

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Factores cognitivos de vulnerabilidad al estrés
postraumático en víctimas de atentados terroristas:
Las actitudes disfuncionales depresivas**

MEMORIA PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA
PRESENTADA POR
Rocío Fausor de Castro

DIRECTORES

Dra. María Paz García-Vera
Dr. Jesús Sanz Fernández

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Factores cognitivos de vulnerabilidad al estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas: Las actitudes disfuncionales depresivas

MEMORIA PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Rocío Fausor de Castro

Directores:

Dra. María Paz García-Vera

Dr. Jesús Sanz Fernández

Madrid, 2021

Agradecimientos

Este trabajo de investigación ha sido posible en parte gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación, a través de la ayuda al proyecto de investigación con referencia PSI2011-26450, del Ministerio de Economía e Innovación, a través de la ayuda al proyecto de investigación con referencia PSI2014- 56531-P, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, a través de la ayuda al proyecto de investigación con referencia PGC2018-098387-B-I00, y al convenio de colaboración entre la UCM y la AVT, a través de la financiación recibida de varios organismos como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Ministerio del Interior y diferentes organismos autonómicos y locales.

El proyecto de tesis supone un recorrido de retos continuos, desde que encuentras tu pregunta de investigación hasta que, por fin, toma la forma de la presente memoria para obtener el grado de doctor. Y entre tanto, su desarrollo te permite enfrentarte a tus dudas, a tus tiempos y los de la propia investigación, a verte delante de ese folio en blanco donde entrelazar todas las ideas que has leído y en las que te has perdido y encontrado de nuevo. La magnitud de este proyecto te permite descubrir, y ser consciente de tus limitaciones y sobre todo te permite desarrollar habilidades y comprender la fuerza que tiene la ilusión de poder aportar. En ese camino, en ocasiones arduo y complicado, hay personas que te ayudan, te apoyan y dan fuerzas, haciendo que el resultado brille mucho más.

Por ese motivo, me gustaría comenzar dándoles las gracias a mis directores de tesis, María Paz García Vera y Jesús Sanz Fernández, por su dedicación y cariño. Gracias Mari Paz por impulsarme a dar este gran paso en mi carrera profesional y por las oportunidades y retos que me han ayudado a crecer y a superarme a mi misma en tantas ocasiones.

Gracias por confiar en mi desde cuarto de carrera y por ser desde entonces y con el tiempo profesora, compañera y amiga. Gracias Jesús por ser el mejor guía experto en el estudio de las actitudes disfuncionales, ha sido una suerte trabajar mano a mano y poder aprender de ti. Gracias además por tu generosidad y apoyo. Gracias a los dos, sigo aprendiendo de vosotros día a día.

Vosotros me abristeis las puertas de un equipo de investigación sin igual con el que he podido compartir diferentes etapas desde hace casi diez años. Me gustaría agradecer a todos mis compañeros todos los granitos de arena, las horas de trabajo y todo el esfuerzo, pero sobre todo el tiempo compartido y dedicado que hemos pasado juntos. He aprendido mucho de cada uno de vosotros y me llevo grandes amigos. Gracias a mis compañeros Clara Gesteira, Beatriz Cobos, Sara Gutiérrez, Natalia Moreno, Alejandro Zapardiel, Judit García, Sara Prieto, David Lozano, Carmen de Miguel, Inés Rodríguez, Almudena Mínguez, Andrea Barranco, Roberto Navarro, Belén Reguera, Belén Salazar, Pedro Altungy, Vicky Matos, Arantxa Soriano, Sara Liébana, Noelia Morán; a mis también compañeros de máster Pilar Casanueva, Amaya Rodríguez, Isabel Martín, Ana Córdoba, José Rivero; a mis también compañeras de la Clínica Universitaria de Psicología Nuria Salgado, Uxue Aldaz, Beatriz Piñas y Sonia Noemí Rodríguez; gracias a Andrea García, José Manuel Sánchez, Adela Prensa, Ashley McArthy y tantos otros/as que han colaborado en este equipo.

Gracias especialmente a Judit García y Sara Prieto por ser compañeras y amigas, por compartir comienzos y desahogos, pero sobretodo por vuestro empuje para seguir sumando. A Clara Gesteira por tu compromiso acérrimo con todos nosotros, por ser una coordinadora de equipo sin igual, por ser un gran ejemplo, por preocuparte y ayudarnos en todo momento. Gracias a Noelia Morán igualmente por tus labores de coordinación, pero principalmente por ser siempre una mano tendida para ayudarme aunque estés hasta

arriba de trabajo, gracias por los podcats y tantos buenos consejos. Gracias también a Beatriz Cobos, por ser compañera de aventuras y retos por compartir ilusiones y ser tan buena amiga, eres un gran apoyo. Gracias amigas, sois un ejemplo a seguir y para mi es todo un lujo poder seguir trabajando mano a mano con vosotras.

Gracias a la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT), a todos los trabajadores, a su presidenta, Maite Araluce y a toda su junta directiva por seguir apostando por este proyecto de investigación y asistencia psicológica a las víctimas. Gracias por vuestro tiempo, por hacernos sentir como en casa y por confiar y apoyar nuestra labor. Gracias también a la Asociación Plataforma de Apoyo a las Víctimas del Terrorismo (APAVT) y, especialmente, su presidente, Miguel Folguera, por su apoyo.

Gracias a mis amigos, especialmente a Nacho, Tere, Eva, Marta, Ángela, Diana, Javi, Ángel, Alfredo, y Helena, por vuestro cariño y tantos momentos compartidos y porque no hay distancia ni trabajo que se interponga. Gracias por estar ahí.

Gracias a mi familia, mi gran apoyo incondicional. Gracias a mis padres Ricardo y Yolanda por hacerme creer en mí desde niña y hacer lo imposible por poner a mi alcance lo que necesitara para seguir creciendo en cualquier sentido de la palabra. Os lo debo todo. Gracias a mi hermano, Richard y mi cuñada Sonia por alegraros incluso más que yo de cada pequeño éxito y por todo lo que me dais.

Gracias a ti abuela, por ser mi mejor ejemplo de esfuerzo y coraje, gracias por tantos momentos..., espero que desde el cielo sigas estando orgullosa de mi. Esta tesis para ti.

Gracias a ti Víctor, mi compañero de vida, por mover cielo, mar y tierra, por los abrazos reconfortantes y por valorarme como lo haces, eres mi empuje y el motor de mis sonrisas. Gracias por lo mejor que tenemos, Nicolás, gracias a ti mi pequeño, por cederme parte de tu tiempo. Espero poder transmitirte al menos un poquito de lo que he aprendido, pero sobre todo el valor del esfuerzo y el poder de la ilusión para conseguir cualquier reto que te propongas.

Por último, quiero dar especialmente las gracias a todas las víctimas del terrorismo, por permitirmos escuchar relatos tan personales y muchas veces dolorosos, gracias por vuestra generosidad, por ser ejemplo de lucha. Gracias por enseñarme el significado real de la palabra supervivencia.

A mi abuela Felisa,
Por siempre, gracias.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	7
ÍNDICE DE TABLAS.....	17
ÍNDICE DE FIGURAS.....	22
RESUMEN.....	24
PARTE TEÓRICA.....	37
CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA DEL TERRORISMO.....	39
1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DEL TÉRMINO TERRORISMO.....	41
1.2. EL TERRORISMO, UN GRAVE PROBLEMA ACTUAL A NIVEL MUNDIAL.....	42
1.3. TERRORISMO ¿UN PROBLEMA QUE AFECTA POR IGUAL A TODAS LAS REGIONES DEL MUNDO?.....	49
1.4. EL TERRORISMO EN ESPAÑA.....	54
CAPÍTULO 2: LAS CONSECUENCIAS DEL TERRORISMO.....	63
2.1. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN LAS PERSONAS.....	65
2.2. CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS EN LAS VÍCTIMAS DE TERRORISMO.....	68
2.2.1. PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	73
2.2.2. PREVALENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.....	78
2.2.3. COMORBILIDAD EN VÍCTIMAS DE ATENTADOS TERRORISTAS: TEPT-TDM.....	83
2.3. CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS A MUY LARGO PLAZO: EL CASO DE ESPAÑA.....	86
CAPÍTULO 3:ACERCAMIENTO NOSOLÓGICO AL TEPT Y TDM Y ALTERACIONES COGNITIVAS NEGATIVAS.....	91
3.1. EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SEGÚN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS.....	93

3.2.	EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR SEGÚN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS.....	108
3.3.	RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y LA DEPRESIÓN.....	117
3.4.	ALTERACIONES COGNITIVAS EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y LA DEPRESIÓN.....	120

**CAPÍTULO 4: FACTORES DE VULNERABILIDAD COGNITIVOS: LAS
ACTITUDES DISFUNCIONALES 127**

4.1.	LAS ACTITUDES DISFUNCIONALES EN LOS TRASTORNOS EMOCIONALES: LA TEORÍA COGNITIVA DE BECK.....	129
4.1.1.	¿QUÉ SON LAS ACTITUDES DISFUNCIONALES?.....	129
4.1.2.	DESARROLLO DE LAS ACTITUDES DISFUNCIONALES	132
4.1.3.	ACTITUDES DISFUNCIONALES COMO FACTOR DE VULNERABILIDAD.....	133
4.1.4.	TEORÍA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN DE BECK	136
4.2.	TRASTORNOS EMOCIONALES: ¿ACTITUDES DISFUNCIONALES COMUNES O ESPECÍFICAS?.....	142
4.2.1.	ESPECIFICIDAD DE CONTENIDO DE LAS ACTITUDES DISFUNCIONALES	142
4.2.2.	ACTITUDES DISFUNCIONALES EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	151
4.2.3.	ACTITUDES DISFUNCIONALES EN EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	153
4.2.4.	ACTITUDES DISFUNCIONALES DEPRESIVAS.....	155
4.2.4.1.	ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES DE WEISSMAN	158
4.2.4.2.	FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS ACTITUDES DISFUNCIONALES DEPRESIVAS.....	167
4.3.	ACTITUDES DISFUNCIONALES DEPRESIVAS EN TRAUMA	181
4.3.1.	RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES DISFUNCIONALES DEPRESIVAS Y EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	184

4.3.2.	ACTITUDES DISFUNCIONALES DEPRESIVAS EN VÍCTIMAS DE TERRORISMO	194
4.3.3.	LA RELEVANCIA DE MEDIR ACTITUDES DISFUNCIONALES DEPRESIVAS EN EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	199
CAPÍTULO 5: RESUMEN DE LA PARTE TEÓRICA		205
PARTE EMPÍRICA		213
CAPÍTULO 6: OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....		215
6.1.	OBJETIVOS	217
6.2.	HIPÓTESIS	219
CAPÍTULO 7: MÉTODO.....		223
7.1.	PARTICIPANTES.....	225
7.2.	INSTRUMENTOS.....	233
7.3.	DISEÑO.....	243
7.4.	PROCEDIMIENTO	243
7.5.	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	245
CAPÍTULO 8: RESULTADOS.....		251
8.1.	FIABILIDAD DE LAS MEDIDAS UTILIZADAS	253
8.2.	ESTUDIO DE VARIABLES RELACIONADAS CON LAS ACTITUDES DISFUNCIONALES DEPRESIVAS.....	257
8.3.	RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES DISFUNCIONALES DEPRESIVAS Y LA SINTOMATOLOGÍA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DEL TERRORISMO.....	262
8.4.	COMPARACIÓN EN ACTITUDES DISFUNCIONALES DEPRESIVAS ENTRE VÍCTIMAS DEL TERRORISMO	274
8.5.	COMPARACIÓN EN ACTITUDES DISFUNCIONALES DEPRESIVAS ENTRE VÍCTIMAS DEL TERRORISMO Y POBLACIÓN GENERAL.....	281

8.4.	COMPARACIÓN EN ACTITUDES DISFUNCIONALES DEPRESIVAS ENTRE VÍCTIMAS DEL TERRORISMO SEGÚN DIAGNÓSTICO Y LA POBLACIÓN GENERAL.....	284
8.5.	SINTOMATOLOGÍA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DEPRESIÓN EN LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO CON O SIN TEPT O TDM Y EN LA POBLACIÓN GENERAL.....	289
CAPÍTULO 9: RESUMEN DE LOS RESULTADOS		293
CAPÍTULO 10: DISCUSIÓN.....		301
10.1.	LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO.....	315
10.2.	IMPLICACIONES CLÍNICAS.....	319
10.3.	LÍNEAS FUTURAS	321
CONCLUSIONES		323
CAPÍTULO 11: CONCLUSIONES.....		325
REFERENCIAS.....		329
ANEXOS.....		372

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Ataques y víctimas del terrorismo en el mundo en la última década 2009-2019 (adaptado de García-Vera et al., 2015; START, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020)</i>	45
Tabla 2. <i>Número de atentados mundiales entre 1970 y 2019. Datos tomados de la base de datos GTD (GTD, 2020; START, 2020)</i>	50
Tabla 3. <i>Bandas terroristas españolas y número de víctimas mortales en función de la fuente de datos consultada. Adaptado de (Sánchez Cuenca, 2009b)</i>	56
Tabla 4. <i>Número de víctimas españolas. Fuente: Subdirección General de Ayudas a Víctimas del Terrorismo y de Atención Ciudadana, Ministerio del Interior, (22 de junio de 2020); Fundación Víctimas de Terrorismo (2020)</i>	60
Tabla 5. <i>Consecuencias psicopatológicas en víctimas de atentados terroristas</i>	71
Tabla 6. <i>Prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en estudios de metaanálisis o revisiones sistemáticas</i>	76
Tabla 7. <i>Prevalencia de la comorbilidad del trastorno por estrés postraumático y el trastorno depresivo en estudios de metaanálisis o revisiones sistemáticas</i>	85
Tabla 8. <i>Prevalencia puntual de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad evaluados mediante entrevista diagnóstica 21,27 años después de los atentados. Adaptado de Gutiérrez Camacho, (2016)</i>	88
Tabla 9. <i>Prevalencia puntual de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad evaluados mediante entrevista diagnóstica 21,27 años después de los atentados. Adaptado de (Gutiérrez Camacho, 2016)</i>	89

Tabla 10. <i>Cambios en la clasificación diagnóstica del DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y DSM-5 (APA, 1983, 1989, 1995, 2013) respecto a los criterios y otras características diagnósticas del trastorno por estrés postraumático</i>	94
Tabla 11. <i>Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por estrés postraumático</i>	100
Tabla 12. <i>Criterios diagnósticos de la CIE-11 para el trastorno por estrés postraumático</i>	106
Tabla 13. <i>Comparación de los criterios diagnósticos de TEPT entre las clasificaciones DSM-5 (APA, 2013) y CIE-11 (OMS, 2018)</i>	107
Tabla 14. <i>Cambios en la clasificación diagnóstica del DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y DSM-5 (APA, 1983, 1989, 1995, 2013) respecto a los criterios y otras características diagnósticas del trastorno depresivo mayor</i>	110
Tabla 15. <i>Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno depresivo mayor</i>	114
Tabla 16. <i>Criterios diagnósticos de la CIE-11 para el trastorno depresivo mayor</i>	116
Tabla 17. <i>Solapamiento de síntomas entre los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor (TDM) y los del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en el DSM-5</i>	118
Tabla 18. <i>Clasificación de las operaciones cognitivas en términos de sesgos de interpretación identificados por Beck (1967) junto con su descripción y ejemplo</i>	138
Tabla 19. <i>Diferencias entre el trastorno de ansiedad, depresivo, TEPT y el no diagnóstico en las diferentes categorías cognitivas propuestas por Ingram y Kendall (1986) y teniendo en cuenta el estímulo desencadenante y la conducta</i>	149
Tabla 20. <i>Perfil cognitivo de los trastornos de ansiedad de actitudes disfuncionales</i> .	153
Tabla 21. <i>Adaptaciones de la DAS-A de 40 ítems y subescalas que la componen</i>	161

Tabla 22. <i>Versiones breves de la DAS-A y subescalas que las componen.....</i>	164
Tabla 23. <i>Listado de variables relacionadas con la escala DAS y la medida utilizada en los diferentes estudios analizados.....</i>	169
Tabla 24. <i>VARIABLES ASOCIADAS A LA DAS-A QUE RECOGE LA LITERATURA: Instrumentos utilizados y resultados encontrados en su relación con la DAS y sus subescalas.....</i>	171
Tabla 25. <i>Tipo de información que miden las variables asociadas a la DAS-A que recogen los artículos consultados.....</i>	175
Tabla 26. <i>Características de los estudios que han investigado la relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y eventos traumáticos y diagnóstico o sintomatología postraumática.....</i>	191
Tabla 27. <i>Características del estudio piloto que ha investigado la relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y diagnóstico o sintomatología postraumática en víctimas de terrorismo.....</i>	197
Tabla 28. <i>Comparación de las características de la muestra de participantes de la población general con la población de la Comunidad de Madrid en función del sexo y edad.....</i>	231
Tabla 29. <i>Características sociodemográficas y clínicas de las dos muestras de participantes del presente estudio (víctimas de atentados terroristas y población general).....</i>	232
Tabla 30. <i>VARIABLES TENIDAS EN CUENTA PARA EXAMINAR SU RELACIÓN CON LAS ACTITUDES DISFUNCIONALES DEPRESIVAS, EL INSTRUMENTO DE MEDIDA Y EL TIPO DE INFORMACIÓN RECOGIDA EN ESTE ESTUDIO.....</i>	246
Tabla 31. <i>Coeficientes alfa y correlaciones corregidas ítem-total de las puntuaciones de los instrumentos en función del tipo de población.....</i>	256

