



2007,13(2-3),269-281

SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y EMPATÍA EN POBLACIÓN NO DIRECTAMENTE AFECTADA TRAS LOS ATENTADOS TERRORISTAS DE MADRID DEL 11 DE MARZO DE 2004

Luis Moya-Albiol y Samuel Occhi

Universitat de València

Resumen: Los atentados del 11 de marzo de 2004 supusieron un gran impacto para la población española. El objetivo principal de este trabajo fue analizar sus efectos a los 3-4 meses de los mismos comparando entre las Comunidades Autónomas de Madrid y Valencia. Además, se analizó el efecto modulador del género. Los cuestionarios fueron administrados a una muestra de 100 personas que en el momento de los atentados se encontraban en las Comunidades Autónomas de Madrid (n=50) o Valenciana (n=50). Hubo mayor presencia de síntomas del trastorno de estrés posttraumático (TEPT) cuanto mayor era la proximidad al lugar de los hechos y en el caso de las mujeres. La empatía fue mayor en función de la proximidad y en las mujeres, y contribuye al desarrollo de la sintomatología del TEPT. Los impactos emocionales causados por acontecimientos como los atentados terroristas afectan a la salud psicológica de la población general, y no sólo a las personas directamente afectadas, siendo los efectos mayores cuanto más aumenta la cercanía al lugar de los hechos.

Palabras Clave: atentados terroristas, trastorno de estrés posttraumático, empatía.

Abstract: The March 11, 2004, terrorist attacks produced a hard impact on the Spanish population. The main aim of this study was to analyse their effects after 3-4 months of the attacks comparing people from the Madrid and the Valencian Autonomous Communities. Moreover, the effect of gender as a modulating factor has been analysed. For this purpose, data from 100 people who, at the moment of the attacks, were in Madrid (n=50) or Valencia (n=50) were obtained. Symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) were more frequent in people who were close to the directly affected sites by the terrorist attacks and in the case of women. Empathy was also higher depending on the proximity to the place of the attacks and in women; the former contributed to the development of PTSD symptoms. Emotional impact of different events, such as those produced in the case of terrorist attacks, has a negative effect on the general population's psychological health, not only on people directly affected. Closeness to the directly affected sites increases this effect.

Key words: terrorist attacks, posttraumatic stress disorder, empathy.

Title: *Symptomatology of Posttraumatic Stress Disorder and empathy in a non-directly affected population after the Madrid March 11 2004 terrorist attacks*

Introducción

El trastorno por estrés posttraumático (TEPT) se genera en personas que han vivido directa o indirectamente una situación altamente traumática y estresante. Una de

las situaciones que en el momento actual está desencadenando que haya un alto número de víctimas con este trastorno son los atentados terroristas, como los que tuvieron lugar en diversos puntos de Madrid el 11 de marzo de 2004 (11M). En Europa, apenas se ha estudiado las consecuencias traumáticas que pueden producirse tras los últimos atentados terroristas (Rosebaum, 2004), aunque es fundamental estudiar los

*Dirigir la correspondencia a Dr. Luis Moya-Albiol
Departamento de Psicobiología. Facultat de Psicologia
Universitat de València. Avenida Blasco Ibáñez, 21.
46010, Valencia.

E-mail: Luis.Moya@uv.es

© Copyright 2007: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

efectos psicológicos que son consecuencia de éstos, tanto en las personas directamente afectadas, como en la población en general.

El TEPT se caracteriza por tres aspectos nucleares que se repiten constantemente. En primer lugar, se reexperimenta intensamente la vivencia del evento traumático bajo la forma de imágenes y recuerdos constantes que aparecen involuntariamente, como en el caso de los "flash back" o las pesadillas nocturnas (Brockway, 1988). Estos recuerdos están acompañados por alteraciones fisiológicas como aumentos de la frecuencia cardíaca, la respiración y la sudoración. En segundo lugar, las víctimas tienden a evitar lugares o situaciones relacionadas con el hecho traumático, mostrando una respuesta de alarma exagerada y desproporcionada en relación con el estímulo, que se manifiesta con dificultad de concentración, irritabilidad, pesadillas y ataques de pánico nocturnos y otras alteraciones del sueño (Sheikh, Woodward y Leskin, 2003). Además de la sintomatología indicada, las personas con TEPT presentan un alto riesgo de suicidio, que aumenta en el caso de que el trastorno sea comórbido a la depresión (Tarrier y Gregg, 2004). Por último, se producen alteraciones cognitivas que afectan principalmente a alteraciones en la atención, en la memoria implícita y en la memoria declarativa (Hellowell y Brewin, 2004). En general, se estima que la prevalencia del TEPT en la población mundial oscila entre el 1 y el 14%, habiendo mayor vulnerabilidad en mujeres (APA, 1994), pero puede llegar a alcanzar cifras mucho más altas si se trata de personas implicadas directamente en la situación traumática (Frueh et al., 2004). Hay gran variabilidad en la gravedad de las consecuencias psicológicas producidas por el evento traumático, siendo las más intensas las derivadas de traumas que se llevan a cabo con la finalidad de hacer daño (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González-Ordi e Iruarrizaga, 2004). El seguimiento de las

personas afectadas así como una intervención inmediata y próxima a la crisis es fundamental en el proceso de recuperación de los afectados (Rey-Brugera y Hillers-Rodríguez, 2006).

