pacientes en primera instancia (73%). El resto de pacientes acudió o bien desde la urgencia psiquiátrica del hospital (éstos fueron los que antes acudieron, seguramente por cuestiones clínicas, 9,5 días de media, y los que más citas recibieron 7,88, también seguramente por cuestiones de gravedad clínica), o bien espontáneamente o desde Servicios Sociales u otros dispositivos (estos pacientes también recibieron de media un número importante de citas, 11,55 y 9,2 citas de media). Por último los pacientes que recibieron menos citas son los que habían acudido espontáneamente, 2,69 citas de media.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) GOLDBERG, D.; HUXLEY, P., *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*, Londres, Tavistock, 1980. (Trad. *Enfermedad mental en la comunidad*, Madrid, Nieva, 1990).
- (2) GOLDBERG, D.; HUXLEY, P., *Common Mental Disorders. A Bio-social Model*, Londres, Routledge, 1992.
- (3) WEISSMAN, M.; KLERGMAN, G., «Sex Differences and the Epidemiology of Depression», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1977, 34 (1), pp. 98-111.
- (4) *Estudio Epidemiológico del INE (2005)* (www.ine.es).
- (5) BROWN, G.; HARRIS, T., *Social Origins of the Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*, Londres, Tavistock, 1978.
- (6) MECHANIC, D., *Students Under Stress. A Study in the Social Psychology of Adaptation*, Nueva York, Free Press, 1962.

* Adolfo Benito Ruiz, psiquiatra Adjunto, CSM de Alcalá de Henares; Guillermo Lahera Forteza, psiquiatra Adjunto, CSM de Torrejón de Ardoz; Guillermo Benito Ruiz, psicólogo, Unidad del Dolor del Hospital Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares); Laila Oudda Santos, médico de Familia, CAP «El Balconcillo», Guadalajara; Alberto Fernández Liria, coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid.

Correspondencia: Adolfo Benito Ruiz. C/ de la Encina, portal 4D, piso 3C; 19200 Azuqueca de Henares (Guadalajara); taurocatapsia@yahoo.com

** Fecha de recepción: 11-X-2006.