Tabla 32. <i>Relación de las variables sociodemográficas y otras variables recogidas en la literatura y su relación con la variable dependiente e independiente objeto de este estudio, para cada población.....</i>	260
Tabla 33. <i>Correlaciones de las medidas de actitudes disfuncionales de la DAS-A-R con las medidas de las variables de control y las medidas de sintomatología emocional, y media y desviación típica (DT) de dichas medidas en la muestra de víctimas de terrorismo</i>	264
Tabla 34. <i>Regresión de las medidas de depresión y estrés postraumático sobre las medidas de actitudes disfuncionales (modelos que incluyen la sintomatología ansiosa como variable de control).....</i>	266
Tabla 35. <i>Regresión de las medidas de depresión y de estrés postraumático sobre las medidas de actitudes disfuncionales (modelos que no incluye la sintomatología ansiosa como variable de control).....</i>	270
Tabla 36. <i>Medias y desviaciones típicas en la DAS-A-R, la PCL-5, el BAI y el BDI-II en los subgrupos de víctimas en función de los diagnósticos de trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos depresivos o de ningún diagnóstico (sin D(x)) u otros diagnósticos en la muestra de víctimas del terrorismo</i>	275
Tabla 37. <i>Medias marginales estimadas y su error típico en la DAS-A-R y sus subescalas, en los subgrupos de víctimas en función de los diagnósticos de trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos depresivos o de ningún diagnóstico (sin D(x)) u otros diagnósticos en la muestra de víctimas del terrorismo.....</i>	277
Tabla 38. <i>Diferencias de medias en la DAS-A-R, DAS-A-R Perfeccionismo y DAS-A-R Dependencia entre los subgrupos de víctimas del terrorismo y entre éstos y resultados de las pruebas post hoc de Bonferroni comparando dos a dos los</i>	

<i>grupos (en cada fila, el grupo de referencia en la comparación es el de la primera columna).....</i>	<i>278</i>
<i>Tabla 39. Medias y desviaciones típicas en la DAS-A-R, la PCL-5 el BAI y el BDI-II en las muestras de víctimas del terrorismo y de la población general y en función de los diagnósticos de trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno depresivo, o de ningún diagnóstico (sin D(x)) u otros diagnósticos en la muestra de víctimas del terrorismo.....</i>	<i>283</i>
<i>Tabla 40. Medias marginales estimadas y errores típicos en la DAS-A-R y sus subescalas, en los subgrupos de víctimas en función de los diagnósticos de trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno depresivo, sin diagnóstico (sin D(x)) u otros diagnósticos en la muestra de víctimas del terrorismo y en la población general</i>	<i>286</i>
<i>Tabla 41. Diferencias de medias en DAS-A-R, DAS-A-R Perfeccionismo y DAS-A-R Dependencia entre la población general, los subgrupos de víctimas del terrorismo y entre éstos, y resultados de las pruebas post hoc de Bonferroni comparando dos a dos los grupos (en cada fila, el grupo de referencia en la comparación es el de la primera columna)</i>	<i>287</i>
<i>Tabla 42. Puntuaciones medias en sintomatología de estrés postraumático (PCL-5) y de depresión (BDI-II) de los grupos de participantes e interpretación de las mismas en función de su significación clínica</i>	<i>291</i>

Índice de figuras

Figura 1. <i>Número de atentados en el mundo en función de los años desde 1970 hasta 2019</i> <i>(fuente: Base de datos GTD, 2020 de la START, 2020)</i>	47
Figura 2. <i>Número de víctimas mortales en función de la organización terrorista. Fuente:</i> <i>Fundación Víctimas del Terrorismo (2020a, 2020b, 2020c, 2020d).....</i>	59
Figura 3. <i>Ejemplo de representación de los distintos componentes del modelo cognitivo</i> <i>de Beck en la personalidad autónoma adaptado de (Dozois y Beck, 2008) ...</i>	130
Figura 4. <i>Representación del modelo cognitivo de Beck (1967, 1976; Beck y Clark, 2012)</i> <i>adaptado de Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero (2010)</i>	142
Figura 5. <i>Modelo cognitivo de la ansiedad adaptado de Clark y Beck (2012).....</i>	151
Figura 6. <i>Diagrama de flujo de participantes y procedimiento del presente estudio ...</i>	229
Figura 7. <i>Puntuaciones medias de la DAS-A-R en su puntuación global y las subescalas</i> <i>de perfeccionismo y dependencia en función de la muestra de población y</i> <i>víctimas del terrorismo clasificadas según el grupo diagnóstico.....</i>	299

Resumen

Objetivo. Dada la elevada presencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y del trastorno depresivo mayor (TDM) en las víctimas de atentados terroristas, así como la alta comorbilidad de TEPT y TDM en dicha población (García-Vera y Sanz, 2016), y dada también la importancia que el DSM-5 concede, en su definición de TEPT, a ciertas alteraciones negativas de las cogniciones y del estado de ánimo muy parecidos o comunes a los síntomas cognitivos y emocionales que caracterizan el TDM (American Psychiatric Association, 2013), cabría la posibilidad de que los factores cognitivos de vulnerabilidad para la depresión que propone la teoría cognitiva de la depresión de Beck (Beck et al., 1983), en particular, las actitudes disfuncionales depresivas, desempeñaran algún papel en el TEPT o en su sintomatología.

El objetivo principal de la presente tesis doctoral fue evaluar la relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y la sintomatología y diagnóstico de TEPT en las víctimas españolas del terrorismo. En concreto, el objetivo era, en primer lugar, examinar, desde una perspectiva dimensional sintomatológica, la relación de las actitudes disfuncionales depresivas con la sintomatología de estrés postraumático controlando el efecto de la sintomatología depresiva y de otras características sociodemográficas y clínicas que pudieran también estar relacionadas con las actitudes disfuncionales depresivas. En segundo lugar, el objetivo era examinar, desde una perspectiva categorial, la relación de las actitudes disfuncionales depresivas con el TEPT comparando los niveles de dichas actitudes que presentan las víctimas del terrorismo que sufren TEPT con los niveles que presentan las víctimas del terrorismo que sufren otros trastornos emocionales o que no sufren ninguno o con los niveles que presentan las personas de la población general.

Método. Para alcanzar los objetivos de la tesis doctoral se contó con una muestra de 687 adultos víctimas directas e indirectas de atentados terroristas residentes en Andalucía, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Galicia, Comunidad de Madrid, Navarra, País Vasco, La Rioja y Comunidad Valenciana, que se reclutó principalmente con la colaboración de la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT) y que formaban parte de un proyecto de investigación más amplio en el que se encuadra la presente tesis doctoral. Además, también se contó con una muestra de 549 adultos de la población general que fueron reclutadas mediante la técnica de la “bola de nieve” entre los familiares, amigos y allegados de un grupo de estudiantes del Grado de Logopedia de la Universidad Complutense de Madrid.

A la muestra de víctimas del terrorismo se le administraron dos entrevistas, una entrevista clínica semiestructurada elaborada *ad hoc* en la que se recogían datos sociodemográficos y clínicos básicos así como datos sobre los atentados terroristas, y la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-I VC; First et al., 1997; versión española de First et al., 1999). Así mismo, las víctimas del terrorismo completaron diferentes cuestionarios psicopatológicos que medían la sintomatología de estrés postraumático —la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático para el DSM-5 o PCL-5 (Weathers et al., 2013; adaptación española de Sanz et al., 2021)—, la sintomatología de depresión —el Inventario de Depresión de Beck-II o BDI-II (Beck et al., 1996; adaptación española en Beck et al., 2011)—, la sintomatología de ansiedad —el Inventario de Ansiedad de Beck o BAI (Beck et al., 1988; adaptación española en Beck y Steer, 2011)— y las actitudes disfuncionales depresivas —la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A revisada, o DAS-A-R (de Graaf et al., 2009; adaptación española de Ruiz et al., 2015)—. Este último instrumento permitió obtener, a través de su puntuación total, una medida global de actitudes

disfuncionales depresivas así como, a través de las puntuaciones de sus dos subescalas, medidas de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con el perfeccionismo y con la dependencia.

Dado que las víctimas del terrorismo que participaron en la presente tesis doctoral fueron evaluadas en años distintos de desarrollo del proyecto de investigación más amplio en el cual se integra la tesis doctoral, algunas de esas víctimas completaron, en lugar de la PCL-5, una versión previa del instrumento o PCL-S —Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica (Weathers et al., 1993; adaptación española de Vázquez et al., 2006)—. Por tanto, sus puntuaciones en la PCL-S se convirtieron en puntuaciones de la PCL-5 mediante la conversión de Moshier et al. (2019). Por el mismo motivo, algunas de las víctimas completaron, en lugar de la DAS-A-R, una versión previa y más amplia del instrumento, la DAS-A —la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A (Weissman y Beck, 1978; adaptación española de Sanz y Vázquez, 1993, 1994)—. En consecuencia, se calcularon las puntuaciones totales y las correspondientes a las escalas perfeccionismo y dependencia de la escala DAS-A-R teniendo en cuenta los ítems equivalentes de la DAS-A.

Los participantes de la muestra de la población general completaron, en una única sesión, una hoja de datos sociodemográficos, la PCL-5, el BDI-II y la DAS-A-R.

A partir de estas medidas, se calcularon, en la muestra de víctimas del terrorismo, las correlaciones de Pearson de las medidas de actitudes disfuncionales depresivas con las medidas de sintomatología depresiva, de estrés postraumático y de ansiedad, con las variables sociodemográficas que habían mostrado en estudios previos alguna relación con las diferencias individuales en actitudes disfuncionales —sexo, edad, estado civil y nivel de estudios—, y con ciertas variables clínicas y relacionadas con los atentados terroristas

relevantes —número de episodios depresivos previos, años transcurridos desde el atentado, número de acontecimientos traumático experimentados—.

Posteriormente, se realizaron análisis de regresión múltiple sobre cada una de las medidas de actitudes disfuncionales depresivas con las variables predictoras de interés — sintomatología de estrés postraumático y sintomatología depresiva— y las variables de control anteriormente citadas que hubiesen mostrado una correlación estadísticamente significativa ($p < .05$) con las medidas de actitudes disfuncionales depresivas.

Finalmente, en función de los resultados de la entrevista diagnóstica estructurada, se crearon, junto con el grupo de población general ($n = 549$), los siguientes cinco grupos de personas víctimas del terrorismo para realizar comparaciones entre los mismos en las medidas de actitudes disfuncionales depresivas: víctimas sin diagnóstico de trastorno emocional ($n = 404$); víctimas con solo diagnóstico de trastorno depresivo ($n = 44$); víctimas con solo diagnóstico de TEPT ($n = 41$); víctimas con diagnóstico de TEPT y trastorno depresivos ($n = 75$), y víctimas con diagnóstico de trastornos emocionales distintos al TEPT o al trastorno depresivo ($n = 123$). Las comparaciones entre los grupos anteriores se realizaron mediante ANCOVA que incluían como covariables las variables de control en las que tales grupos diferían de forma estadísticamente significativa —sexo, estado civil y número de eventos traumáticos vividos—.

Resultados. Los resultados de los análisis de correlación de Pearson indicaban que tanto los síntomas depresivos como los de estrés postraumático mostraban correlaciones estadísticamente significativas y moderadas con las tres medidas de actitudes disfuncionales depresivas y que, así mismo, las siguientes variables de control mostraban correlaciones estadísticamente significativas con todas o algunas de esas medidas: sintomatología de ansiedad, número de episodios depresivos previos, sexo y estado civil. Por su parte, los resultados de los análisis de regresión revelaron que un nivel más elevado

de sintomatología depresiva y el hecho de ser hombre estaban asociados, por ese orden de importancia, a un mayor nivel de las actitudes disfuncionales depresivas globales (r parcial = .175 y -.111, respectivamente) y a un mayor nivel de actitudes disfuncionales depresivas de perfeccionismo (r parcial = .183 y -.165, respectivamente); mientras que a mayor nivel de sintomatología depresiva, mayor nivel de actitudes disfuncionales de dependencia (r parcial = .10). Por otro lado, al realizar los análisis de regresión sin incluir la sintomatología ansiosa, la sintomatología de estrés postraumático también estaba asociada significativamente y de manera independiente de la sintomatología depresiva a las actitudes disfuncionales depresivas globales, de perfeccionismo y de dependencia (r parcial = .098, .099 y .077, respectivamente), aunque siempre por detrás de la sintomatología depresiva y del sexo en la magnitud de su relación con las actitudes disfuncionales depresivas.

Finalmente, los resultados de los ANCOVA revelaron que existían diferencias estadísticamente significativas en la presencia de actitudes disfuncionales depresivas en función de la psicopatología que presentaban las víctimas del terrorismo, de manera que: (1) las víctimas del terrorismo con un trastorno mental ansioso, depresivo o de estrés postraumático presentaban niveles más elevados de actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas sin ningún trastorno; (2) las víctimas del terrorismo con trastorno depresivo o con TEPT presentaban más actitudes disfuncionales depresivas específicas ligadas a perfeccionismo y a dependencia que las víctimas sin ningún trastorno; (3) no había diferencias en el nivel de las actitudes disfuncionales entre los grupos con trastorno depresivo, con TEPT o con comorbilidad de TEPT + trastorno depresivo.

Los ANCOVA también revelaron que no existían diferencias estadísticamente significativas en la presencia de actitudes disfuncionales depresivas entre las víctimas del terrorismo y la población general, $F(1, 1230) = 3.55, p = .059$, pero, sin embargo, sí se

encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de actitudes disfuncionales depresivas en función de la psicopatología que presentaban las víctimas del terrorismo en comparación con la población general, de manera que las víctimas con trastornos depresivo, con TEPT o con comorbilidad de TEPT + trastorno depresivo presentaban más actitudes disfuncionales depresivas generales y relacionadas con la perfección y la dependencia que la población general, mientras que las víctimas sin ningún trastorno emocional mostraban niveles similares de actitudes disfuncionales depresivas que la población general.

Conclusiones. Los resultados del presente estudio confirman que, en víctimas del terrorismo, existe una relación entre el estrés postraumático y las actitudes disfuncionales depresivas tanto globales como las centradas en el perfeccionismo y en la dependencia. Esta relación se puede apreciar a nivel sintomatológico, pero también a nivel categorial, de manera que no existen diferencias en los niveles de actitudes disfuncionales depresivas entre las víctimas que sufren solo TDM, que sufren solo TEPT o que sufren la comorbilidad de TEPT + TDM, y todas ellas presentan niveles más elevados de dichas actitudes disfuncionales que las víctimas sin ningún trastorno emocional o que las personas de la población general.

Sin embargo, el papel de las actitudes disfuncionales en el estrés postraumático no queda del todo claro y podría ser muy secundario, ya que, por ejemplo, los análisis de regresión apuntan que, a pesar de que esa relación existe e incluso es independiente de la relación que guardan dichas actitudes y dichos síntomas con la depresión, la sintomatología depresiva es la que explica un mayor porcentaje de las diferencias individuales tanto en las actitudes disfuncionales depresivas globales como en las actitudes disfuncionales depresivas específicamente relacionadas con el perfeccionismo y con la dependencia.

Los resultados de la presente tesis doctoral tienen algunas implicaciones clínicas, entre las que cabría destacar la necesidad de evaluar y tratar las actitudes disfuncionales depresivas que presenten las personas que sufren los trastornos emocionales mencionados, especialmente las personas que muestren comorbilidad de TEPT y TDM, ya que estas personas incluso muestran significativamente más actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas con trastornos ansiedad.

Finalmente, los resultados de la presente tesis sugieren que las víctimas del terrorismo sin ningún trastorno emocional presentan niveles similares de actitudes disfuncionales depresivas, tanto en general como específicas de perfeccionismo y dependencia, que las personas de la población general, lo que invita a profundizar en el estudio de los recursos de las víctimas desde un marco de salud que puede incluir, por ejemplo, los constructos de resiliencia o crecimientos postraumático, y no solo desde el marco de la psicopatología.

ABSTRACT

Objective. Given the high presence of post-traumatic stress disorder (PTSD) and major depressive disorder (MDD) in victims of terrorist attacks, as well as the high comorbidity of PTSD and MDD in this population (García-Vera & Sanz, 2016), and also given the importance that DSM-5 attaches, in its definition of PTSD, to certain negative alterations in cognitions and mood that are very similar or common to the cognitive and emotional symptoms that characterize MDD (American Psychiatric Association, 2013), it might be possible that the cognitive vulnerability factors for depression proposed by Beck's cognitive theory of depression (Beck et al., 1983), in particular depressive dysfunctional attitudes, may play a role in PTSD or in its symptomatology.

The main objective of this doctoral thesis was to examine the relationship between depressive dysfunctional attitudes and the symptoms and diagnosis of PTSD in Spanish victims of terrorism. Specifically, the objective was, in the first place, to examine, from a symptomatological dimensional perspective, the relationship of depressive dysfunctional attitudes with post-traumatic stress symptoms, controlling the effect of depressive symptoms and other sociodemographic and clinical characteristics that may also be related to depressive dysfunctional attitudes. Second, the objective was to examine, from a categorical perspective, the relationship of dysfunctional depressive attitudes with PTSD by comparing the levels of these attitudes presented by victims of terrorism who suffer from PTSD with the levels presented by victims of terrorism who suffer other emotional disorders or who suffer no emotional disorders, or with the levels presented by people from the general population.