Hasta los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en las Torres Gemelas de Nueva York (11S), apenas se disponía de información acerca de las reacciones psicológicas de la población general que había estado implicada en los acontecimientos traumáticos (Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006). En el caso de los atentados terroristas del 11S, se ha puesto de manifiesto que tras 5-8 semanas del atentado, el 7,5% de la población adulta de Manhattan presentaba síntomas típicos del TEPT, y el 9,7% tenía depresión. Estos porcentajes ascendían al 20 y 16,8% respectivamente cuando se analizaba las personas que habitaban cerca del World Trade Center (Galea et al., 2002). Al comparar entre ciudades se ha descrito una relación entre la sintomatología de TEPT y la cercanía de la residencia al lugar donde ocurrieron los atentados del 11S, ya que había un 11,2% de personas afectadas por TEPT entre los residentes de Nueva York, frente a un 4% en personas que vivían en otras zonas del país (Schlenger et al., 2002). Al estudiar los efectos en estudiantes universitarios también se ha observado una relación entre la proximidad física al lugar de los atentados y el diagnóstico de TEPT tras los atentados (Blanchard et al., 2004) o la sintomatología del TEPT un año después de éstos (Blanchard, Rowell, Kuhn, Rogers y Wittrock, 2005). Respecto a los atentados terroristas del 11M, el 43,53% de las personas directamente afectadas (víctimas, familiares y allegados) sufrieron ataque de pánico durante o poco tiempo después de los atentados, el 31,3% cumplieron los criterios de depresión mayor y el 35,9% los de TEPT, de los cuales el 28,2% era directamente atribuible a los atentados (Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel y González-Ordi,

2004). En lo que concierne a la población general, las cifras son considerablemente menores, con sólo un 2,3% de TEPT (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González-Orid e Iruarrizaga, 2004; Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Orid y Galea, 2004), si bien se ha descrito que el 47% de los habitantes de Madrid mostraron síntomas significativos de estrés agudo, incluyendo, entre otros, confusión, pesadillas, evitación de lugares o situaciones que recordasen el evento traumático y nerviosismo (Muñoz, Crespo, Pérez-Santos y Vázquez, 2004). Por otra parte, no se ha observado diferencias significativas entre los sujetos que residían en un radio de un kilómetro de las zonas afectadas y aquellos cuya residencia estaba ubicada en otros distritos urbanos de Madrid, aunque las diferencias casi llegan a alcanzar la significación estadística en el caso de las mujeres (Cano-Vindel et al., 2004). En un estudio reciente se ha indicado que la magnitud de las reacciones postraumáticas dependen de varios factores de riesgo como vivir cerca de los lugares atacados, la proximidad física a los ataques cuando ocurrieron, la percepción de amenaza para la propia vida, la intensidad de las reacciones emocionales iniciales, y el hecho de ser un usuario diario de las líneas de trenes atacadas (Vázquez et al., 2006). Por todo ello, la proximidad al lugar de los atentados es una variable a tener en cuenta a la hora de analizar los efectos de estos acontecimientos sobre la población general. Sin embargo, no se conocen, hasta el momento, estudios que hayan comparado la presencia de síntomas del TEPT relacionados con el 11M en la población madrileña y otras poblaciones españolas.

Otra variable a tener en cuenta a la hora de analizar las consecuencias sobre la población es el género de las personas analizadas, ya que las mujeres pueden llegar a duplicar la probabilidad de desarrollar TEPT o depresión tras un atentado terroris-

ta (Galea et al., 2002). En relación a los ataques del 11M se ha indicado que las mujeres mostraron más dificultades en sus actividades diarias que los hombres (Vázquez et al., 2006). Además, tras el primer año de los atentados del 11S se produjo un incremento del 19,99% en el número de consultas médicas de salud mental, estando un 12,88% de las visitas relacionadas con los atentados terroristas (Boscarino et al., 2004). Por otra parte, la respuesta ciudadana de apoyo y ayuda a las víctimas ante la situación acaecida fue muy positiva, tanto por parte de psicólogos, personal sanitario, policías, bomberos y otros profesionales como por parte de la población general. A grandes rasgos, se produjo una alta empatía y un gran sentimiento de solidaridad, acompañado incluso, en algunos casos, de un comportamiento altruista de ayuda hacia las víctimas.

El objetivo principal de este estudio es verificar si los atentados de Madrid produjeron sintomatología del TEPT en la población general, aunque ésta no alcanzase la frecuencia e intensidad propias del trastorno, considerando la proximidad al lugar de los atentados y el género como variables moduladoras de la misma. Para ello, hemos comparado esta sintomatología entre personas que se encontraban en la Comunidad de Madrid y personas que se encontraban en la Comunidad Valenciana. Además, se ha analizado el papel de la empatía en la muestra estudiada, así como su relación con la sintomatología del TEPT. De acuerdo con estos objetivos, hipotetizamos que, como consecuencia de los atentados se habría producido un incremento de la sintomatología del TEPT, que sería mayor cuanto más próximas al lugar de los hechos se encontrasen las personas evaluadas, y en el caso de las mujeres. Además, esperábamos encontrar un alto nivel empático en la población en general, mayor en el caso de las mujeres, y una relación entre esta variable y la sintomatología del TEPT.

Método

Participantes

La muestra final de este estudio está formada por 100 personas, 50 hombres y 50 mujeres. Para cada género, 30 sujetos se encontraban en la franja de edad entre 18 y 35 años, 10 sujetos en la de entre 36 y 50 años, y 10 sujetos en la de entre 51 y 65 años. En cuanto al nivel de estudios, el 48% de la muestra tenía estudios universitarios, el 3% otros estudios superiores no universitarios, el 28% escuela secundaria, el 19% estudios primarios y el 2% no tenía estudio alguno. La mitad de la muestra se encontraba en la Comunidad de Madrid en el momento en que ocurrieron los atentados, y la otra mitad en la Comunidad Valenciana. Ninguno de los participantes conocía a alguna víctima o persona directamente implicada en los atentados.

Instrumentos y Procedimiento

El cuestionario, elaborado por nosotros, fue suministrado durante los meses de junio y julio de 2004, aproximadamente tras 3-4 meses de los atentados, en la Comunidad Autónoma de Madrid y en la Comunidad Valenciana. Los cuestionarios fueron recopilados directamente, para lo que se realizó una reunión informativa en la Facultat de Psicologia de la Universitat de València, a la que asistieron un grupo de estudiantes que accedieron voluntariamente a ayudar en la distribución y evaluación de los mismos. En general, todos los sujetos a los que solicitamos que los cumplimentasen aceptaron sin vacilación y con un alto interés por el tema del que se trataba. Se garantizó la confidencialidad absoluta de los datos obtenidos. Se incluyeron algunas preguntas relativas a datos demográficos como la edad, el género, el nivel de estudios o la profesión. En la primera parte del cuestionario incluimos algunos ítems relacionados con información general sobre el atentado, entre los que se encuentran cómo los sujetos tuvieron conocimiento

de la matanza, el lugar en el que se encontraban y cuál era la intensidad del recuerdo. Para analizar los resultados se seleccionaron los cuestionarios de aquellos sujetos que en el momento de los atentados se encontraban en las comunidades autónomas de Madrid o Valenciana y que tenían entre 18 y 65 años, realizando un reparto equitativo de hombres y mujeres en cada uno de los grupos. No se incluyeron aquellos cuestionarios que no fueron cumplimentados correctamente, ni aquellos pertenecientes a personas que podrían haber sufrido estrés posttraumático o algún otro trastorno de ansiedad en el pasado. Tampoco se incluyeron los cuestionarios de aquellas personas que conocían a alguien que había estado directamente implicado en los atentados terroristas. El porcentaje de rechazos de cuestionarios debido a alguno de estos motivos fue del 10%.

Con el fin de evaluar los síntomas del TEPT, se incluyó una escala elaborada por nosotros (Figura 1) tomando como referencia los criterios diagnósticos del DSM-IV y formada por 27 ítems que oscilan en una escala Likert de 1 hasta 4. Se indicaba a los sujetos que señalasen en qué medida habían manifestado cada uno de los síntomas indicados. A partir de los ítems se ha obtenido 4 factores que son Reexperimentación (agruparía los flashbacks, pesadillas, sentimientos y sensaciones asociadas por el sujeto a la situación traumática que se experimentarían de forma reiterada), Evitación (agruparía las reacciones de intensa evitación, huida o rechazo del sujeto a situaciones, lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones relacionados con el evento traumático), Hiper-vigilancia (agruparía la sintomatología caracterizada por un incremento de la activación, que cursaría con trastornos del sueño, problemas de concentración y aumento de la vigilancia, junto a una mayor irritabilidad, impulsividad y agresividad) y Embotamiento (sintomatología que agruparía un estado psicológico caracterizado por pérdida de interés por las cosas, bloqueo emocional

Figura 1. Cuestionario de sintomatología del TEPT adaptado al 11M

Las siguientes preguntas hacen referencia a posibles cambios producidos como consecuencia del 11M. Indica en qué grado has notado alguno de los siguientes síntomas (desde nada hasta mucho) en el momento actual:

1= nada 2= un poco 3=bastante 4=mucho

1. Pienso a menudo en el 11M	1	2	3	4
2. Tengo pesadillas o sueños relacionados con el 11M	1	2	3	4
3. Siento que los atentados se están repitiendo otra vez	1	2	3	4
4. Esta sensación me viene a menudo sin que me de cuenta	1	2	3	4
5. Me comporto como si los atentados se estuviesen repitiendo	1	2	3	4
6. Siento angustia e inquietud intensa cuando me expongo a cualquier cosa que me recuerda el 11M	1	2	3	4
7. Me agito y noto cambios fisiológicos (más pulsaciones, sudoración...) cuando recuerdo lo que ha ocurrido	1	2	3	4
8. Evito las ideas, sentimientos o incluso las conversaciones relacionadas con el 11M	1	2	3	4
9. Evito personas que de una forma u otra me recuerdan al 11M	1	2	3	4
10. Evito las actividades que me recuerdan al 11M	1	2	3	4
11. Recuerdo con precisión todos los detalles del 11M	1	2	3	4
12. Tengo el mismo interés que tenía antes del atentado por las actividades de la vida cotidiana	1	2	3	4
13. Me siento alejado, desapegado o extraño ante otras personas	1	2	3	4
14. Soy incapaz de expresar lo que siento	1	2	3	4
15. Siento que no estoy preparado para el futuro y que tengo un escaso porvenir	1	2	3	4
16. Tengo alteraciones del sueño	1	2	3	4
17. Tengo un sentimiento general de malestar	1	2	3	4
18. Padezco ataques de rabia repentinos	1	2	3	4
19. Tengo dificultades para concentrarme	1	2	3	4
20. Evito lugares llenos de gente	1	2	3	4
21. Siento ataques de ansiedad que no puedo prevenir	1	2	3	4
22. Me siento exageradamente expuesto a las alarmas	1	2	3	4
23. Me siento exageradamente alerta ante las situaciones que podrían comprometer mi vida	1	2	3	4
24. Siento impotencia por lo ocurrido	1	2	3	4
25. No siento nada	1	2	3	4
26. Siento que lo que ha pasado es irreal	1	2	3	4
27. Me siento como si estuviese separado de mi cuerpo	1	2	3	4