Method. To achieve the objectives of this doctoral thesis, there was a sample of 687 adult direct and indirect victims of terrorist attacks residing in Andalusia, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Galicia, Community of Madrid, Navarra,

Basque Country, La Rioja and Comunidad Valenciana, which was recruited mainly with the collaboration of the Association of Victims of Terrorism (AVT) and which were part of a broader research project in which this doctoral thesis is framed. In addition, there was also a sample of 549 adults from the general population who were recruited using the "snowball" technique among family members, friends and relatives of a group of students of the Degree in Speech Therapy at the Complutense University of Madrid.

Two interviews were administered to the sample of victims of terrorism, a semi-structured clinical interview prepared ad hoc in which basic sociodemographic and clinical data were collected as well as data on terrorist attacks, and the Structured Clinical Interview for Axis I Disorders of the DSM-IV, Clinical Version (SCID-I VC; First et al., 1997; Spanish version of First et al., 1999). Likewise, the victims of terrorism completed different psychopathological questionnaires that measured the symptoms of post-traumatic stress —the PTSD Checklist for the DSM-5 or PCL-5 (Weathers et al., 2013; Spanish adaptation of Sanz et al. al., 2021)—, the symptoms of depression —the Beck Depression Inventory-II or BDI-II (Beck et al., 1996; Spanish adaptation in Beck et al., 2011)—, the symptoms of anxiety —the Beck Anxiety Inventory or BAI (Beck et al., 1988; Spanish adaptation in Beck and Steer, 2011)—, and depressive dysfunctional attitudes —the revised Dysfunctional Attitude Scale, form A, or DAS-A-R (de Graaf et al. ., 2009; Spanish adaptation of Ruiz et al., 2015)—. This last instrument made it possible to obtain, through its total score, a global measure of depressive dysfunctional attitudes as well as, through the scores of its two subscales, measures of depressive dysfunctional attitudes related to perfectionism and dependence.

Given that the victims of terrorism who participated in this doctoral thesis were evaluated in different years of development of the broader research project in which the doctoral thesis is integrated, some of those victims completed, instead of the PCL-5, a

previous version of the instrument or PCL-S —PTSD Checklist, specific version (Weathers et al., 1993; Spanish adaptation of Vázquez et al., 2006)—. Therefore, their PCL-S scores were converted into PCL-5 scores by the conversion of Moshier et al. (2019). For the same reason, some of the victims completed, instead of the DAS-A-R, a previous and broader version of the instrument, the DAS-A —the Dysfunctional Attitude Scale, form A (Weissman and Beck, 1978; Spanish adaptation by Sanz & Vázquez, 1993, 1994)—. Consequently, the total scores and those corresponding to the perfectionism and dependence subscales of the DAS-A-R were calculated taking into account the equivalent items of the DAS-A.

Participants in the general population sample completed, in a single session, a sociodemographic data sheet, the PCL-5, the BDI-II, and the DAS-A-R.

Based on these measures, the Pearson correlations of the measures of depressive dysfunctional attitudes with the measures of depression, post-traumatic stress and anxiety symptomatology were calculated in the sample of victims of terrorism. The Pearson correlations of the measures of depressive dysfunctional attitudes with the following variables were also calculated: sociodemographic variables that had shown some relationship with individual differences in dysfunctional attitudes in previous studies — sex, age, marital status, and educational level—, and certain clinical or related-to-terrorism-attacks variables —number of previous depressive episodes, years elapsed since the attack, number of experienced traumatic events—.

Subsequently, multiple regression analyses were performed on each of the measures of depressive dysfunctional attitudes with the predictor variables of interest — post-traumatic stress symptoms and depressive symptoms— and the previously mentioned control variables that would have shown a statistically significant correlation ($p < .05$) with measures of depressive dysfunctional attitudes.

Finally, based on the results of the structured diagnostic interview, the following five groups of people victims of terrorism were created, together with the general population group ($n = 549$), to make comparisons between them in the measures of dysfunctional attitudes depressive: victims without a diagnosis of emotional disorder ($n = 404$); victims with only diagnosis of depressive disorder ($n = 44$); victims with only diagnosis of PTSD ($n = 41$); victims diagnosed with PTSD and depressive disorder ($n = 75$), and victims diagnosed with emotional disorders other than PTSD or depressive disorder ($n = 123$). Comparisons among the above groups were made using ANCOVA, which included as covariates the control variables in which these groups significantly differed—sex, marital status, and number of traumatic events experienced—.

Results. The results of Pearson's correlation analyses indicated that both depressive symptoms and post-traumatic stress symptoms showed statistically significant and moderate correlations with the three measures of depressive dysfunctional attitudes and that, likewise, the following control variables showed statistically significant correlations with all or some of these measures: anxiety symptoms, number of previous depressive episodes, sex, and marital status. On the other hand, the results of the multiple regression analyses revealed that a higher level of depressive symptoms and the fact of being a man were associated, in that order of importance, with a higher level of global depressive dysfunctional attitudes (partial $r = .175$ and $-.111$, respectively) and to a higher level of dysfunctional depressive attitudes of perfectionism (partial $r = .183$ and $-.165$, respectively); while the higher the level of depressive symptoms, the higher the level of dysfunctional attitudes of dependence (partial $r = .10$). On the other hand, when multiple regression analyses were performed without including anxiety symptoms, post-traumatic stress symptoms were also significantly associated with global, perfectionism, and dependency depressive dysfunctional attitudes, independently of the relationship with

depressive symptoms (partial $r = .098, .099$ and $.077$, respectively), although always behind depressive symptoms and sex in the magnitude of their relationship with dysfunctional depressive attitudes.

Finally, the results of the ANCOVAs revealed that there were statistically significant differences in the presence of dysfunctional depressive attitudes as a function of the psychopathology presented by the victims of terrorism, such that: (1) victims of terrorism with an anxious, depressive or post-traumatic stress disorders had higher levels of depressive dysfunctional attitudes than victims without any disorder; (2) victims of terrorism with depressive disorder or PTSD had more specific depressive dysfunctional attitudes linked to perfectionism and dependence than victims without any disorder; (3) there were no differences in the level of dysfunctional attitudes between the groups with depressive disorder, with PTSD, or with comorbidity of PTSD + depressive disorder.

The ANCOVAs also revealed that there were no statistically significant differences in the presence of depressive dysfunctional attitudes between victims of terrorism and people from the general population, $F(1, 1230) = 3.55, p = .059$, but, however, statistically significant differences were found in the presence of dysfunctional depressive attitudes as a function of the psychopathology presented by the victims of terrorism compared to the general population, such that victims with depressive disorders, with PTSD or with comorbidity of PTSD + depressive disorder had more general, perfectionism or dependence depressive dysfunctional attitudes than the general population, while victims without any emotional disorder showed similar levels of depressive dysfunctional attitudes as the general population.

Conclusions. The results of the present study confirm that, in victims of terrorism, there is a relationship between post-traumatic stress and depressive dysfunctional attitudes, both global and those centered on perfectionism and dependency. This

relationship can be seen at the symptomatological level, but also at the categorical level, so that there are no differences in the levels of dysfunctional depressive attitudes between victims who suffer only MDD, who suffer only PTSD or who suffer the comorbidity of PTSD + MDD, and all of them present higher levels of depressive dysfunctional attitudes than victims without any emotional disturbance or than people from the general population.

However, the role of dysfunctional attitudes in post-traumatic stress is not entirely clear and could be very secondary, since, for example, the results of multiple regression analyses suggest that, despite the fact that this relationship exists and is even independent of the relationship of these attitudes with depression, depressive symptomatology is the one that explains a greater percentage of individual differences both in global depressive dysfunctional attitudes and in depressive dysfunctional attitudes specifically related to perfectionism and dependence.

The results of this doctoral thesis have some clinical implications, among which the need to assess and treat depressive dysfunctional attitudes presented by people suffering from the aforementioned emotional disorders, especially people who show comorbidity of PTSD and MDD, should be highlighted. that these people even show significantly more depressive dysfunctional attitudes than victims with anxiety disorders.

Finally, the results of the present thesis suggest that victims of terrorism without any emotional disorder present similar levels of depressive dysfunctional attitudes, both in general and specific to perfectionism and dependence, than people from the general population, which invites us to delve deeper into the study of victims' resources from a health framework that may include, for example, resilience constructs or post-traumatic growths, and not only from the psychopathology framework.

PARTE TEÓRICA

Factores cognitivos de vulnerabilidad al estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas: las actitudes disfuncionales depresivas.

Capítulo 1:

El problema del terrorismo

1.1. Definición y delimitación conceptual del término terrorismo

Terrorismo es la etiqueta que describe una “sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror” según la (Real Academia Española, 2014), que añade también bajo dicha etiqueta la descripción de la “actuación criminal de bandas organizadas, que, reiteradamente y por lo común de modo indiscriminado, pretende crear alarma social con fines políticos”. Por su parte, el National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START, 2017), define un ataque terrorista como la amenaza o uso de la violencia hacia otras personas o cosas de manera intencional por un actor no estatal con el fin de conseguir un objetivo político, económico, religioso o social a través del miedo, la coerción o la intimidación. De la misma manera Development Services Group, Inc. para la creación de su base de datos Global Terrorism Trends and Analysis (GTTA) describieron terrorismo como un acto violento que incluye “evidencia de intento de coerción, intimidación o expresión hacia una audiencia mayor que las propias víctimas, con un objetivo político, económico, religioso o social y que ocurre fuera de los preceptos de las Leyes Humanitarias Internacionales” en el anexo de información estadística del Departamento de Estado de los EE.UU. *State Bureau of Counterterrorism and Countering Violent Extremism* (DSG, 2019).

Los mencionados organismos se refieren en sus descripciones del término terrorismo al uso de actos violentos para conseguir un fin, lo que conlleva a infundir miedo en la población. Nótese además que no sólo se incluye que el acto se perpetre sino también “la intención de”, aunque finalmente no se llevara a cabo, es decir, la amenaza de violencia o cualquier acto que genere alarma en la población. Cabe señalar que el término “terrorismo” es una palabra derivada de la palabra “terror”, término acuñado en la revolución francesa para describir un período entre 1793 y 1794 en el que reinaba la

violencia como método principal para imponer el poder de los jacobinos liderados por Roberpierre. La magnitud era tal que en la última etapa del gran terror, en una semana, unas 1.500 personas fueron ejecutadas en la capital francesa (Elliot, 2019).

Por lo tanto entre los componentes del terrorismo se encuentran en primer lugar la violencia, es decir, actos que conlleven daño o destrucción ya sea en forma de amenaza o de acto perpetrado. En segundo, la audiencia, referida a que el acto busca en sí ser el centro de atención para que se escuche o se entienda un mensaje político. Y en tercer lugar, el miedo, como efecto de dichos actos en la población (Combs, 2017).

1.2.El terrorismo, un grave problema actual a nivel mundial.

Lamentablemente, todas las épocas históricas se han visto marcadas por actos que no tenían otro fin más que el de producir terror y paralizar a la población, desde ejecuciones en la guillotina, tiroteos, bombas a personalidades específicas o atentados masivos a población civil, hasta el terrorismo que conocemos hoy en día, actos suicidas, “lobos solitarios”.

El National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism bajo la colaboración con instituciones americanas como Pinkerton Global Intelligence Service (PGIS), Center for Terrorism and Intelligence Studies (CETIS) y el Institute for the Study of Violent Groups (ISVG) han desarrollado una de las bases de datos más completas sobre terrorismo, la “*Global Terrorism Database*” (GTD). Esta base de datos recoge información sobre actos terroristas a nivel mundial entre 1970 y 2019, fecha de la última actualización (START, 2020). La GTD ha recopilado entre esas fechas aproximadamente 200.000 actos terroristas a nivel mundial en los cinco continentes,

contabilizando más de 140.000 víctimas mortales (GTD, 2020; Miller, LaFree y Dugan, 2021).

Las cifras de atentados terroristas a nivel mundial han ido variando con los años y aunque a finales de la década de 1990 parecía que disminuía el número de ataques, el paso al siglo XXI supuso un repunte. Hasta 2018 incluido, en el siglo XXI, se cuentan más de 154.000 atentados terroristas cometidos, los cuales registran más de 863.816 los afectados entre personas que fallecieron o resultaron heridas en los ataques y personas secuestradas, según los informes *Patterns of Global Terrorism realizados por la Secretaria de Estado y el Coordinator for Counterterrorism de los EEUU* así como los informes realizados desde 2012 por el *National Consortium for the Study of Terrorism y Responses to Terrorism START*, (2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020).

A nivel general, en el histórico de atentados terroristas se observan diferentes puntos de aumento y disminución. Como se puede observar en la figura 1, desde los años 70 se registran aumentos consecutivos en el número de actos terroristas que culminan en un primer pico observable de 5.073 atentados llevados a cabo en 1992. A partir de entonces parece que las cifras descienden a lo largo de la década de los 90. Es en el año 2001 cuando se registra de nuevo una leve subida coincidente con los atentados del 11-S, ataques terroristas masivos al corazón financiero de la ciudad de Nueva York, las Torres Gemelas, y al punto estratégico militar de Washington, el pentágono, en Estados Unidos (EE.UU.). Seguido años después, de un ascenso más notable a partir de 2005. Sin embargo, es a partir de 2011 cuando se puede observar el mayor incremento de los datos hasta el año 2014, siendo este último, el año con mayor despunte histórico en el número de atentados terroristas así como en sus consecuencias tal y como se puede ver en la tabla 1. En el año 2014 tuvieron lugar 13.463 atentados terroristas, 3.499 ataques más que en el año 2013, que provocaron la muerte de 32.700 personas y dejaron más de 34.700

víctimas heridas, además tuvieron lugar más de 9.400 secuestros, 6.291 más que en el año previo (START, 2015).

Tabla 1. Ataques y víctimas del terrorismo en el mundo en la última década 2009-2019 (adaptado de García-Vera et al., 2015; START, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Total de ataques terroristas	10.999	11.604	10.283	6.771	9.707	13.463	11.774	11.072	8.584	7.564	6.722	108.543
Total de fallecidos	14.971	13.186	12.533	11.908	17.891	32.727	28.328	25.621	18.859	15.951	13.822	205.797
Total de heridos	32.664	30.665	25.903	21.652	32.577	34.785	35.320	33.814	19.624	15.757	14.542	297.303
Total de secuestrados	10.507	6.050	5.554	1.283	2.990	9.400	12.189	15.543	9.016	5.477	4.664	82.673
Total afectados fallecidos, heridos y secuestrados	58.142	49.901	43.990	34.843	53.458	76.912	75.837	74.978	47.499	37.185	33.028	585.773

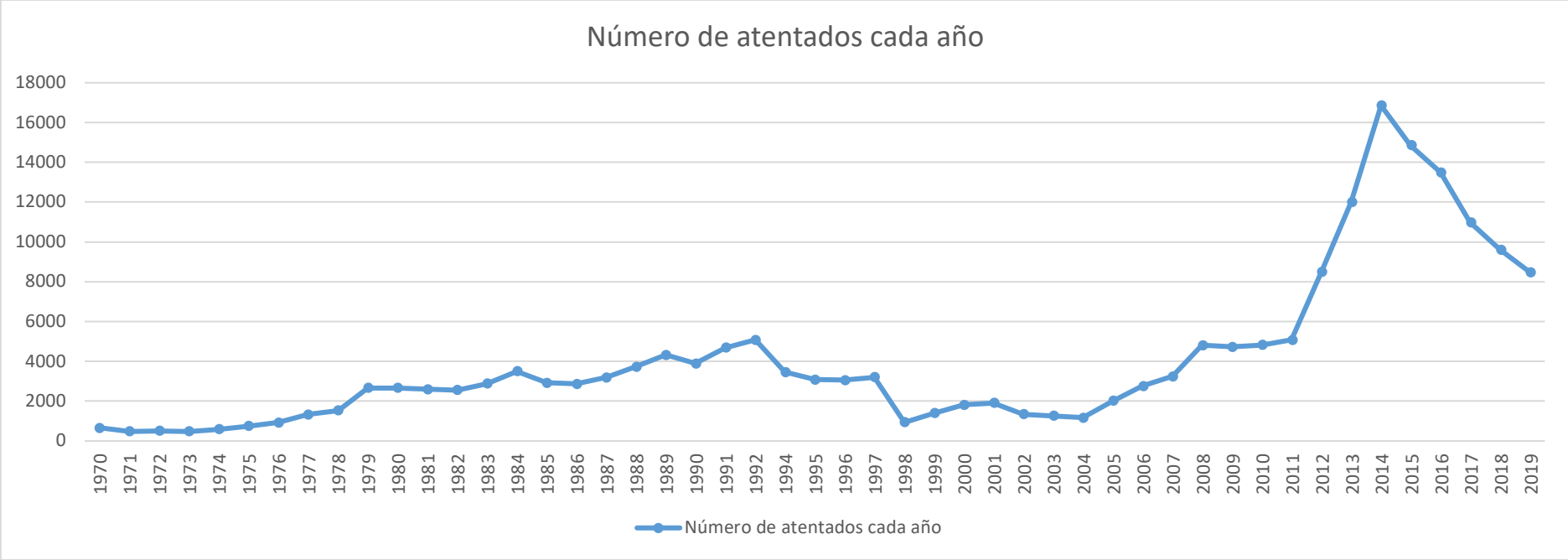
Nota. Los datos de 2009 a 2012 proceden de los informes del NCTC (*National Counterterrorism Center* de los EE. UU.); los datos de los años 2012 a 2019 proceden de los informes del START (*National Consortium for the Study of Terrorism y Responses to Terrorism* de los EE. UU. Basados en su base de datos de libre acceso GTD, 2020).