y aislamiento social). Los ítems han sido agrupados en cuatro factores, ya que se ha separado embotamiento y evitación. Aunque la APA agrupa estos dos últimos factores en uno solo, se ha hecho así con la finalidad de obtener información más específica sobre las consecuencias de los atentados terroristas del 11-M. Se ha decidido tomar el criterio especificado tras analizar los diferentes estu-

dios realizados sobre la estructura factorial del TEPT (King, King, Fairbank, Keane y Adams, 1998). Por último, la parte final consta de un cuestionario para evaluar la empatía, basado en la adaptación española (Mestre, Frías y Samper, 2004) del Índice de Reactividad Personal (IRI) (Davis, 1980; 1983) y adaptado a los atentados del 11M (Figura 2). Consta de 28 ítems distri-

buidos en cuatro subescalas que miden cuatro dimensiones del concepto global de empatía: Toma de perspectiva, Fantasía, Preocupación empática y Malestar personal, con siete ítems cada una de ellas. Permite evaluar tanto el aspecto cognitivo como la reacción emocional del individuo al adoptar una actitud empática. Las subescalas toma de perspectiva y fantasía evalúan los procesos más cognitivos: la puntuación en toma de perspectiva indica los intentos espontáneos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones reales de la vida cotidiana, es decir, la habilidad para comprender el punto de vista de la otra persona, mientras que la subescala de fantasía evalúa la tendencia a identificarse con personajes del cine y de la literatura, es decir, la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias. Las subescalas de Preocupación empática y Distrés o malestar personal miden las reacciones emocionales de las personas ante las experiencias negativas de los otros. En la primera se miden los sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros (se trata de sentimientos "orientados al otro"), mientras que en la segunda se evalúan los sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás (se trata de sentimientos "orientados al yo") (Davis, 1983; Mestre, Pérez-Delgado, Frías y Samper, 1999). El formato de respuesta es de tipo Likert con cinco opciones de respuesta (de 1 a 5), según el grado en que dicha afirmación le describa. Los coeficientes de fiabilidad para las distintas subescalas son de 0.56 para toma de perspectiva, 0.70 para fantasía, 0.65 para preocupación empática y 0.64 para malestar personal. La validez del instrumento ha sido constatada por las correlaciones obtenidas fundamentalmente entre las diferentes subescalas y la conducta prosocial por una parte, y con el razonamiento internalizado por otra (Mestre et al., 1999). Las diferencias de género

en las cuatro subescalas constatan una mayor disposición empática en la mujer, tal y como se ha constatado en los resultados del autor de la misma (Davis, 1983) y en otros estudios llevados a cabo para establecer las diferencias (Eisenberg y Lennon, 1983; Carlo, Raffaelli, Laible y Meyer, 1999).

Análisis estadísticos

Se han realizado ANOVAs para los distintos factores del cuestionario sintomático del TEPT así como para los factores de empatía, con dos factores entre-sujetos: "lugar" (Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana) y "género" (hombres y mujeres). Con el fin de analizar las subescalas del cuestionario de empatía que podrían ser predictoras de la aparición de sintomatología de estrés postraumático se llevaron a cabo modelos lineales de regresión con seis variables predictoras (proximidad al lugar de los atentados, género, toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y malestar personal) para cada uno de los factores del cuestionario de TEPT. Todos los análisis fueron realizados con el paquete estadístico SPSS 14.0 para Windows. Se consideró significación estadística a partir de $p < 0.05$.

Resultados

Cuestionario de síntomas del TEPT

Las puntuaciones directas (Media+SD) de los factores del cuestionario de evaluación de sintomatología del TEPT a los 3-4 meses tras los atentados para cada los participantes de ambas comunidades autónomas en función del género se presentan de forma resumida en la Tabla 1.

El efecto del "lugar" es estadísticamente significativo en todos los casos, de forma que la sintomatología del TEPT es mayor en la población de la Comunidad de Madrid que en la que se encontraba en la Comunidad Valenciana en el momento de

Figura 2. Interpersonal Reactivity Index (IRI) adaptado al 11M

Las siguientes frases se refieren a vuestros pensamientos y sentimientos en diferentes situaciones relacionadas con los atentados de Madrid (11M). Indica cómo te describe eligiendo de 1 a 5 (1= no me describe bien; 2= me describe un poco; 3= bastante bien; 4= bien y 5= me describe muy bien). Lee cada frase cuidadosamente antes de responder.

1. Sueño, bastante a menudo, acerca de las cosas que me podrían suceder en un atentado como el del 11M	1	2	3	4	5
2. Me preocupa y conmueve la gente afectada directamente por el 11M (víctimas, heridos y familiares)	1	2	3	4	5
3. Encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de familiares y víctimas del 11M	1	2	3	4	5
4. No me preocupan los problemas que los demás puedan tener como consecuencia del 11M	1	2	3	4	5
5. Me identifico con las personas más afectadas por el 11M	1	2	3	4	5
6. En situaciones de riesgo como un atentado terrorista, me siento miedo e incómodo	1	2	3	4	5
7. No me implicó con los familiares y víctimas del 11M	1	2	3	4	5
8. Cuando debo decidirme sobre mi posición frente a lo ocurrido en el 11M, escucho opiniones diferentes	1	2	3	4	5
9. Tiendo a proteger, si se da el caso, a los más castigados por la matanza	1	2	3	4	5
10. Me siento indefenso ante lo que ocurrió en los atentados de Madrid	1	2	3	4	5
11. Intento comprender mejor a las personas directamente afectadas por los atentados imaginándome como ven ellos las cosas (poniéndome en su lugar)	1	2	3	4	5
12. Me es difícil "meterme" en los acontecimientos que ocurrieron el 11M	1	2	3	4	5
13. Cuando veo a alguien herido o afectado por la tragedia, no me pongo nervioso	1	2	3	4	5
14. Las desgracias de las víctimas y familiares del 11M no me molestan mucho	1	2	3	4	5
15. Si estoy seguro que tengo la razón en algo, no pierdo tiempo escuchando los argumentos de otras personas respecto a lo que ha podido pasar en los atentados	1	2	3	4	5
16. Después de ver los atentados en los medios de comunicación, me he sentido como si fuera una de las víctimas y/o familiares	1	2	3	4	5
17. Cuando estoy en una situación emocionalmente tensa como la de los atentados de Madrid, me asusto	1	2	3	4	5
18. Cuando veo injusticias como las que sufrieron las víctimas y familiares de los atentados de Madrid, no siento ninguna compasión por ellos	1	2	3	4	5
19. Normalmente soy bastante eficaz en situaciones difíciles como pueden ser los atentados terroristas	1	2	3	4	5
20. Me altero por las cosas que veo que ocurrieron alrededor de los atentados de Madrid	1	2	3	4	5
21. Pienso que hay dos partes para entender lo que ocurrió en el 11M e intento tener en cuenta ambas	1	2	3	4	5
22. Me describiría como una persona bastante sensible a lo que ocurrió el 11M	1	2	3	4	5
23. Cuando veo imágenes de los atentados de Madrid, puedo muy fácilmente situarme en el lugar de las víctimas y/o familiares	1	2	3	4	5
24. Tiendo a perder el control ante situaciones difíciles, como es el caso de un atentado terrorista	1	2	3	4	5
25. Cuando estoy disgustado con las personas que llevaron a cabo los atentados del 11M, intento ponerme en su lugar por un momento	1	2	3	4	5
26. Cuando estoy leyendo o viendo por TV alguna historia relacionada con lo sucedido en Madrid, imagino como me sentiría si los acontecimientos de la historia me sucedieran a mi	1	2	3	4	5
27. Cuando veo a alguien que necesita urgentemente ayuda en una emergencia, como las víctimas y familiares del 11M, me derrumbo con facilidad	1	2	3	4	5
28. Antes de criticar a personas implicadas en el 11M, intento imaginar como me sentiría si estuviera en su lugar	1	2	3	4	5

los atentados. En este sentido, hay un efecto significativo del “lugar” para la Reexperimentación ($F(1,99)=25.43$, $p<0.001$), la Evitación ($F(1,99)=22.70$, $p<0.001$), la Hipervigilancia ($F(1,99)=19.26$, $p<0.001$) y el Embotamiento ($F(1,99)=19.06$, $p<0.001$).

En cuanto al “género”, hay un efecto significativo para el factor Reexperimentación ($F(1,99)=8.35$, $p<0.005$) y una tendencia a la significación para el factor Hipervigilancia ($F(1,99)=3.25$, $p<0.07$), de forma que dicha sintomatología es mayor en mujeres que en hombres.

No hay efectos significativos para la interacción “lugar x género”, aunque hay una tendencia a la significación para el factor Reexperimentación ($F(1,99)=3.28$, $p<0.07$). En este último caso, los estadísticos de tendencia central ponen de manifiesto que son las mujeres pertenecientes a la Comunidad de Madrid las que presentan mayores puntuaciones, seguidas por los hombres de esta comunidad, a continuación por las mujeres de la Comunidad Valenciana y por último por los hombres de la misma.

Empatía

Las puntuaciones (Media+SD) para las diferentes subescalas de empatía para cada una de las comunidades autónomas y para cada género se presentan en la Tabla 2.

El factor “lugar” resultó estadísticamente significativo para los factores fantasía, preocupación empática y malestar personal ($F(1,99)=15.53$, $p<0.001$; $F(1,99)=6.03$, $p<0.01$ y $F(1,99)=10.94$, $p<0.001$, respectivamente). Las puntuaciones son mayores en todos los casos en las personas que se encontraban en la Comunidad de Madrid respecto a la Comunidad Valenciana.

Respecto al “género”, las mujeres mostraron mayores puntuaciones en los factores de fantasía, preocupación empática y malestar personal ($F(1,99)=4.30$, $p<0.05$; $F(1,99)=10.46$, $p<0.01$ y $F(1,99)=8.95$, $p<0.01$, respectivamente).

No hubo efectos significativos de la interacción “lugar x género” en ningún caso.