A partir de 2015 las cifras descienden. El número de atentados cometidos en 2015 disminuye un 13% comparados con el año anterior, tal y como se puede observar en la figura 1 y en la tabla 1. El año 2015 dibujó además, un descenso en el número de víctimas mortales, aunque la cifra de heridos aumentó en un 2% y la de secuestrados en un 29%, 2.789 más que en 2014 (START, 2016). Desde entonces y hasta 2019, la disminución del número de atentados ha sido consecutiva. El último informe de la START (2020) recoge que en el número de ataques terroristas ha descendido casi un 50% a nivel mundial en 2019 en relación al repunte dibujado en el 2014. De la misma manera el número de personas fallecidas, heridas o secuestradas descendieron en un 43% en 2019 con respecto a los datos del año 2014.

Los últimos datos registrados en *Global Terrorism Database (GTD)*, recopilados y analizados hasta 2019 por *National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* en su anexo de datos estadísticos (START, 2020), muestran que durante el año 2019 se cometieron 6.722 ataques terroristas, 1.030 menos que en 2018. Se registraron un total de 33.028 víctimas, entre fallecidos, heridos y secuestrados. Es decir, 4.157 personas afectadas menos que el año anterior. Estas cifras muestran los casos que cumplen los criterios restrictivos de análisis usados tradicionalmente por la START. Sin embargo, desde 2018 sus informes también reflejan datos con criterios más laxos en los que se muestran que entre 2017 y 2018 hubo un aumento en el número de atentados, un total de 9.607 que dejaron 22.987 personas fallecidas.

Respecto a 2019, el último informe indica la disminución en un 14% del número de ataques totales a nivel internacional. Se produjeron 8.476 atentados que dejaron un total de 20.309 personas fallecidas, 13% menos que en 2018 tomando los datos de todos los países a nivel mundial en su conjunto (START, 2020).

Figura 1. Número de atentados en el mundo en función de los años desde 1970 hasta 2019 (fuente: Base de datos GTD, 2020 de la START, 2020)



Por otro lado, el Departamento de Estado de los EE.UU. *State Bureau of Counterterrorism and Countering Violent Extremism* que reporta datos sobre terrorismo en su anexo de información estadística muestra cifras diferentes. En 2019 el documento se lleva a cabo por primera vez por Development Services Group, Inc. (DSG), y describen que, en el año 2018 tuvieron lugar 8.094 atentados en todo el mundo mientras que en el año 2019 aumentaron un 3% registrando 8.302 ataques, 208 atentados más. Este informe refleja cifras superiores a los datos reportados por otros informes, tanto en número de atentados como de víctimas. Con respecto al año 2018 describen un total de 32.836 víctimas mortales, 22.651 heridos y 3.534 personas secuestradas en todo el mundo. Es decir, un total de 59.021 personas afectadas por terrorismo directamente, de las cuales además el informe refleja que el mayor porcentaje fueron civiles y el 37,18% eran personas de población general no conocidas. Mientras que en el año 2019, en la misma dirección que el documento de la START, se refleja un descenso de las cifras con cerca de 48 mil afectados por terrorismo, entre ellos, 25.082 personas fallecidas, 19.924 heridos y 2.895 secuestrados. Entre los afectados el informe describe que el 30% eran militares y el 27% civiles.

La discrepancia en los datos probablemente se deba por un lado a la propia definición de terrorismo utilizada como se ha mencionado previamente. En este sentido, aunque ambos organismos coinciden en apuntar como acto terrorista el objetivo de infundir miedo para conseguir otro fin, en el caso del anexo de información estadística del Departamento de Estado de los EE.UU. *State Bureau of Counterterrorism and Countering Violent Extremism* la definición de terrorismo es más amplia al incluir “intento de coerción, intimidación o expresión de mensajes más allá de las víctimas presentes”. Por otro lado, la discrepancia en las cifras mostradas puede deberse también a la fuente de información. Mientras que los informes de la START se basaban en su base de datos GTD, el anexo de DSG está basado en su base Global Terrorism Trends and Analysis Center (GTTA) desarrollada a partir de 5 bases de datos contrastando la información con fuentes locales, tal y como describen en su informe (DSG, 2019, 2020).

A pesar de las diferencias, las mencionadas fuentes de información apuntan en una misma dirección señalando que las cifras del número de ataques terroristas a lo largo de los últimos años todavía se sitúan muy por encima de las que se recogían a finales del siglo XX, además de lo alarmante del número de personas afectadas directamente por esos sucesos, fallecidos, heridos y secuestrados. Sin embargo las consecuencias humanas no se quedan solo ahí, sino que se multiplicarían si se tuvieran en cuenta en los mencionados documentos a las víctimas indirectas de los atentados, es decir, a los familiares de los fallecidos y de los heridos. Así, el problema del terrorismo desde hace años y especialmente en la actualidad, en la que deja cifras acumuladas en la última década de más de medio millón de personas afectadas directamente por terrorismo a nivel mundial, se ha convertido en una de las principales preocupaciones a nivel internacional. La gravedad e importancia de este problema queda reflejada en las miles de víctimas que desgraciadamente se añaden a los afectados a nivel mundial cada año y en las consecuencias que experimentan.

1.3. Terrorismo ¿Un problema que afecta por igual a todas las regiones del mundo?

El terrorismo es un problema que afecta a muchos países, de ahí su entidad internacional. Sin embargo, no todas las áreas geográficas se ven igualmente afectadas. De la base de datos GTD, de libre consulta, se obtiene que 250 países se han visto afectados por terrorismo hasta la fecha. El número de atentados varía en función de la zona geográfica siendo los continentes de África y Asia los que presentan las cifras más altas, con porcentajes de atentados del 38,43 y 33,45 respectivamente desde 1970 hasta la fecha como se puede observar en la tabla 2 (GTD, 2021).

Tabla 2. Número de atentados mundiales entre 1970 y 2019. Datos tomados de la base de datos GTD (GTD, 2020; START, 2020)

Continente	Áreas Geográficas*	Número de atentados terroristas	Porcentaje de de atentados terroristas	
América		33.531	16,81	
	América del Norte	3.648	1,8	
	América central y Caribe	10.374	5,2	
	América del Sur	19.509	9,8	
Asia		66.707	33,45	
	Este asiático	824	0,4	
	Sudeste asiático	14.062	7,1	
	Sur asiático	51.249	25,7	
	Asia central	572	0,3	
Europa		22.251	11,16	
	Europa oriental	16.995	8,5	
	Europa occidental	5.256	2,6	
África		76.636	38,43	
	Medio este y Norte de África	55.042	27,6	
	África Subsahariana	21.594	10,8	
Australia y Oceanía		303	0,2	0,15
Total atentados mundiales		199.428		

Nota: *las áreas geográficas se presentan tal y como las recoge y codifica la base de datos GTD de la START (GTD, 2020).

El anexo de información estadística de DSG mostró que en el año 2019, tuvieron lugar 8.302 atentados en todo el mundo en los que se vieron afectados 89 países (DSG, 2020). El mencionado informe concluye además, que el 85% de dichos ataques se concentran en tres zonas geográficas: Oriente Medio, Sur de Asia y África Subsahariana al igual que el año anterior, siendo Afganistán, Siria, Iraq, India, Somalia, Nigeria, Yemen, Filipinas, Colombia y La República democrática del Congo, diez de los países más afectados por terrorismo en los que se cometieron el 74% de los atentados durante 2019 (DSG, 2020). Afganistán presentó un aumento del 2% en el número de ataques aunque menos violentos que el año anterior, un 16% menos de personas fallecieron en los mismos, y se sitúa como el país donde más atentados hubo en 2019 ya que representa el 21% comparado con otros países (START, 2020).

Entre los dos principales grupos terroristas que más han atentado en los diez países mencionados, se encontrarían en primer lugar los Talibanes con un total de 1.459 ataques, un 35% más que en el año 2018, en los que 13.964 personas resultaron heridas o fallecidas, un 4% más que el año anterior en el que 1.079 ataques acabaron con la vida de 8.509 personas y 4.943 resultaron heridas. El 43% de las personas afectadas por los atentados de los Talibanes eran militares, el 38% políticos y el 10% población general. Y en segundo lugar ISIS con 575 ataques, un 11% menos que en el año anterior, provocando un total de 2.770 personas heridas o fallecidas, un 48% menos que en 2018 en el que 647 atentados causaron la muerte de 3.585 personas e hirieron a 1.761 personas. En el caso de ISIS, el 35% de los afectados eran personas civiles, de población general, el 20 % políticos y el 16% militares. Ambos grupos usaron como estrategia de ataque principal las bombas y explosivos, ataques suicidas y asesinatos en comparación con otros grupos terroristas (DSG, 2020).

A pesar de que el mayor porcentaje de actos terroristas se comenten en países orientales, los países occidentales no están exentos de actos terroristas. Por ejemplo, Estados Unidos ya había sufrido algún ataque terrorista islámico a lo largo de su historia, sin embargo, no cabe duda

que los atentados del 11-S supusieron, en 2001, un antes y un después tanto por sus terribles consecuencias como por la difusión mediática de los actos. Como se avanzó previamente, en los atentados del 11-S dos aviones comerciales secuestrados por terroristas se estrellaron contra las Torres Gemelas del distrito financiero de Nueva York y otro más que se estrelló contra el pentágono en Washington convirtiéndose así en los atentados con mayor número de víctimas mortales registrados a día de hoy a nivel mundial (Barco, 2010; Combs, 2017). La misma célula terrorista, Al Qaeda, atentó en Europa tres años después del 11-S en Madrid, España, el 11 de marzo de 2004, causando la mayor masacre en la historia del mencionado país. La explosión de varias bombas en trenes que se encontraban en las estaciones de Atocha, Santa Eugenia y el Pozo, y frente a la calle Téllez provocaron la muerte de 192 personas y unas 1.500 resultaron heridas. Un año después, 7 de julio de 2005, el mismo grupo responsable atentó en el metro de Londres con tres explosiones en las que murieron 56 personas.

Desgraciadamente no son los únicos atentados acontecidos en el siglo XXI. La masacre de la maratón de Boston el 15 de abril 2013, EE.UU., se volvió a convertir en un gran escaparate del terrorismo, esta vez con terroristas etiquetados como “lobos solitarios”. La hoja de hechos de la START (2019) describe que entre 2015 y 2017 se han cometido múltiples actos de más de 5 muertos en Europa Occidental en ciudades como París, Bruselas, Niza, Berlín, Manchester, Londres y Barcelona a manos de yihadistas. El informe *Trends in Global Terrorism* de la START (2019) indicó que durante el mencionado periodo murieron más de 400 personas en Europa Occidental. En 2015, el 13 de noviembre se cometieron en París, Francia, diferentes atentados suicidas en la sala Bataclán, y un restaurante cercano al Estadio de Francia que acabaron con la vida de 149 personas, convirtiéndose en la segunda masacre europea tras los atentados del 11-M en Madrid. Según Pagazaurtundúa (2017) en el *Libro blanco y negro del terrorismo en Europa*, en Europa el tercer atentado más sanginario se situaría en Niza, en Francia, tras el atentado del 16 de julio de 2016, en el que un terrorista arrojó un camión contra

una multitud. Otros atentados acontecidos en suelo europeo serían los cometidos en Bruselas en el museo judío el 24 de mayo de 2014 y en el aeropuerto y el Metro, el 22 de marzo de 2016 que dejaron con 36 fallecidos; los de Berlín el 19 de diciembre de 2016, con 12 fallecidos en un mercado de Navidad al ser arrollados por un camión o el de las Ramblas de Barcelona el 17 de agosto de 2017. Todos ellos, lamentablemente, dejan tras de sí historias de familias marcadas y rotas. El estudio de Pagazaurtundúa (2017) revela que las víctimas mortales de los atentados acontecidos en Europa entre los años 2000 y 2016 presentaban una edad entre 1 y 90 años, y un 61,6% eran hombres. El mismo estudio describe que entre las nacionalidades más frecuentes estarían principalmente española, francesa y británica aunque también habría ciudadanos israelíes, tunecinos, turcos y estadounidenses entre otras nacionalidades.

Entre 2017 y 2018 se observa un descenso tanto del número de atentados en un 31%, como del número de muertes en un 70% en Europa Occidental (START, 2019). Donde en el año 2018 hubo un total de 201 ataques terroristas, nueve de ellos letales, siendo Reino Unido el país más azotado por atentados terroristas con un total de 100 atentados, la mayoría en el norte de Irlanda. El último atentado acontecido en Europa en 2018 se cometió en Estrasburgo en Francia, el 11 de diciembre de 2018, cuando un asaltante atacó a varios civiles en un mercadillo navideño aclamando al estado islámico (START 2019).

El informe European Union terrorism situation and trend (TE-SAT) 2020 de la EUROPOL, indicó que durante 2019 trece países europeos informaron de 119 ataques terroristas contando los que fallaron, fueron frustrados y los que finalmente se llevaron a cabo. Diez personas murieron a causa de los atentados y 27 resultaron heridas. Entre los atentados que se registran en Europa en 2019 estarían el 7 de octubre en Hessen, Alemania, cuando un camión colisionó contra varios vehículos causando 8 heridos. Y el último fue el perpetrado por un terrorista en las inmediaciones del puente de Londres que acabó con la vida de dos personas el 30 de noviembre (DNS, 2019).

1.4.El terrorismo en España

Como se ha anticipado, lamentablemente, España no ha estado ajena a este tipo de tragedias. La base de datos GTD (2020) recoge que en España entre los años 1970 y 2019 se han cometido un total de 3.255 actos terroristas, de los cuales, entre otros tipos de atentados, 1.904 fueron ataques con bombas; 301 fueron ataques con la intención de hacer daño o matar mediante uso de armas como cuchillos, granadas o proyectiles; 599 ataques tuvieron el objetivo de atentar contra personas específicas como cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, miembros de partidos políticos o del gobierno, por ejemplo, y 95 fueron secuestros. Según los datos que recoge el Global Terrorism Index (GTI, 2019) entre 2002 y 2018 España se encontraría en el puesto 59 del ranking regional de países afectados por terrorismo.

España es un país que presenta una larga historia de terrorismo que se remonta a 1960. Ese año, explotó una bomba colocada por la banda terrorista ETA en una estación de San Sebastián causándole la muerte a un bebé de un año de edad, Begoña Urroz, primera víctima mortal de ETA que al no haber sido planificada expresamente por la banda, este atentado no fue reconocido por ellos en un primer momento (De la Calle y Sánchez-Cuenca, 2004). Ocho años después, en 1968 la banda terrorista ETA cometió un atentado causándole la muerte al guardia civil José Pardines, primera víctima mortal reconocida por la banda (Muñoz, 1982). A partir de ahí se suceden décadas de terror con amenazas de atentados, atentados ejecutados o secuestros que colmaban los noticieros españoles de la época amedrentando a la sociedad. Su reivindicación fue clara desde que la banda se fundó en 1959, a través del miedo pretendían presionar al gobierno para conseguir la autodeterminación del País Vasco bajo sus propias normas (Sánchez Cuenca, 2009a; Sánchez-Cuenca, 2009b; Zubiaur, 2018). Bajo ese objetivo y hasta 2011, año en el que ETA declaró el alto el fuego, la historia de España está teñida de atentados de todo tipo tanto individuales, a tiros o con explosivos, como de atentados masivos como el de la casa cuartel de la Guardia Civil de Zaragoza o el del Hipercor de Barcelona.

Los años más cruentos fueron los denominados “años del plomo” a finales de los años 70 y la década de los 80 (Sánchez-Cuenca, 2009b). Desde la celebración de las primeras elecciones en 1977 la banda terrorista aumentó su ofensiva contra el Gobierno español. Sin embargo, con el afán de visibilizar su lucha, años después llevarían a cabo atentados masivos como los mencionados de la casa cuartel de Zaragoza o el del Hipercor de Barcelona, atentados indiscriminados que dejaban leer el mensaje “víctimas podíamos ser todos”. Mensaje que movilizó a la sociedad del momento y que culminó como punto de inflexión años después con manifestaciones de repulsa cuando en 1997 la banda terrorista ETA secuestra y posteriormente asesina a Miguel Ángel Blanco, concejal en la localidad de Ermua (Fundación Miguel Ángel Blanco, 2021).

A partir del año 2000 y tras un alto el fuego de un año en 1998 se suceden múltiples detenciones que debilitan a la banda. En 2010 se produce su último atentado al que le siguen de nuevo detenciones que llevan al anuncio por parte de la banda del fin de la lucha armada en 2011 (El mundo, 2021) y al desmantelamiento de la cúpula de la banda entre 2015 y 2016 por parte de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado. Dos años después, se hace pública en los medios de comunicación una carta que anuncia el fin y disolución total de la banda terrorista.

Los datos sobre el número de fallecidos varían según las fuentes consultadas. La Fundación Víctimas de Terrorismo reporta que la banda terrorista ETA dejó 855 víctimas mortales, 574 de las cuales eran del País Vasco (Fundación Víctimas del Terrorismo, 2020a). La misma fuente describe que 797 de sus víctimas eran hombres y en relación con la edad, 20 eran menores. Por su parte la Subsecretaria de la Dirección general de Apoyo a Víctimas de Terrorismo del Ministerio del Interior recoge que las víctimas mortales de ETA fueron 829 como se refleja en la tabla 3.

Tabla 3. *Bandas terroristas españolas y número de víctimas mortales en función de la fuente de datos consultada. Adaptado de (Sánchez Cuenca, 2009b)*

Organización		Siglas de la organización	(Sánchez Cuenca, 2009)	Subsecretaría de la Dirección general de Apoyo a Víctimas de Terrorismo. Ministerio del Interior	Fundación Víctimas de Terrorismo
Período			Durante la transición española: 1975-1981	TOTAL: 1960-2019	
Nacionalista	Euskadi Ta Askatasuna - militar	ETA-m	308	829	855
	Euskadi Ta Askatasuna político-militar	ETA-pm	24		
	Comandos Autónomos capitalistas	--	23	s.d.	
	Exércit Popular Catalá	EPOCA	3	s.d.	2
	Front D'Alliberament Catalá	FAC	1	s.d.	1
	Movimiento Autodeterminación e Independencia Archipiélago Canario	MPAIAC	1	s.d.	1
	Frente Revolucionario Vasco-Aragonés	FRAVA	1	s.d.	s.d.
Extrema Izquierda	Grupos de Resistencia Antifascista Primero de Octubre	GRAPO	64	84	86
	Frente Revolucionario Antifascista y Patriótico	FRAP	3	s.d.	6
	Anarquistas	--	s.d.	s.d.	6

Organización	Siglas de la organización	(Sánchez Cuenca, 2009)	Subsecretaría de la Dirección general de Apoyo a Víctimas de Terrorismo. Ministerio del Interior	Fundación Víctimas de Terrorismo	
	Iraultza-Izquierda Radikal Vasca		s.d.	s.d.	1
Extrema Derecha	Batallón Vasco-Español	BVE	26	s.d.	33
	Alianza Apostólica Anticomunista	Triple A	10	s.d.	
	Grupos Armados Españoles	GAE	5	s.d.	
	Otros grupos de extrema derecha	--	16	s.d.	
Bandas armadas			s.d.	s.d.	71
Grupos Yihadistas			s.d.	230	286
OTROS			s.d.	239	
TOTAL			485	1382	1348

Nota: s.d.=sin datos. Los datos de la transición española están tomados de Sánchez-Cuenca (2019). Los datos de la Fundación Víctimas de Terrorismo están tomados de la página web de la fundación a fecha de junio de 2020 en el epígrafe bandas armadas la propia fundación describe que este grupo se incluyen víctimas de atentados cuya autoría no está reconocida y ejemplifican el caso de Begoña Urroz y las 70 víctimas españolas del Hotel Corona de Aragón.

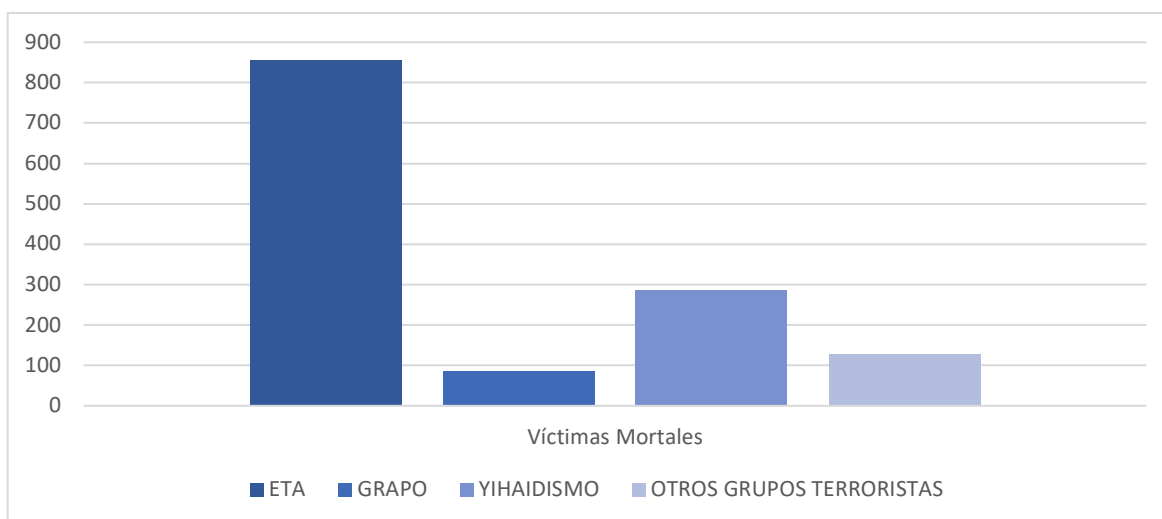
Aunque la inmensa mayoría de los atentados en España fueron cometidos por ETA, no ha sido la única banda que ha atentado y sembrado el terror en el mencionado país. Tal y como se ha reflejado en la tabla 3, en España han existido más de diez organizaciones terroristas distintas, entre las que la segunda banda española más mortífera se encuentra el Grupo de Resistencia Antifascista Primero de Octubre (GRAPO). Este grupo terrorista acabó con la vida de 86 personas, 43 de ellas en Madrid y su mayoría hombres que suman un total de 78 (Fundación Víctimas del Terrorismo, 2020c).

Sin embargo GRAPO, según los datos de la Fundación Víctimas del Terrorismo, (2020b) no sería la organización más mortífera si se tiene en cuenta el terrorismo internacional acaecido en España, dado que las cifras en este caso ascienden a 286 víctimas mortales. Entre los atentados de organizaciones internacionales en España cabe mencionar el acontecido en el restaurante “el Descanso” y dirigido a militares estadounidenses que se encontraban en una zona militar en un municipio cercano a Madrid. El atentado de “El Descanso” causó 18 muertos y es considerado el primer atentado islamista con muertos en España. Sin embargo, el 11 de marzo de 2004, previamente mencionado es cuando tuvieron lugar los atentados más cruentos de la historia de España con 192 víctimas y 1500 heridos tras la explosión de distintas bombas en las estaciones de Atocha, Santa Eugenia y el Pozo, y frente a la calle Téllez, a manos de Al Qaeda un grupo terrorista islamista. Años más tarde, en 2017, una célula del autoproclamado Estado Islámico provocó el atentado más reciente en España, los atentados de las Ramblas de Barcelona y Cambrils el 17 y 18 de agosto de 2017 en los que murieron 17 personas y más de 140 resultaron heridas tras ser atropellados por una furgoneta.

La Fundación Víctimas del Terrorismo (2020d) reporta en sus datos 129 víctimas mortales de diferentes organizaciones entre los que agrupa extrema derecha, anarquistas,

Frente Revolucionario Antifascista y Patriótico (FRAP), Ejército Popular Catalán (EPOCA) entre otros tal y como se ilustra en la figura 2.

Figura 2. *Número de víctimas mortales en función de la organización terrorista. Fuente: Fundación Víctimas del Terrorismo (2020a, 2020b, 2020c, 2020d)*



Por otra parte, en la historia de España constan movimientos contraterroristas organizados, como por ejemplo El Batallón Vasco Español (BVE) compuesto por agentes de policía y servicios secretos que surgió tras el asesinato a Carrero Blanco en 1973 con el fin de contrarrestar los atentados terroristas de ETA y que provocaron 40 víctimas. Otros grupos similares fueron la Alianza Apostólica Anticomunista (Triple A), los Grupos Armados Españoles (GAE) y los Grupos Antiterroristas de Liberación (GAL) entre otros. Estos últimos dejaron 27 víctimas mortales (Fonseca et al., 2013).

El número de víctimas mortales totales en España por terrorismo, como se mencionaba anteriormente, varía en función de la fuente consultada. La última revisión de la Fundación Víctimas del Terrorismo, apuntaba el dato de 1348 personas fallecidas a consecuencia de actos terroristas (Fundación Víctimas del Terrorismo, 2020a, 2020b, 2020c, 2020d). Por su parte la Subsecretaría de la Dirección General de Apoyo a Víctimas de Terrorismo del Ministerio del Interior, informa de 1.382 personas fallecidas y de 4.819

personas heridas en atentado terrorista (Ministerio del Interior. Subsecretaría de la Dirección General de Apoyo a Víctimas de Terrorismo, 2018), tal y como se recoge en la tabla 4.

Tabla 4. *Número de víctimas españolas. Fuente: Subdirección General de Ayudas a Víctimas del Terrorismo y de Atención Ciudadana, Ministerio del Interior, (22 de junio de 2020); Fundación Víctimas de Terrorismo (2020)*

Tipo de víctimas	Número
Personas Fallecidas en un atentado	1.382
Personas heridas en un atentado	4.819
Familiares de 1º grado de fallecidos en atentado	4.698
Personas secuestradas por grupos terroristas	69
Personas amenazadas por grupos terroristas	99
Personas que sufrieron daños materiales en un atentado, pero no fueron heridas	3.781
TOTAL	14.848

Las cifras describen una dura realidad en la historia de España. Sin embargo, y tal y como se ha señalado a lo largo de este capítulo, con el fin de atender a la realidad de las víctimas por terrorismo no se pueden contabilizar solamente a las víctimas mortales sino que hay que tener en cuenta también a los heridos y a las familias tanto de heridos como de fallecidos y a los secuestrados, lo que nos haría tener en cuenta una cifra de 11.067 personas afectadas por terrorismo. Si además se añaden a esa cifra las personas a que han sido afectadas por daños materiales como por ejemplo perder su casa, la cifra ascendería

a 14.848 personas afectadas en España según los datos de Subdirección General de Ayudas a Víctimas del Terrorismo y de Atención Ciudadana, Ministerio del Interior, (22 de junio de 2020); Fundación Víctimas de Terrorismo, (2020) que se muestran en la tabla 4.

Capítulo 2:

Las consecuencias del terrorismo

2.1. Consecuencias psicológicas en las personas

La vivencia de un atentado terrorista genera grandes consecuencias en las personas (Arce, 2019). A nivel emocional la vivencia de un acto potencialmente traumático como un atentado genera diferentes reacciones. En el caso de que la persona haya sufrido el atentado en primera persona, dicha experiencia supone una amenaza a su propia vida y su integridad, lo que conlleva una respuesta emocional intensa de miedo, horror e indefensión y la quiebra del sentimiento de seguridad de la víctima. En el caso de que la persona haya perdido a un familiar en este tipo de sucesos violentos, además de sufrir las consecuencias traumáticas referidas al evento, experimentará multitud de sentimientos negativos relacionados con el sufrimiento que supone la propia pérdida como, por ejemplo, dependencia emocional, irritabilidad, actitudes victimistas, pasividad, introversión, aislamiento, ira o agresividad (Echeburúa et al., 2004; Muñoz y Navas, 2007). En este sentido, tal y como concluyen Ubillos et al., (2005) ante la experiencia de un atentado terrorista como el 11-M, la vivencia de tristeza y miedo se asocian a una mayor percepción de riesgo y a respuestas de defensa.

Muchos estudios muestran que en la población general aparecen reacciones psicopatológicas después de un atentado terrorista cuya intensidad, gravedad y duración puede variar, entre otros factores y principalmente por el grado de exposición al epicentro del atentado pero también por el apoyo social y otras variables sociodemográficas (Cano-Vindel et al., 2004; Galea et al., 2003). En relación al curso de la sintomatología que aparece inicialmente, en general la literatura científica recoge que tiende a remitir. Por ejemplo, en el estudio realizado en 2002 por Galea et al., en el que evaluaron la prevalencia de estrés postraumático (TEPT) en población general después de los atentados del 11-S, encontraron que la prevalencia de TEPT un mes después de los

atentados se situaba en torno al 7,5% en el sur de Manhattan, es decir, el doble de la prevalencia en población general antes de los atentados que se situaba en torno al 3,6 % (Blazer et al., 1994); y la prevalencia de sintomatología TEPT subsindrómica en torno al 17.4%. Añaden además, que transcurridos cuatro y seis meses de los atentados se producía un gran descenso en los porcentajes de prevalencia. En concreto a los 4 meses la prevalencia de TEPT descendía al 1,7% y al 0,6% transcurridos seis meses por debajo de la prevalencia antes de los atentados; la prevalencia de sintomatología TEPT subsindrómica se situó en un 4 y 4,7% respectivamente (Galea et al., 2003). Esa misma reducción también se puede observar en otros trastornos. En el estudio con población general tras los atentados del 11-M en Madrid llevada a cabo por (Miguel-Tobal et al., 2005) encontraron que la prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor descendía de un 8% entre 1-3 meses al 2,5% entre los 6-9 meses siguientes.

Este efecto se repite, incluso, cuando hablamos de prevalencias en personas afectadas directa o indirectamente por los atentados terroristas. En esta dirección (DiMaggio y Galea, 2006), al llevar a cabo un metaanálisis basado en 61 estudios encontraron que 2 meses después de los atentados la prevalencia media del TEPT era del 16% entre las víctimas directas e indirectas, la cual, se vio reducida significativamente al 14% a los 6 meses y, al 12 % al año.

En la dirección de lo descrito cabe señalar que parece que hay un porcentaje alto de personas que no presentan psicopatología (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera et al., 2016; García-Vera y Sanz, 2017; Gutiérrez Camacho, 2016; Vázquez, 2005) y recuperan su ritmo de vida habitual (Poseck et al., 2006; Sosa y Capafóns, 2005). De hecho en la mayoría de las personas aparecerán reacciones sintomatológicas entre leves y moderadas relacionadas con ansiedad y depresión que forman parte del proceso normal de recuperación tras una experiencia de tal magnitud y cuya intensidad disminuirá a las

semanas (García-Vera y Sanz, 2010). Los procesos emocionales mueven a las personas a la acción cuando sus niveles de intensidad son moderados, de tal manera que, por ejemplo, el miedo moviliza hacia el escape o la protección y la tristeza hacia la reflexión y reevaluación de planes, pedir ayuda o asimilar la situación actual.

La literatura recoge que habrá personas que tras la experiencia de un atentado terrorista logren mantener un equilibrio sin que otras áreas de su vida se vean afectadas, es decir, desarrollarán procesos de resiliencia (Poseck et al., 2006). Incluso habrá personas que sean capaces de encontrar aspectos positivos de la vivencia de la experiencia adversa, por ejemplo identificando aprendizajes nuevos o valorando más ciertas áreas de su vida. Estas personas que pueden identificar beneficios tras haber pasado por una experiencia traumática experimentan un proceso de crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun, 2004).

No obstante, no podemos olvidar que la probabilidad de padecer un trastorno mental en personas afectadas por atentados terroristas es entre 2 y 3 veces mayor que en la población general (Echeburúa et al., 2004), incluso revisiones más recientes señalan que el riesgo puede ser aún mucho mayor, hasta 5 o 10 veces más (García-Vera et al., 2016; García-Vera y Sanz, 2016). Datos que sostienen el interés científico por conocer las potenciales variables que dan lugar a la presencia de consecuencias psicopatológicas en las víctimas de atentados terroristas.

Tras un acontecimiento traumático cuando la interpretación del trauma es desadaptativa, los esquemas básicos de las personas se rompen, las creencias sobre la vida diaria se alteran y, por tanto, se postula que aparecerán distintas conductas psicopatológicas (Resick y Schnicke, 1992; Vogt et al., 2012) que se encuadrarían en trastornos psicológicos. De hecho la literatura apunta a que el impacto en la modificación

de creencias básicas será mayor en actos de violencia colectiva que en otros acontecimientos negativos rutinarios (Arnosó et al., 2011).

La reacción ante un evento traumático depende de diversos factores, como ya se ha mencionado previamente, algunos relacionados con el suceso en sí como son la intensidad y lo inesperado del evento, el grado de exposición al suceso, las pérdidas sufridas y el riesgo real experimentado; otros relacionados con las características de la propia persona como su atribución de lo ocurrido, su grado de vulnerabilidad y sus recursos de afrontamiento; y otros relacionados con el apoyo social existente (Cano-Vindel et al., 2004; Echeburúa et al., 2004). En esta última dirección, la pérdida de recursos es uno de los factores a tener en cuenta, por ejemplo, en un estudio realizado por (Hobfoll et al., 2006) encontraron que las personas que presentaban síntomas de TEPT o de trastorno depresivo mayor (TDM) desde los atentados del 11-S presentaban una pérdida de recursos significativamente mayor que aquellos que no presentaban síntomas. Los autores indican que la pérdida de recursos es un factor de riesgo del probable desarrollo de psicopatología relacionada con TEPT y TDM.

2.2. Consecuencias psicopatológicas en las víctimas de terrorismo

El interés por conocer las repercusiones psicológicas ha ido oncrementándose a raíz del aumento de actos terroristas en estas últimas décadas. En concreto, los atentados del 11 de septiembre de 2001 (11-S) en Nueva York y Washington DC (Estados Unidos) supusieron un punto de inflexión en la producción científica. Según los datos de la START (2018), en la década previa a los atentados del 11-S, 1991-2000, se produjeron 26.692 atentados en el mundo y entre esas fechas se pueden encontrar unas 578 entradas de publicaciones científicas con los términos “terrorist attack” or “terrorism” and “posttraumatic stress” or “acute stress” or “depression” or “anxiety” or “panic” en

cualquier campo en las bases de datos MEDLINE y PTSDPubs en PROQUEST; por su parte, en la década de los atentados del 11-S, 2001-2010, se produjeron 28.006 atentados en el mundo y el número de publicaciones asciende a 8.851 con los mismos términos.

Después de los atentados del 11-S se produjeron otros atentados masivos como los del 11-M en Madrid (España) o el 7-J en Londres (Inglaterra). La proliferación de atentados y la magnitud de los mismos fomentaron el interés científico por conocer cuáles eran las consecuencias psicopatológicas, como se ha podido observar en la cantidad de trabajos publicados en los últimos años. Es por ello que, aunque podemos encontrar referencias científicas previas como los estudios sobre consecuencias de atentados en Irlanda del Norte (Lyons, 1971) o el ataque en 1995 a un edificio federal del gobierno en la ciudad de Oklahoma (Sprang, 1999), la mayor parte de la literatura sistemática y específica sobre este tema se concentra en estas dos últimas décadas. Sin embargo, cabe destacar en este punto que la mayor parte de la literatura reciente abarca, fundamentalmente, estudios realizados en países desarrollados y centrados en atentados masivos, por lo que a la luz de la variedad de atentados terroristas y teniendo en cuenta que la mayoría de los atentados se producen en oriente, los datos han de ser interpretados con cautela a la hora de generalizar los resultados (García-Vera y Sanz, 2010).