Modelos de regresión

El modelo de regresión que incluye las

Tabla 1. Puntuaciones en los factores del cuestionario de evaluación del TEPT en función del lugar y del género (Media±SD)

	Comunidad de Madrid			Comunidad Valenciana		
	Hombres (n=25)	Mujeres (n=25)	Total (n=50)	Hombres (n=25)	Mujeres (n=25)	Total (n=50)
Reexperimentación	1.35 (0.38)	1.67 (0.49)	1.51 (0.46)	1.12 (0.21)	1.20 (0.22)	1.16 (0.21)
Evitación	1.42 (0.61)	1.66 (0.53)	1.54 (0.58)	1.08 (0.27)	1.14 (0.31)	1.11 (0.29)
Hipervigilancia	1.29 (0.34)	1.47 (1.12)	1.38 (0.40)	1.09 (0.21)	1.12 (0.17)	1.11 (0.19)
Embotamiento	1.57 (0.24)	1.60 (0.30)	1.58 (0.27)	1.32 (0.35)	1.31 (0.31)	1.32 (0.33)

Tabla 2. Puntuaciones en las subescalas del cuestionario de empatía (IRI) en función del lugar y del género (Media±SD)

	Comunidad de Madrid			Comunidad Valenciana		
	Hombres (n=25)	Mujeres (n=25)	Total (n=50)	Hombres (n=25)	Mujeres (n=25)	Total (n=50)
Toma de perspectiva	3.02 (0.56)	3.03 (0.58)	3.02 (0.57)	3.20 (0.54)	3.17 (0.73)	3.18 (0.63)
Fantasia	3.23 (0.61)	3.55 (0.44)	3.39 (0.55)	2.89 (0.57)	3.02 (0.57)	2.96 (0.57)
Preocupación empática	3.93 (0.45)	4.25 (0.38)	4.09 (0.44)	3.71 (0.61)	4.00 (0.43)	3.86 (0.54)
Malestar personal	3.13 (0.64)	3.66 (0.66)	3.39 (0.69)	2.74 (0.77)	3.08 (0.82)	2.91 (0.80)

subescalas del cuestionario IRI, el género y la proximidad al lugar de los atentados como variables predictoras ha resultado estadísticamente significativo para cada uno de los factores del cuestionario de evaluación de TEPT.

En el caso de la Reexperimentación, el modelo predijo un 24,5% de la varianza explicada, habiendo tenido una contribución significativa al modelo las variables género ($b=0.20$; $p<0.05$) y proximidad al lugar de los atentados ($b=-0.41$, $p<0.05$). Para la Evitación, la varianza explicada por el modelo fue el 22,8%, habiendo una contribución significativa de la proximidad al lugar de los atentados ($b=-0.32$, $p<0.01$) y una tendencia a la significación para la subescala del IRI de malestar personal ($b=0.21$; $p<0.06$). Respecto al Embotamiento Afectivo, el modelo predijo el 19,5% de la varianza explicada, siendo las contribuciones significativas en este caso de la proximidad al lugar de los atentados ($b=-0.409$; $p<0.01$) y de la subescala de preocupación empática ($b=-0.24$; $p<0.05$). Además hay una tendencia a la signifi-

cación para la contribución de la subescala de malestar personal ($b=0.21$; $p<0.06$). Por último, la varianza explicada por el modelo propuesto para la Hipervigilancia fue del 17,6%, contribuyendo a explicar el modelo la proximidad al lugar de los atentados ($b=-0.36$, $p<0.01$) y la subescala de malestar personal ($b=0.24$; $p<0.05$).

Discusión

Los resultados de este estudio indican que a los 3-4 meses de los atentados del 11M se produjo una ligera presencia de la sintomatología del TEPT, a pesar de que la muestra no hubiese estado directamente implicada en los atentados. Los síntomas se dieron con mayor frecuencia e intensidad cuanto mayor era la proximidad al lugar de los hechos y en general en el caso de las mujeres. La respuesta empática fue mayor cuanto mayor era la proximidad al lugar de los atentados y, en todos los casos, en las mujeres. Una mayor actitud empática se asocia a una mayor presencia de la sintomatología del TEPT. Todos estos resulta-

dos, así como las conclusiones que se puedan extraer de este estudio hay que considerarlas como orientativas, ya que se trata de una muestra de conveniencia de reducido tamaño. Sin embargo, el momento en el que se tuvo acceso a los datos así como las consecuencias que los atentados terroristas del 11M tuvieron para la sociedad española dotan de gran valor a esta aproximación empírica a un tema de estudio caracterizado por una gran relevancia social.

Se ha indicado que para todos los factores del TEPT evaluados (Reexperimentación, Evitación, Hipervigilancia y Embotamiento Afectivo), hubo mayor presencia e intensidad de los síntomas cuanto mayor era la proximidad al lugar en el que ocurrieron los atentados. En este sentido, fue mayor en las personas que encontraban en la Comunidad de Madrid que las estaban en la Comunidad Valenciana. Estos resultados se encuentran en consonancia con otros realizados tras los atentados del 11S, que compararon entre distintas zonas de la ciudad de Nueva York (Galea et al., 2002) o entre distintas ciudades de USA (Schlenger et al., 2002). En el caso de los atentados del 11M, se ha descrito la falta de diferencias significativas en TEPT entre la población residente en un radio de un kilómetro de las zonas afectadas y la población de otros lugares de Madrid (Cano-Vindel et al., 2004). Al comparar por géneros hemos obtenido una mayor predisposición al TEPT en el caso de las mujeres, tal y como se ha puesto de manifiesto en otros estudios (Galea et al., 2002; Vázquez et al., 2006). Sin embargo, las diferencias no son significativas para todos los factores evaluados, ya que la sintomatología fue mayor y más intensa en el caso de la Reexperimentación y de la Hipervigilancia de las mujeres al ser comparadas con los hombres. El análisis cuantitativo de las puntuaciones de los cuestionarios pone de manifiesto que no superan los puntos de corte que podrían indicar la existencia de pro-

blemas, por lo que estamos aludiendo a diferencias significativas que hacen referencia a puntuaciones de baja intensidad. Sin embargo, tal y como se ha señalado, se ha analizado población que no estuvo directamente afectada por los atentados terroristas del 11M, por lo que tanto las puntuaciones directas como los resultados de los análisis obtenidos tras las comparaciones entre grupos podrían ser considerados como significativos en este contexto.