En un principio, el interés científico se centró en conocer las consecuencias en el momento del suceso, por ejemplo, gran parte de los estudios se llevaron a cabo con las víctimas y familiares de las víctimas fallecidas en los atentados masivos del 11-S o del 11-M (Miguel-Tobal et al., 2004; Vázquez, 2005; Vázquez et al., 2006), y también se estudiaron las repercusiones en personal de emergencia.

Muchos de los estudios aportan datos sobre sintomatología derivada de la vivencia de un ataque terrorista utilizando cuestionarios o entrevistas *ad hoc* que informan sobre síntomas específicos. Un reciente estudio llevado a cabo entre 4 y 6 semanas después de

los atentados del 18 de marzo en el museo nacional del Bardo en Túnez con 51 personas que trabajaban en el museo mostró que el 68,6% presentaban síntomas clínicamente significativos relacionados con TEPT en los que los pensamientos intrusivos y las respuestas de evitación eran los síntomas más frecuentes. Así mismo informaron de que el 40,6% presentaba síntomas graves de depresión y un 35% mostraba ambos grupos sintomáticos (Fekih-romdhane et al., 2017). Por su parte (Seirmarco et al., 2012), tres años después de los atentados del 11-S, encontraron sintomatología relacionada con duelo complicado como la más prevalente en su muestra de víctimas relacionadas con los atentados de las Torres Gemelas y del Pentágono, con un 43%. Encontraron además que un 21,8% presentaba sintomatología clínicamente significativa relacionada con TEPT y un 19,4% con depresión.

Actualmente la proliferación de trabajos científicos ha permitido poder realizar revisiones sistemáticas y metaanálisis que aportan información sobre la prevalencia de los trastornos pero también sobre el curso de los mismos. Ejemplo de ello son los metaanálisis sobre TEPT de DiMaggio y Galea (2006) o el referido al estudio del abuso de sustancias de DiMaggio, Galea y Li (2009) por un lado, y por otro, las revisiones sistemáticas sobre TEPT de García-Vera, Sanz y Gutiérrez (2016), (García-Vera y Sanz, 2017); o sobre el trastorno depresivo mayor (TDM) de Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Galea (2011) incluso de la prevalencia de otros trastornos emocionales de García-Vera y Sanz (2010) y Gutiérrez Camacho (2016).

Según los datos arrojados por las revisiones de la literatura de las que se dispone hasta la fecha, y en líneas generales, se pueden inferir algunas conclusiones sobre las consecuencias psicopatológicas tras un atentado terrorista (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2010; García-Vera et al., 2016; García-Vera y Sanz, 2017). La primera es que el trastorno mental más frecuente en las víctimas directas de terrorismo es

el trastorno por estrés postraumático (TEPT). La segunda es que las víctimas presentan otros trastornos más allá del TEPT entre los que el trastorno depresivo mayor (TDM) es el segundo más frecuente en víctimas directas y el primero más frecuente en víctimas indirectas, es decir, familiares de fallecidos y de heridos. La tercera es que los porcentajes de mayor comorbilidad se encuentran precisamente entre el TEPT y el TDM. Y la cuarta es que a muy largo plazo se mantienen las conclusiones anteriores, es decir, el TEPT es el trastorno más frecuente, seguido del TDM y existe alta comorbilidad entre ambos incluso varios años después de que se produjera el atentado. Por estos motivos, y por ser los diagnósticos centrales del objetivo de esta tesis, serán los trastornos cuyos datos de prevalencia se desarrollarán de forma más específica en los siguientes subapartados.

No obstante, no se puede olvidar ni dejar de mencionar que los datos de diferentes investigaciones reflejan que, más allá de los trastornos mencionados, tras un atentado terrorista se pueden presentar una gran variedad de síntomas y de otros trastornos mentales como se puede ver en la tabla 5 (Bleich et al., 2003; García-Vera y Sanz, 2010).

Tabla 5. *Consecuencias psicopatológicas en víctimas de atentados terroristas*

	Víctimas directas (%)⁺	Víctimas indirectas (%)⁺	Referencia del estudio
TEPT	38,9 (<6 meses)	29,4 (<6 meses) 16,9 (6-12 meses) España)	García-Vera et al. (2016)
TDM	33,9 20-30	47 s.d.	García-Vera y Sanz (2010) Salguero et al. (2011)
Agorafobia	19,8	s.d.	García-Vera y Sanz (2010)
TAG	6,9	s.d.	García-Vera y Sanz (2010)
T. pánico	6,1	s.d.	García-Vera y Sanz (2010)

	Víctimas directas (%)⁺	Víctimas indirectas (%)⁺	Referencia del estudio
Abuso de sustancias	7,3	s.d.	(DiMaggio et al., 2009)

Nota: ⁺=media ponderada.

(García-Vera y Sanz, 2010) llevaron a cabo una de las últimas revisiones sistemáticas sobre la prevalencia de trastornos emocionales distintos al TEPT. Tras una búsqueda metódica, analizaron unos 14 estudios publicados entre 1980 y 2009 que tenían como objeto de estudio las consecuencias psicopatológicas de atentados terroristas usando instrumentos de cribado validados o criterios diagnósticos DSM. Tal y como se muestra en la tabla 5, de dicha revisión se desprende que el tercer trastorno más frecuente en las víctimas directas de terrorismo es el trastorno por agorafobia con una prevalencia media en torno al 19,8% (media ponderada) seguido del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno de pánico con una prevalencia en torno al 6,9% y 6,1% (media ponderada) respectivamente.

Del mismo estudio se desprenden las prevalencias tras los atentados del 11-M en Madrid, que se sitúan en torno al 11%, 9% y 2-11% para agorafobia, TAG y trastorno de pánico respectivamente. Dichas cifras superan las cifras habituales de prevalencia en población general española que se sitúan en torno al 0,3%, 0,5% y 0,6% respectivamente para los mencionados trastornos (Haro et al., 2006).

Por otro lado, parece que la exposición prolongada a experiencias de atentados terroristas incrementa las consecuencias psicopatológicas. Una reciente revisión sistemática sobre esa temática específica indicó que en el grupo de personas altamente expuestas a esas situaciones, un 58,9% mostraba altos niveles de distrés. Asimismo recogieron cifras en torno al 57,8% de caso probable de TAG que descendían en torno al 21 y 12% a los 2 y 4 meses respectivamente (Greene et al., 2018).

En relación a otros trastornos como los relacionados con sustancias, en 2009 un metaanálisis llevado a cabo por DiMaggio, Galea, y Li mostró que la prevalencia del incremento del abuso de alcohol, controlando la exposición al evento, el tipo de evento y el tiempo que había pasado desde entonces, era del 7,3% en los primeros dos años tras el atentado. En relación con el consumo de cigarrillos se situaba en torno al 6,8% y otras drogas sobre el 16,3% (DiMaggio et al., 2009).

2.2.1. Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) ha sido quizá una de las consecuencias psicopatológicas más estudiadas en las víctimas de terrorismo. De su estudio en estas décadas de mayor proliferación científica cabe resumir, como ya se ha mencionado previamente, que el TEPT es el trastorno mental más presente en las víctimas de terrorismo (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; García-Vera et al., 2016). En la tabla 6 se recogen las prevalencias mostradas por los diferentes estudios de revisión sistemática o metaanálisis publicados.

En concreto, y como se anticipaba al principio de este capítulo, DiMaggio y Galea (2006) realizaron un metaanálisis en el que analizaron los resultados de 61 estudios publicados en diferentes bases de datos hasta 2004 y que habían estimado la prevalencia del TEPT derivado de atentados terroristas mediante el empleo de instrumentos de cribado validados o mediante criterios diagnósticos basados en el DSM. Los resultados de este estudio indicaban que el TEPT afectaba a los supervivientes (víctimas directas) con una prevalencia media del 18%. Encontraron, además, separando una muestra de población general en función de la distancia al evento, que los supervivientes más lejanos (víctimas indirectas) presentaban una prevalencia de TEPT del 9,5% de media que, aunque no de manera significativa, se situaba por encima de los supervivientes más

cercanos al evento (7,9%). Por lo que se puede deducir que la afectación por este trastorno va más allá de las personas que experimentan directamente el atentado.

Una revisión más reciente realizada por García-Vera, Sanz y Gutiérrez en 2016, en la que se incluyeron 35 estudios que habían evaluado la presencia de TEPT con entrevistas diagnósticas validadas ofrece, sin embargo, datos diferentes. Por un lado, sitúa en cifras más altas la prevalencia del TEPT en víctimas directas, alrededor del 33-39% al año de los atentados, y, en cambio, en la población general de la comunidad afectada, las cifras son menores, alrededor del 4%. Cabe añadir que en esta revisión se incluyeron estudios como (Gabriel et al., 2007; Gil y Caspi, 2006) que informan de porcentajes de prevalencia entre el 44,1% y 61,3% en víctimas directas y que no se incluyeron en la revisión metaanalítica de (DiMaggio y Galea, 2006).

Sin duda la diferencia en los datos de prevalencia resulta llamativa y son muchos los factores que por un lado pueden intervenir en el desarrollo del TEPT, como lo son las características de la muestra, el lugar en el que se dan los atentados o la historia previa de atentados vividos (Norris et al., 2002). Y por otro, factores que pueden afectar a la propia medición diagnóstica. Del estudio de García-Vera, Sanz y Gutiérrez (2016) se desprende que incluso las prevalencias varían dentro de un mismo país, tomando como ejemplo el caso de Israel en el que los datos de prevalencia del TEPT entre las víctimas directas oscilan entre 15,5% (Dolberg et al., 2010) o 25,8% (Ankri et al., 2010) y 35,9% (Shalev y Freedman, 2005) o 61,3% (Gil y Caspi, 2006). De la metodología de dichos estudios se observa, además, que no todos reflejan los mismos momentos de medida que oscilan desde un momento temporal fijo como a los 4 meses del atentado (Shalev y Freedman, 2005) o a los 6 meses (Gil y Caspi, 2006); a momentos temporales variables de recogida de datos de 1-8 meses después del atentado (Ankri et al., 2010) o entre 1-9 meses (Dolberg et al., 2010).

Por otro lado y en relación con la metodología también se encuentran diferencias en las revisiones previamente mencionadas, concretamente con los instrumentos de evaluación. DiMaggio y Galea, (2006) incluyeron estudios que utilizaban tanto instrumentos de cribado validados como criterios diagnósticos basados en el DSM; mientras que en la revisión de García-Vera, Sanz y Gutiérrez (2016) los 35 estudios contaban con una entrevista diagnóstica como instrumento de medida. Por lo que esta última revisión ofrece información sobre diagnósticos TEPT y no solo sobre sintomatología obtenida mediante instrumentos de cribado que, a pesar de sus buenas propiedades psicométricas, si son utilizados como único instrumento diagnóstico pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones de la presencia de trastornos clínicos (Vázquez et al., 2006). Por ejemplo, (Gutiérrez Camacho, 2016) encontró en su revisión que la prevalencia de TEPT en víctimas directas basada en instrumentos de cribado, durante el primer año, presentaba un porcentaje medio de 12,6%, y oscilaba entre el 6,3% del estudio de (Sommer et al., 2005) y el 51,9% del estudio (Curran et al., 1990). Mientras que la prevalencia basada en entrevistas diagnósticas en ese mismo periodo presentaba un porcentaje medio de un 41,2% y oscilaba entre el 18%, encontrado por (Gil, 2005), y el 61%, de Gil y Caspi (2006).

En el caso de la exposición prolongada a experiencias de atentados terroristas parece que las cifras se mantienen y oscilan entre el 5,6% y el 35,2% según muestra la revisión sistemática de (Greene et al., 2018) con estudios sobre israelíes en exposición directa a atentados en la zona de Gaza.

Tabla 6. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en estudios de metaanálisis o revisiones sistemáticas

Referencia	Procedimiento/ Estudios	Muestra/ Lugar del atentado	Momento de evaluación tras el atentado	Prevalencia	Curso de la prevalencia
Víctimas directas					
DiMaggio y Galea, (2006)	Metaanálisis 8 estudios	Atentados masivos: EEUU, Irlanda del Norte, Francia, Japón	Entre 2 meses y 5 años	16,8%	T1': 16% T2: 14% T3: 12%*
García-Vera et al., (2016)	Revisión narrativa 15 estudios	Atentados masivos: España, EEUU, Japón, Israel, Kenia	Entre 1 mes y 1,5 años	29,8% ⁺	T1: 38,9% ⁺ T2: 32,9% ⁺ T3: 22,5% ⁺
Familiares y amigos de heridos y fallecidos					
DiMaggio y Galea, (2006)	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
García-Vera et al., (2016)	Revisión narrativa 5 estudios	Atentados masivos: España, EEUU	Entre 1 mes y 6 años	23% ⁺	T1: 29,4% ⁺ T2: 16,9% ⁺
Personal de servicios y emergencias					

Referencia	Procedimiento/ Estudios	Muestra/ Lugar del atentado	Momento de evaluación tras el atentado	Prevalencia	Curso de la prevalencia
DiMaggio y Galea, (2006)	Metaanálisis 2 estudios	Atentados masivos: EEUU	Entre 1 y 5 años	16,8%	T1': 16% T2: 14% T3: 12%
García-Vera et al., (2016)	Revisión narrativa 10 estudios	Atentados masivos: España, EEUU	Entre 1 mes y 6 años	6,9% ⁺	T1: 5,1% ⁺ T2: 6% ⁺ T3: 7,2% ⁺
Población general					
DiMaggio y Galea, (2006)	Metaanálisis 10 estudios	Atentados masivos: EEUU	Entre 2 meses y 1 año	10,9%	T1': 16% T2: 14% T3: 12%
García-Vera et al., (2016)	Revisión narrativa 11 estudios	Atentados masivos: España, EEUU, Israel	Entre 1 mes y 4 años	6,9% ⁺	T1: 4,1% ⁺ T2: 4,4% ⁺ T3: 3,8% ^{***}

Nota. s.d. = sin datos. EEUU=Estados Unidos de América. T1=1 mes después, T1'= 2 meses después; T2: 6 meses después, T2': 6-9 meses después; T3: 12 meses después. *Los datos sobre el curso del trastorno se establecen de manera general sin especificar datos de familiares de heridos o fallecidos en el metaanálisis de DiMaggio y Galea (2006). ⁺Porcentajes medios ponderados por el tamaño de la muestra. ^{**} Los autores especifican que el porcentaje está calculado dejando fuera dos estudios (Henriksen et al., 2010 y Shear et al., 2006) tras valorar un posible sesgo en los datos dada la particularidad de su muestra.

2.2.2. Prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor

El trastorno depresivo mayor (TDM) es el segundo trastorno más presente en las víctimas directas de terrorismo y el primero en las víctimas indirectas tal y como se anunció previamente. La mencionada revisión de García Vera y Sanz, (2010) describió que el porcentaje medio de la prevalencia de TDM en estudios con supervivientes se situaba en torno al 33,9% (media ponderada por el tamaño de la muestra), oscilando desde el 19,4% (North et al., 2005) al 57,6% (Baldomero et al., 2004). Mientras que en familiares y amigos de víctimas mortales o heridas, en las víctimas indirectas el porcentaje medio ascendía al 47% (media ponderada por el tamaño de la muestra) entre el 31,3% (Miguel-Tobal et al., 2004) y el 50,2% (Baldomero et al., 2004). La información de la prevalencia encontrada sobre el trastorno depresivo mayor en víctimas del terrorismo en los diferentes estudios se resume en la tabla 7.

De manera coincidente, un año después, Salguero et al. (2011) estimaron en su revisión metaanalítica que el riesgo de sufrir un trastorno depresivo mayor en las víctimas directas del terrorismo es del 20-30%. Sin embargo, en el grupo de víctimas indirectas estimaron porcentajes menores, en torno al 3,9-9,7%. En este punto cabe destacar que si bien uno de los objetivos del metaanálisis es dar información sobre las víctimas indirectas, los estudios analizados que apoyan esos datos de prevalencia, en realidad, se refieren a población general, tal y como exponen los propios autores en el cuerpo del artículo. Por lo que esos datos no habría que compararlos con los datos de víctimas indirectas que arroja la revisión sistemática de García-Vera y Sanz, (2010), ya que dicha categoría se refiere específicamente a “familiares y amigos de víctimas directas”, sino con los de población general que de manera consistente reflejan una prevalencia del 9,1% (media ponderada por el tamaño de la muestra). El metaanálisis de Salguero et al. (2011) no

distingue la categoría “familiares y amigos de víctimas directas” e incorpora estudios que trabajan con población y con supervivientes.

Al margen de las mencionadas diferencias, no se puede dejar de atender al hecho de que las cifras son muy elevadas, aún más cuando se comparan con la prevalencia del TDM en la población general que, por ejemplo, en la población española alcanza tan sólo el 3,96% (Haro et al., 2006). La alta frecuencia del trastorno depresivo se puede observar tanto en víctimas directas como en familiares y amigos o en población general. Tan solo en personal de emergencias e intervinientes se encuentran datos por debajo de la población general española, 2% (García-Vera y Sanz, 2010).

De hecho en los grupos previamente mencionados, la frecuencia del trastorno depresivo continúa siendo muy elevada si se atiende al curso del trastorno. A este respecto, en víctimas directas se sitúa en torno al 28,6% al mes del atentado, 22,7% en los 6 meses posteriores y 28,6% al año según el estudio de (Conejo-Galindo et al., 2007) al que ambas revisiones hacen referencia. En el caso de los familiares y amigos de afectados aunque se observa un gran descenso, del 31,3% de prevalencia entre el 1-3 mes al 15,2% entre 6-9 meses después, la frecuencia del trastorno sigue siendo elevada. Tan solo se encontraría una prevalencia similar a la población general española anteriormente mencionada y situada en el 3,96%, en el curso del trastorno depresivo en población general tras un atentado. En cuyo caso descendería del 8% entre el primer y tercer mes al 2,5% entre 6-9 meses después (García-Vera y Sanz, 2010).

La alta prevalencia del TDM en las víctimas que sufren un atentado terrorista incluso en la población general tras un atentado puede resultar llamativa. Sin embargo, no es tan sorprendente al tener en cuenta que en un acontecimiento tan estresante como atentado terrorista es muy frecuente que las víctimas sufran distintas pérdidas y que como apuntan Chía-Chávez et al., (2011) los sucesos vitales y traumáticos que suponen una

pérdida están asociados a depresión. En esa misma dirección ya se adelantó que la pérdida de recursos es un factor de riesgo del probable desarrollo de psicopatología relacionada con TEPT y TDM (Hobfoll et al., 2006). De hecho entre las pérdidas que sufre una víctima de terrorismo se pueden encontrar, desde las relacionadas con el fallecimiento de seres queridos como familiares o amigos; a las relacionadas con pérdidas materiales como el vehículo de transporte, la propia casa y los enseres que en ella hubiera, el nivel económico; o las relacionadas con la experiencia propia del evento como heridas físicas y emocionales, secuelas físicas permanentes que impiden realizar actividades que previamente se realizaban y que eran placenteras o que generan dificultades para relacionarse con otras personas y conllevan un posterior deterioro del círculo social.

Tabla 7. Prevalencia del trastorno depresivo (TDM) en estudios de metaanálisis o revisiones sistemáticas

Referencia	Procedimiento/ Estudios	Muestra/ Lugar del atentado	Momento de evaluación tras el atentado	Prevalencia	Curso de la prevalencia
Víctimas directas					
García Vera y Sanz, (2010)	Revisión narrativa/ 6 estudios	Atentados masivos: España, EEUU	Entre 1 mes y 24 años	33,9%	T1: 28,6% T2: 22,7% T3: 28,6%
Salguero et al., (2011)	Revisión narrativa/ 6 estudios	Atentados masivos: España, EEUU	Entre 1 mes y 3 años	19,4-31,3%*	T1: 28,6% T2: 22,7% T3: 28,6%
Familiares y amigos de heridos y fallecidos					
García Vera y Sanz, (2010)	Revisión narrativa/ 2 estudios	Atentados masivos: España, EEUU	Entre 1 mes y 24 años	47,7%	T1': 31,3% T2': 15,2%
Salguero et al., (2011)	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Personal de servicios y emergencias					
García Vera, (2010)	Revisión narrativa/ 4 estudios	Atentados masivos: España, EEUU	Entre 1 y 5 años	8,6%	T1': 2% T2': 0%
Salguero et al., (2011)	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.

Referencia	Procedimiento/ Estudios	Muestra/ Lugar del atentado	Momento de evaluación tras el atentado	Prevalencia	Curso de la prevalencia
Población general					
García Vera y Sanz, (2010)	Revisión narrativa/ 6 estudios	Atentados masivos: España, EEUU	Entre 1 mes y 3 meses	9,1%	T1': 8% T2': 2,5%
Salguero et al., (2011)	Revisión narrativa/ 5 estudios	Atentados masivos: España, EEUU	Entre 1 y 6 meses	8,9%	s.d.

Nota. s.d. = sin datos. T1=1 mes después, T1'= 1-3 meses después; T2: 6 meses después, T2': 6-9 meses después; T3: 12 meses después TDM = Trastorno depresivo mayor. *En la revisión de Salguero et al. (2011) no se establece diferenciación entre heridos y familiares de heridos y fallecidos y en el caso del curso de la prevalencia en víctimas directas los datos hacen referencia al mismo estudio de (Conejo-Galindo et al., 2007) que la revisión de García Vera y Sanz, 2010.

2.2.3. Comorbilidad en víctimas de atentados terroristas: TEPT-TDM

La literatura científica recoge que las consecuencias psicopatológicas anteriormente mencionadas no siempre se presentan como entidades diagnósticas aisladas sino que de manera frecuente se asocia la presencia de otro trastorno simultáneamente. De hecho un estudio realizado por Gabriel et al., (2007) encontró que el 52,8% de la muestra de supervivientes del 11-M presentaban dos o más trastornos mentales, mientras que en el caso de la población general ese porcentaje era del 22%.

En concreto en víctimas de terrorismo, la presencia de TEPT, el trastorno más frecuente, se ha asociado a abuso de alcohol, agorafobia o pánico, con cifras que se sitúan entre 5,49% (Gillespie et al., 2002), 1,2-16,5% (Gabriel et al., 2007; Gillespie et al., 2002) respectivamente, o con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en un 3,2-8,6% (Gabriel et al., 2007). Sin embargo la comorbilidad más frecuente se encuentra con el trastorno depresivo mayor como puede verse en la tabla 7 (Conejo-Galindo et al., 2007; García-Vera y Sanz, 2010; Gillespie et al., 2002).

En 2002 Gilliespie et al., (2002) entre las víctimas supervivientes de las bombas de Omagh de 1998 a las que evaluaron para llevar a cabo su terapia cognitivo-conductual, encontraron que un 54% de su muestra padecía de forma simultánea TEPT y además otro diagnóstico del eje I, entre 1-34 meses después del atentado, siendo la comorbilidad más presente la de TEPT y TDM que se daba en el 47,3% de su muestra de 91 personas. En la misma dirección, un estudio (Shear et al., 2006) en el que incluyeron a 70 personas que describían haber conocido a alguna persona fallecida en los atentados del 11-S en Nueva York, concluyó que el 18,5% mostraban simultáneamente TDM, duelo complicado y TEPT, un 8,6% manifestaban trastorno depresivo mayor y TEPT, y un 5,7% presentaban duelo complicado y TEPT.

En España, el grupo de investigación de Miguel-Tobal et al. (2004), tras los atentados del 11-M en Madrid, encontró una comorbilidad del 2% (IC al 95% = 1,2-3,2) entre TEPT y depresión en una muestra general de 1.589 personas madrileñas. Los propios autores indican que el 1,4% (IC al 95% = 0,8-2,3) sería atribuible a los atentados.

El hecho de que la comorbilidad más frecuente se encuentre entre TEPT y TDM subraya la importancia que tiene el TDM en las víctimas de atentados terroristas. Como se comentaba anteriormente, esto no es de extrañar dada la naturaleza de pérdidas que se desprende de un atentado terrorista. Por otro lado, también es interesante recalcar en este punto, aunque se describirá con detalle en el siguiente capítulo, que la última edición del manual diagnóstico de la American Psychiatric Association, el DSM-5, añade un nuevo criterio sintomático al diagnóstico de TEPT que tiene en cuenta la sintomatología depresiva y su representación cognitiva (APA, 2013). En concreto, en este nuevo criterio sintomático se incluyen nuevos síntomas relacionados con la existencia de creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas acerca de sí mismo, los demás o el mundo (p. ej., “soy malo”, “no se puede confiar en nadie”, “el mundo es peligroso”), con la existencia de cogniciones persistentes y distorsionadas sobre la causa o las consecuencias del evento traumático que llevan a la persona a culparse a sí misma o a otros, y con la presencia de un marcado y persistente estado de ánimo negativo de cualquier tipo (p. ej., temor, ira, vergüenza, culpa) (APA, 2013). Con la incorporación de estos nuevos síntomas a la nueva categoría de alteraciones negativas de las cogniciones y del estado de ánimo, el DSM-5 se hace eco de los datos anteriormente mencionados sobre la comorbilidad de TEPT y TDM y otorga a la sintomatología depresiva, especialmente a la cognitiva, un lugar específico y relevante en el cuadro clínico postraumático.

Tabla 7. Prevalencia de la comorbilidad del trastorno por estrés postraumático y el trastorno depresivo en estudios de metaanálisis o revisiones sistemáticas

Referencia	Atentado	Momento de evaluación tras el atentado	Prevalencia de TEPT+TDM	Prevalencia TEPT y otros diagnósticos
Víctimas directas				
(Gabriel et al., 2007)	11-M (España)	2-15 semanas	25,2%	TEPT+agorafobia: 16,5% TEPT+TAG: 8,6% TEPT+TP: 7%
(Gillespie et al., 2002)	Omagh (Irlanda del Norte)	1-34 meses	47,3%	TEPT+abuso alcohol: 5,49% TEPT+agorafobia/TP: 4,39%
Familiares y amigos de heridos y fallecidos				
(Shear et al., 2006)	11-S (EEUU)	18 meses	8,6%	TEPT+duelo complicado+TDM; 18,5% TEPT+duelo complicado: 5,7 %
Personal de servicios y emergencias				
(Gabriel et al., 2007)	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Población general				
(Gabriel et al., 2007)	11-M	2-15 semanas	4,5%	TEPT+agorafobia: 2,8% TEPT+TAG: 3,2% TEPT+TP: 1,2%
(Miguel-Tobal et al., 2004)	11-M	1 mes	2%	s.d.

Nota. s.d. = sin datos. EEUU= Estados Unidos; TAG=Trastorno de ansiedad Generalizada; TDM = Trastorno depresivo mayor TEPT=Trastorno por Estrés Postraumático; TP= Trastorno de pánico.

2.3. Consecuencias psicopatológicas a muy largo plazo: el caso de España

Con el paso del tiempo es lógico pensar que la literatura científica dará respuesta a interrogantes sobre el curso del tiempo y la prevalencia diagnóstica tras un atentado terrorista. Los estudios publicados hasta la fecha han dado lugar a la realización de alguna revisión sistemática como es el caso de Lowell et al., (2018) que realizaron una revisión 15 años después de los atentados del 11-S. Lowell et al., (2018) recopilan datos de 13 estudios epidemiológicos de los cuales un 61% eran estudios sobre prevalencia en intervinientes y personal de rescate. En general de esta revisión se desprende por un lado que las prevalencias en pacientes de atención primaria descienden con los años, por ejemplo (Neria et al., 2008) muestra que pasan del 9,6% tras el primer año al 4,1% después de 4 años. Sin embargo en el caso de intervinientes y personal de rescate las cifras son variables y en general muestran prevalencias altas que aumentan o se mantienen en cifras similares. Tales son los ejemplos por un lado de (Berninger et al., 2010) describe un estudio longitudinal con 4 medidas en el que reporta que la prevalencia de TEPT en una muestra de bomberos aumentó del 9,8% en primer año, al 9,9% el segundo, 11,7% el tercero y descendió 10,6% el cuarto año; (Bowler et al., 2012) en una muestra de policías encontraron prevalencias de TEPT de 7,8% entre los 2-3 primeros años después de los atentados que aumentaron al 16,5% 5-6 años después.

La mayoría de los estudios cubren prevalencias a largo plazo por debajo de los 6 años. En estudios que cubren una ventana temporal más amplia, de hasta 11,5 años después de los atentados, de nuevo se encuentran datos contradictorios. Estudios como el de Cone et al., (2015) encontraron en una muestra de policías, leves descensos en la prevalencia de TEPT del 13,6% entre los 2-3 primeros años, al 11,9% entre los 5-8 años siguientes y del 11% entre los 10-11 años después de los atentados. Mientras que otros

como el de Pietrzak et al., (2014) muestran prevalencias que aumentan en policías de 8,5% en los 5 primeros años, del 9,3% entre los 4-7 años después de los atentados y del 9,8% entre 6-9 años; o como el de Zvolensky et al., (2015) que muestra prevalencias en policías del 14,3% entre los 1-9 años posteriores y del 15,3% entre 3,5-11,5 años.

En los últimos años comienzan a aparecer publicaciones que abarcan el estudio a muy largo plazo de las víctimas del terrorismo, como es el caso del estudio de Adams et al., (2019) que abarca 13 años después de los atentados de las Torres Gemelas con 4 momentos de medida, en los años 2003-04, 2006-07, 2011-12 y 2015-16. Los datos aportados muestran un efecto de “v” invertida en la prevalencia de caso probable de TEPT ya que en la primera ola registran un 16,5%, en la segunda un 19,3% que desciende al 16,7% en la tercera ola y al 13% en el cuarto momento de medida.

Dada la variabilidad de los datos, de nuevo cabe mencionar las diferencias metodológicas de los estudios dado que la mayoría de ellos usan instrumentos como cuestionarios y no todos incluyen entrevistas diagnósticas con entrevistadores entrenados que puedan aportar una mayor validez al proceso de evaluación.

El caso particular de España, como se ha indicado en el capítulo anterior, cuenta con una historia de atentados terroristas de más de 50 años que han dejado tras de sí decenas de miles de personas afectadas y que ha dado lugar al estudio pormenorizado de las consecuencias psicopatológicas en diferentes momentos como se ha reflejado en el presente capítulo. Un trabajo reciente de Gutiérrez Camacho, (2016) muestra los datos de prevalencia de los trastornos psicológicos en las víctimas de atentados terroristas a muy largo plazo tras una evaluación mediante entrevista diagnóstica estructurada, SCID-I, aplicada por clínicos entrenados. Este trabajo, como se resume en la tabla 8, describe que incluso después de una media de 21,27 años desde los atentados, la prevalencia del TEPT sería de aproximadamente del 26,8% cifra muy significativa atendiendo al tiempo que

había pasado desde el atentado y a la prevalencia del TEPT en la población general española que se sitúa en 0,5% (Haro et al., 2006). En el estudio también se indica que el segundo trastorno más frecuente a muy largo plazo es el TDM que es de 17,9%, cifra que multiplica por cuatro la prevalencia anual del TDM en la población general española.

Tabla 8. *Prevalencia puntual de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad evaluados mediante entrevista diagnóstica 21,27 años después de los atentados. Adaptado de Gutiérrez Camacho, (2016)*

	Total víctimas (%)	Víctimas directas (%)	Familiares de fallecidos (%)	Familiares de heridos (%)	Prevalencia en población española (Haro et al., 2006).
TEPT	26,8	35,8	22,4	17,8	0,5
TDM	17,9	22,2	16,4	13,2	3,96
Agorafobia	5,3	14,8	12,1	11,6	0,3
TAG	11,8	13,1	9,7	12,4	0,5
T. pánico	4,3	2,8	6,1	4,7	0,6
TOC	5,5	5,1	4,8	7	s.d.

Nota. s.d. = sin datos. TEPT=Trastorno por Estrés postraumático; TDM=Trastorno Depresivo Mayor; TAG=Trastorno de Ansiedad generalizada; T. pánico=Trastorno de pánico TOC=Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Del mismo estudio (Gutiérrez Camacho, 2016) se desprenden los porcentajes de prevalencia de la muestra estudiada en función del tiempo transcurrido desde el atentado, como se puede comprobar en la Tabla 9. Cabe mencionar que aunque se observan diferencias entre las categorías temporales, la autora explica que los análisis efectuados indicaron que dichas diferencias no son estadísticamente significativas.

Por último es relevante destacar que la literatura muestra elevadas cifras de comorbilidad en torno a los diagnósticos más prevalentes en las víctimas de terrorismo. El proyecto “Seguimiento psicológico de las víctimas del terrorismo y efectividad de los tratamientos psicológicos en un estudio realizado con una muestra de 507 personas de la población general de víctimas españolas del terrorismo mostró que un 13,2% sufrían a la vez TEPT y TDM, de manera que del total de víctimas con TEPT, un 49,3% padecían a la vez un TDM, mientras que del total de víctimas con TDM, un 73,6% mostraban a la vez un TEPT (Gutiérrez et al., 2021).

Tabla 9. Prevalencia puntual de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad evaluados mediante entrevista diagnóstica 21,27 años después de los atentados. Adaptado de (Gutiérrez Camacho, 2016)

	Prevalencia puntual 0-10 años (%)	Prevalencia puntual 11-20 años (%)	Prevalencia puntual 21-30 años (%)	Prevalencia puntual 31-40 años (%)	Prevalencia en población española (Haro et al., 2006).
TEPT	32,9	31	22,2	23,1	0,5
TDM	4,3	6	3,3	6,9	3,96
Agorafobia	14,3	21,4	12,4	8,5	0,3
TAG	17,1	13,1	9,8	7,7	0,5
T. pánico	2,9	10,7	8,5	6,2	0,6
TOC	5	7,1	7,2	3,1	s.d.

Nota. s.d. = sin datos TEPT=Trastorno por Estrés postraumático; TDM=Trastorno Depresivo Mayor; TAG=Trastorno de Ansiedad generalizada; T. pánico=Trastorno de pánico TOC=Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Capítulo 3:

**Acercamiento nosológico al
TEPT Y TDM y alteraciones
cognitivas negativas**

3.1.El Trastorno por Estrés postraumático según las clasificaciones diagnósticas

El estudio de la sintomatología postraumática comienza tras la observación de las reacciones que los excombatientes de guerra mostraban cuando volvían del campo de batalla. En este sentido, se pueden encontrar descripciones clínicas desde la guerra civil americana y posteriores a las guerras mundiales (Sosa y Capafóns, 2005). Dichas descripciones no eran únicas de excombatientes de guerra. Kraepelin en 1905 acuñó el término *schreckneurosis* o *neurosis de miedo* para describir la presencia de sintomatología de activación tras la exposición a accidentes graves (Sosa y Capafóns, 2005). Sin embargo, no es hasta 1980 cuando la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) recoge la clínica de esta reacción emocional bajo el nombre de TEPT en el manual diagnóstico, *Diagnostic and Statistical Manual*, DSM-III (APA, 1983). Desde entonces se reconoce el efecto prolongado de los eventos traumáticos en las personas más allá de la consideración previa como reacciones agudas eventuales en la que se subestimaba el efecto traumático de las situaciones bélicas.