Por otro lado, casi la totalidad de la muestra tuvo una gran respuesta empática medida a través de la capacidad de ponerse en el lugar de las víctimas y de sus familiares. No se encontraron diferencias significativas en función de la proximidad al lugar de los atentados ni del género en la capacidad de adoptar la perspectiva del otro comprendiendo su punto de vista. Sin embargo, la capacidad imaginativa de los sujetos de ponerse en situaciones ficticias, los sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar del otro, así como los sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás fue mayor en la Comunidad de Madrid que en la valenciana y en el caso de las mujeres al comparar por géneros. De todos los factores que componen el cuestionario de empatía, ha sido la preocupación empática el que ha obtenido las puntuaciones más altas. Además, las puntuaciones directas son altas en todos los casos, por lo que las diferencias entre grupos hacen referencia a puntuaciones de alta intensidad. Por todo ello, hay que resaltar que aunque se produjo una fuerte reacción empática en la población en general, la respuesta fue más intensa en las personas próximas al lugar de los atentados y, al comparar entre géneros, en el caso de las mujeres. Estos resultados irían en la línea de las teorías actuales que establecen que en general las mujeres adoptan estrategias más cooperativas para la resolución de conflictos y de que tienen una mayor capa-

cidad de empatizar. Una posible explicación en la que se fundamenta esta teoría es en el papel de las diferencias de género que se producen a nivel prenatal, momento en el que tiene lugar la diferenciación sexual del cerebro por acción de las hormonas gonadales. Así, se ha descrito una relación inversa entre los niveles de testosterona en el feto y el nivel de empatía observado hasta los cuatro años de edad (Knickmeyer, Baron-Cohen, Haggatt, Taylor y Hackett, 2006). Además, recientemente se ha sugerido que la administración de testosterona a mujeres podría reducir su conducta empática (Hermans, Putman y van Honk, 2006). Por otra parte, una variable que puede mediar en la aparición de respuestas empáticas y que tendría que ser tenida en cuenta en futuros estudios es la atmósfera emocional, ya que un clima emocional positivo en que se controlan las emociones personales ha sido asociado a menor número de conductas de evitación y a mayor de conductas altruistas, junto a una participación más alta en manifestaciones o concentraciones relacionadas con los atentados del 11M (Conejero, de Rivera, Páez-Rovira y Jiménez, 2004).

Por otra parte, hay que señalar que la proximidad al lugar de los atentados, junto al género y la empatía explican un moderado porcentaje de la varianza para cada uno de los factores del TEPT, ya que los valores oscilan entre el 17,6 y el 24,5% en función de cada caso. Sin embargo, todos los modelos analizados son significativos, lo que pone de manifiesto la importancia de la proximidad al lugar de los atentados, del género y de los constructos analizados por las distintas subescalas que conforman el IRI en el desarrollo de la sintomatología del TEPT. De todas las variables predictoras, la única que ha mostrado contribuir significativamente a la varianza explicada por el modelo en la totalidad de los casos ha sido la proximidad al lugar de los atentados. Sin embargo, el género ha resultado

significativo únicamente en el caso de la reexperimentación. En cuanto a la empatía, la subescala de malestar personal, que evalúa el malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás, es la que ha contribuido significativamente en casi todos los casos (a excepción de la reexperimentación), mientras que los sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar del otro explican en parte la aparición de síntomas relacionados con el Embotamiento Afectivo. No hay contribuciones significativas para las subescalas de toma de perspectiva y fantasía, pero a grandes rasgos, se podría argumentar que las personas con alta empatía tendrían mayor predisposición a desarrollar sintomatología de estrés agudo o TEPT por sucesos que ocurriesen a otros que las personas con baja empatía.

En resumen, los impactos emocionales causados por acontecimientos como los atentados terroristas del 11M tienen consecuencias importantes para la salud psicológica de la población general, y no sólo para la de las personas afectadas, siendo los efectos de mayor trascendencia cuanto más aumenta la cercanía al lugar de los hechos. De este modo, algunas variables entre las que se encuentran la proximidad al lugar de los atentados y el género modulan tanto la presencia de la sintomatología relacionada con el TEPT como la respuesta empática ante los acontecimientos. Aunque este estudio no cuenta con una muestra de gran tamaño y no ha sido realizado en personas directamente afectadas por los sucesos traumáticos, ofrece datos acerca de la reacción general que se produce ante un suceso de semejante alcance. Además, pone de manifiesto la necesidad de ofrecer más información sobre las posibles consecuencias de estos sucesos y el desarrollo de enfermedades, así como de la existencia de un tratamiento psicológico y farmacológico para las mismas. Sería además interesante, llevar a cabo estudios experimentales que

ofreciesen información sobre otros marcadores psicofisiológicos que podrían verse afectados, tales como la respuesta cardiovascular y electrotérmica, el cortisol o el sistema inmunológico. Todo ello con el fin de ofrecer una visión global de las consecuencias tanto psicológicas como fisiológicas

de los acontecimientos traumáticos como los atentados terroristas en la población que no se ha visto directamente afectada por los mismos.

Artículo recibido: 21-6-2007
aceptado: 4-12-2007

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (IV. Ed.). Washington, DC: Author.
- Blanchard, E.B., Kuhn, E., Rowell, D.L., Hickling, E.J., Wittrock, D., Rogers, R.L., Johnson, M.R. y Steckler, D.C. (2004). Study of the vicarious traumatization of college students by the September 11th attacks: effects of proximity, exposure and connectedness. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (2), 191-205.
- Blanchard, E.B., Rowell, D.L., Kuhn, E., Rogers, R.L. y Wittrock, D. (2005). Posttraumatic stress and depressive symptoms in a college population one year after the September 11 attacks: the effect of proximity. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (1), 143-150.
- Boscarino, J.A., Galea, S., Adams, R.E., Ahern, J., Resnick, H. y Vlahov, D. (2004). Mental health service and medication use in New York City after the September 11, 2001, terrorist attack. *Psychiatric Services*, 55 (3), 274-283.
- Boscarino, J.A., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H. y Vlahov, D. (2003). Psychiatric medication use among Manhattan residents following the World Trade Center disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (3), 301-306.
- Brockway, S. (1988). Flashback as a post-traumatic stress disorder (PTSD) symptom in a World War II veteran. *Military Medicine*, 153, 372-373.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J.J., González-Ordí, H. e Iruarrizaga, I. (2004). Los atentados terroristas del 11M en Madrid: la proximidad de la residencia a las áreas afectadas. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 181-194.
- Carlo, G., Raffaelli, M., Laible, D.J., y Meyer, K.A. (1999). Why are Girls Less Physically Aggressive than Boys? Personality and Parenting Mediators of Physical Aggression. *Sex Roles* 40 (9-10), 711-729.
- Conejero, S., de Rivera, J. y Páez-Rovira, D. & Jiménez, A. (2004). Alteración afectiva personal, atmósfera emocional y clima emocional tras los atentados del 11 de marzo. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 299-312.
- Davis, M.H. (1980). A multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, M.H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 113-126.
- Eisenberg, N. y Lennon, R. (1983). Sex Differences in Empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, 94 (1), 100-131.
- Frueh, B.C., Buckley, T.C., Cusack, K.J., Kimble, M.O., Grubaugh, A.L., Turner, S.M. y Keane, T.M. (2004). Cognitive behavioral treatment for PTSD among people with severe mental illness: a proposed treatment model. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 26-38.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. y Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*, 346 (13), 982-987.
- Hellawell, S.J. y Brewin, C.R. (2004). A comparison of flashbacks and ordinary autobiographical memories of trauma: content and language. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1-12.
- Hermans, E.J., Putman, P. y van Honk, J. (2006). Testosterone administration reduces empathetic behavior: a facial mimicry study. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 859-866.
- Rey-Bruguera, M. & Hillers-Rodríguez, R. (2006). Las víctimas del 11M: estudio de seguimiento desde el dispositivo de atención psicológica del SUMMA 112. *Ansiedad y Estrés*, 12 (1), 75-87.
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., González-Ordí, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 195-206.
- King, L., King, D., Fairbank, J., Keane, T. & Adams, G. (1998). Resilience-recovery factors in Post-traumatic stress disorder among female and male vietnam veterans: hardiness, postwar so-

- cial support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (2), 420-434.
- Knickmeyer, R., Baron-Cohen, S., Raggatt, P., Taylor, K., y Hackett, G. (2006). Fetal testosterone and empathy. *Hormones and Behavior*, 49, 282-292.
- McCarter, L. y Goldman, W. (2002). Use of psychotropics in two employee groups directly affected by the events of September 11. *Psychiatric Services*, 53, 1366-1368.
- Mestre, V., Frías, D. y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16 (2), 255-260.
- Mestre, V., Pérez Delgado, E., Frías, D. y Samper, P. (1999). Instrumentos de evaluación de la empatía. En E. Pérez Delgado, V. Mestre (Eds.), *Psicología moral y crecimiento personal*, pp.181-190. Barcelona: Ariel.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González-Ordí, H. y Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10, 163-179.
- Muñoz, M., Crespo, M., Pérez-Santos, E. y Vázquez, J.J. (2004). Presencia de síntomas de estrés agudo en la población general de Madrid en la segunda semana tras el atentado terrorista del 11 de marzo de 2004. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 147-161.
- Rosenbaum, L. (2004). Post-traumatic stress disorder: The chameleon of psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 343-348.
- Schlenger, W.E., Caddell, J.M., Ebert, L., Jordan, B.K., Rourke, K.M., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J.M., Fairbank, J.A. y Kulka, R.A. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of American's Reactions to September 11. *The Journal of the American Medical Association*, 288 (5), 581-588.
- Sheikh, J.I., Woodward, S.H. y Leskin, G.A. (2003). Sleep in post-traumatic stress disorder and panic: Convergence and divergence. *Depression and Anxiety*, 18, 187-197.
- Tarrier, N. y Gregg, L. (2004). Suicide risk in civilian PTSD patients--predictors of suicidal ideation, planning and attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 655-661.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P. y Matt, G. (2006). 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*, 9 (1), 61-74.