El manual DSM-III describió tres grupos sintomáticos, no presentes antes del evento traumático y que constituyen los síntomas definatorios del TEPT. Dichos síntomas se agruparon en reexperimentación, embotamiento afectivo e hiperactivación, este último estaba compuesto por otras alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales (APA, 1983). Además de las características principales del diagnóstico el manual deja entrever que puede presentarse a cualquier edad y que puede cursar tanto con inicio inmediato (bajo la categoría agudo) o después de los 6 meses del suceso o en los últimos seis meses, englobado bajo la categoría crónico o demorado. Así mismo, el manual deja intuir que la

aparición de una serie de síntomas, como el embotamiento psíquico y la evitación, puede generar interferencia aunque no se describe como criterio para identificar el diagnóstico.

Con los años la descripción diagnóstica del TEPT aunque en esencia no ha cambiado, sí que ha sufrido alguna variación. En la tabla 10 se recogen los principales cambios respecto a los criterios y grupo diagnóstico del TEPT en las diferentes ediciones de la clasificación diagnóstica del DSM, desde la tercera edición (DSM-III, APA, 1983) hasta la última publicada, la quinta o DSM-5 (APA, 2013).

Tabla 10. *Cambios en la clasificación diagnóstica del DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y DSM-5 (APA, 1983, 1989, 1995, 2013) respecto a los criterios y otras características diagnósticas del trastorno por estrés postraumático*

	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5
Criterios base	Existencia de estrés reconocible capaz de generar síntomas de malestar	Vivencia de un acontecimiento fuera del marco habitual	Vivencia personal o de alguna persona cercana de un evento amenazante. Sensación subjetiva de horror o miedo intenso	Vivencia en primera persona o presenciar lo que le ha ocurrido a otro o saber que le ha ocurrido a alguien cercano un evento amenazante. Exposición repetida a un evento traumático
Grupos de síntomas	Reexperimentación Hiperactivación Embotamiento afectivo	Reexperimentación Hiperactivación Evitación- embotamiento	Reexperimentación Hiperactivación Evitación- embotamiento	Reexperimentación Hiperactivación Evitación Embotamiento Alteraciones negativas cognitivas y anímicas
Exclusión	s.d.	s.d.	s.d.	Efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica

	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5
Interferencia	s.d.	s.d.	Malestar clínicamente significativo y social	Malestar clínicamente significativo
Curso	Inmediato y demorado	Inmediato Inicio demorado Duración mínima 1 mes	Inmediato Inicio retardado	Inmediato Expresión retrasada
Tipos	Agudo: Entre 1-6 meses Crónico o demorado: > 6 meses	Inmediato o después de un periodo de meses o años después del trauma	Agudo: <3 meses Crónico: > 3 meses Inicio retardado: >6 meses después del acontecimiento	Agudo: <3 meses Crónico: > 3 meses Inicio retardado: >6 meses después del acontecimiento
Edad	No distinción niños adultos	No distinción niños adultos	Alguna especificación para niños	Distinción entre Adultos, adolescentes y niños > 6 años Niños < 6 años
Grupo diagnóstico	Trastornos de ansiedad			Trastornos relacionados con traumas y estresores

Nota. No se incluye en la presente tabla los criterios y grupo diagnóstico del TEPT en el DSM-IV-TR, puesto que en éste no se contemplaban cambios más allá de los aportados en el DSM-IV.

La revisión posterior del DSM-III (DSM-III-R) especifica y ejemplifica en el criterio A que la característica principal de un estresor susceptible de estar asociado a TEPT debía ser una vivencia no habitual en la experiencia humana. Asimismo, describe un poco más los grupos sintomáticos, añadiendo que las reexperimentaciones son desagradables y que existe un malestar intenso (APA, 1989). Además cambia la distribución de los grupos sintomáticos. Concretamente, renombra la categoría sintomática de embotamiento afectivo como evitación y embotamiento afectivo, añadiendo a esta nueva categoría dos síntomas de evitación y especificando que no debían de estar presentes antes de la vivencia del suceso traumático APA, 1989. En la versión DSM anterior, la evitación se contemplaba como síntoma dentro del grupo de

hiperactivación. Una de las novedades de este manual es que se incluye como criterio diagnóstico la duración de los síntomas del cuadro postraumático, concretamente señala un mes mínimo de duración del malestar. Conjuntamente, en cuanto al curso, cabe destacar que el manual no aporta mucha información al respecto describiendo tan solo que puede aparecer tanto de manera inmediata como después de un periodo de meses o años tras el trauma. En esta dirección apunta que los síntomas de reexperimentación pueden aparecer más tarde por la presencia de los síntomas de evitación. Y añade que se especifique en el diagnóstico si es de inicio demorado. Por otro lado, de la misma manera que el DSM III, el DSM-III-R describe sin considerarlo como criterio diagnóstico, que puede haber malestar e interferencia en el día a día. Lo que añade en este punto es la graduación de dicho malestar como medio o grave casi en todos los aspectos de la vida.

Años después se publicó el DSM-IV (1995) que mantuvo los síntomas definatorios del TEPT añadiendo algunos matices. En relación a éstos, por ejemplo y en primer lugar, en el criterio A se especifica que además de (1) experimentar un acontecimiento traumático ha de (2) ser vivido con una respuesta de temor, desesperanza u horror intensos para poder así definir la presencia de TEPT. Por otro lado añade pautas para la identificación del cuadro en niños, y, por último, aun manteniendo los tres grupos sintomáticos de reexperimentación, evitación-embotamiento e hiperactivación, desplaza el síntoma de activación ante el estímulo del grupo de hiperactivación al grupo de reexperimentación, (APA, 1995). Por otro lado, incluye la novedad de incorporar como criterio diagnóstico la existencia de malestar clínicamente significativo y social a consecuencia de los síntomas. Por último, en comparación con el DSM-III-R en esta versión del manual se mantiene el criterio de duración, igualmente, se incluye la especificación de inicio demorado, así como las del DSM-III agudo o crónico aunque modificando en el DMS-IV los meses de duración como se recoge en la tabla 10.

El DSM-IV-TR, por su parte, la revisión del DSM-IV, más allá de algún cambio en el propio texto para así describir mejor los síntomas, no presenta cambios ni en los criterios ni en los síntomas definitorios del TEPT en relación a su manual predecesor (APA, 2002).

Más de 30 años después de la inclusión del TEPT en el DSM-III, la última edición del manual diagnóstico, el DSM-5 (APA, 2013), aporta importantes novedades con respecto a las anteriores ediciones siendo una de ellas la incorporación del diagnóstico al grupo “*Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*” y no dentro de los “*Trastornos de ansiedad*” como en ediciones previas. En primer lugar, cabe destacar que novedosamente hace distinción en función de la edad realizando especificaciones de acuerdo con tres grupos de edad. Define unos criterios para adultos, entre los que entrelaza las especificaciones para adolescentes y niños mayores de 6 años a modo de notas y describe pormenorizadamente los criterios diagnósticos para niños menores de 6 años.

En relación a los criterios diagnósticos, una de las primeras novedades es que dentro de la propia categoría de TEPT, tal y como se observa en la tabla 8, se elimina del criterio A la especificación de la reacción subjetiva de miedo u horror para poder hacer un diagnóstico de TEPT. La eliminación del criterio A2 por un lado responde a los datos de la evidencia empírica que indican que el mencionado criterio del DSM-IV no predecía el desarrollo de TEPT ni reducía el número de los que sí habían estado expuestos (criterio A1) (Friedman et al., 2011; Friedman, 2013). Y por otro atiende a la literatura científica que indica que las reacciones postraumáticas de las personas son muy variadas y abarcan no solo respuestas emocionales patológicas distintas al miedo, la desesperanza o el horror, sino también respuestas cognitivas y motoras muy heterogéneas y combinaciones de todas ellas, (American Psychiatric Association, 2013/2014; Friedman et al., 2011).

En su lugar, el DSM-5 apuesta por aclarar específicamente qué se considera evento traumático —“exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s). 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros. 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental. 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil)”— (APA, 2013/2014, p. 271).

De tal forma que el actual manual describe específicamente que la mera exposición directa al evento traumático, el simple hecho de ser testigo del evento o de saber que este evento le ha ocurrido a un familiar o allegado cercano, o la mera experiencia repetida o extrema de detalles muy aversivos del mismo, son experiencias asociadas al TEPT sin necesidad de que se hayan vivido con temor, desesperanza u horror intensos en comparación con el manual precedente (APA, 2002, 2013). La descripción específica de los sucesos desencadenantes contempla además, como novedad, a los profesionales que trabajan en primera línea de intervención tras una catástrofe.

Adicionalmente, otra de las novedades del DSM-5 se encuentra en que el nuevo manual nosológico aumenta a cuatro grupos sintomáticos la descripción del cuadro de estrés postraumático como se observa comparativamente en la tabla 10 y se especifica en la tabla 11. En este punto, a los ya conocidos grupos de reexperimentación, evitación/embotamiento e hiperactivación, se añade por primera vez uno referido a alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo (véase la tabla 11). La incorporación de la nueva categoría sintomática responde a la evidencia de estudios que sometían la sintomatología descrita a análisis factoriales confirmatorios, concluyendo en

la existencia de las cuatro categorías mencionadas (Friedman et al., 2011; Friedman, 2013).

En esta nueva edición, el criterio de reexperimentación se mantiene con los mismos síntomas que el antiguo DSM-IV-TR. En el criterio de hiperactivación se añade un síntoma, referido a conductas autolesivas. Sin embargo, como se mencionó previamente, los mayores cambios aparecen en el criterio de evitación y en la creación de una nueva agrupación o criterio de síntomas cognitivos y anímicos. El criterio de evitación en el DSM-5 mantiene solo los síntomas de evitación, tanto de pensamientos, sensaciones y recuerdos como de personas, lugares o actividades que recuerden el suceso traumático. Los síntomas referidos a incapacidad para recordar partes importantes de lo ocurrido, desinterés, desapego, restricción afectiva o sensación de futuro desolador, que antes formaban parte del criterio de evitación, se incluyen ahora en el nuevo criterio denominado alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo (véase la tabla 11).

Tabla 11. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por estrés postraumático

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por estrés postraumático (APA, 2013)
<p>A. Exposición real o amenaza de muerte, daño físico grave o violencia sexual en una (o más) de las siguientes maneras:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Experimentar directamente el acontecimiento o acontecimientos traumáticos.2. Ser testigo, en persona, del acontecimiento o acontecimientos ocurridos a otros.3. Tener conocimiento de que el acontecimiento o acontecimientos le han ocurrido a un familiar cercano o amigo íntimo. En casos de muerte real o amenaza de muerte de un miembro de la familia o de un amigo, el acontecimiento o acontecimientos deben haber sido violentos o accidentales.4. Experimentar exposiciones repetidas o extremas a los detalles aversivos del acontecimiento o acontecimientos traumáticos (p. ej., personal de emergencias que recoge restos humanos; policías expuestos repetidamente a detalles de abuso infantil) Nota: Este criterio A4 no se aplica a la exposición por medios electrónicos, TV, películas o fotografías, salvo que esté relacionada con su trabajo.
<p>B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas intrusivos que están asociados con el acontecimiento o acontecimientos traumáticos y que se iniciaron después de que el acontecimiento o acontecimientos traumáticos ocurrieran:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Recuerdos intrusivos, involuntarios, recurrentes y que provocan malestar psicológico sobre el acontecimiento o acontecimientos traumáticos.2. Sueños recurrentes que provocan malestar psicológico en los que el contenido o el afecto del sueño están relacionados con el acontecimiento o acontecimientos traumáticos.3. Reacciones disociativas (p. ej., <i>flashbacks</i>) en las que el individuo se siente o actúa como si el acontecimiento o los acontecimientos traumáticos estuviesen ocurriendo otra vez. (Estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, en el que la expresión más extrema es una pérdida completa de la conciencia del entorno).4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento o acontecimientos traumáticos.5. Reacciones fisiológicas intensas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento o acontecimientos traumáticos.

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por estrés postraumático (APA, 2013)

C. Evitación persistente de estímulos asociados al acontecimiento o acontecimientos traumáticos, que comienza después de que el acontecimiento o acontecimientos traumáticos ocurrieran, y que se pone de manifestó de una o ambas de las siguientes maneras:

1. Evitación o esfuerzos por evitar sentimientos, pensamientos o recuerdos que tienen que ver o están asociados estrechamente con el acontecimiento o acontecimientos traumáticos y que provocan malestar.
2. Evitación o esfuerzos por evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que suscitan recuerdos, pensamientos o sentimientos que tienen que ver o están asociados estrechamente con el acontecimiento o acontecimientos traumáticos y que provocan malestar.

D. Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo que se asocian con el acontecimiento o acontecimientos traumáticos, que comienzan o empeoran después de que el acontecimiento o acontecimientos traumáticos ocurrieran, tal y como indican dos (o más) de las siguientes alteraciones:

1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento o acontecimientos traumáticos (habitualmente debida a amnesia disociativa y no a otros factores tales como lesión de cabeza, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Soy malo”, “No se puede confiar en nadie”, “El mundo es completamente peligroso”, “Tengo los nervios totalmente destrozados”).
 3. Cogniciones distorsionadas y persistentes sobre la causa o las consecuencias del acontecimiento o acontecimientos traumáticos que llevan al individuo a culparse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, horror, ira, culpa o vergüenza).
 5. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (p. ej., incapacidad para experimentar felicidad, satisfacción o sentimientos de amor).
-

Criterios diagn3sticos del DSM-5 para el trastorno por estr3s postraum3tico (APA, 2013)

E. Alteraciones fuertes en la activaci3n y la reactividad que est3n asociados con el acontecimiento o acontecimientos traum3ticos, que comienzan o empeoran despu3s de que el acontecimiento o acontecimientos traum3ticos ocurrieran, tal y como indican dos (o m3s) de las siguientes alteraciones:

1. Comportamiento irritable y ataques de ira (con poca o ninguna provocaci3n) que se expresan habitualmente como agresi3n verbal o f3sica contra personas u objetos.
2. Comportamiento temerario o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuestas exageradas de sobresalto.
5. Dificultades para concentrarse.
6. Dificultades para dormir (p. ej., dificultad para quedarse o permanecer dormido o sueo inquieto).

F. Estas alteraciones (Criterios B, C, D y E) se prolongan m3s de 1 mes.

G. Estas alteraciones causan malestar cl3nicamente significativo o deterioro en las 3reas social, laboral o en otras 3reas importantes de funcionamiento.

H. Las alteraciones no se deben a los efectos fisiol3gicos de una sustancia (p. ej., medicaci3n, alcohol) o a otra condici3n m3dica.

Es m3s, en esta nueva categor3a de alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de 3nimo se incluyen nuevos s3ntomas relacionados con la existencia de creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas acerca de s3 mismo, los dem3s o el mundo (p. ej., “soy malo”, “no se puede confiar en nadie”, “el mundo es peligroso”), junto con la existencia de cogniciones persistentes y distorsionadas sobre la causa o las consecuencias del evento traum3tico que llevan a la persona a culparse a s3 misma o a otros, y con la presencia de un marcado y persistente estado de 3nimo negativo de cualquier tipo, p. ej., temor, ira, vergüenza, culpa (APA, 2013). La inclusi3n de esta nueva categor3a contempla de nuevo la variedad de las reacciones postraum3ticas m3s all3 del miedo, desesperanza y horror (Friedman et al., 2011). De hecho, la incorporaci3n de estos nuevos s3ntomas a la nueva categor3a de alteraciones negativas de las cogniciones y del

estado de ánimo, deja entrever que el DSM-5 se hace eco de los datos anteriormente mencionados acerca de la comorbilidad del TEPT y del TDM, y da a la sintomatología depresiva, especialmente a la cognitiva, un lugar específico y relevante en el cuadro clínico postraumático. Modificaciones que tienen especial relevancia en este proyecto de tesis que trata de estudiar las actitudes disfuncionales depresivas en el cuadro de estrés postraumático. Efectivamente, desde la teoría cognitiva de Beck, las creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre sí mismo, los demás o el mundo o las cogniciones persistentes y distorsionadas de culpa que ahora definen el TEPT en el DSM-5, son similares a la tríada cognitiva negativa (visión negativa del yo, el mundo y el futuro) que Beck et al. (1983) propone como producto cognitivo negativo clave para el origen de la depresión.

Otra de las novedades del DSM-5 radica en la incorporación de otro criterio que indica que los síntomas y el malestar generado no pueden deberse a efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica. Por último, en relación a las especificaciones del diagnóstico, el nuevo manual además de las mencionadas en los manuales previos, añade la indicación de especificar si el diagnóstico cursa con síntomas disociativos y describe entre ellos despersonalización y desrealización. Esta especificación versa sobre la literatura científica que indica que los síntomas disociativos deben tenerse en cuenta en el diagnóstico ya que pueden interferir con el curso del trastorno y su tratamiento (Hansen et al., 2017).

Sin embargo, a pesar de los cambios en la nueva concepción nosológica el TEPT y aunque muchos de ellos se venían reclamando desde hacía años (Brewin et al., 2017; Friedman, 2013), la clasificación diagnóstica sigue generando controversias. Las aportaciones de los estudios epidemiológicos indican que no hay grandes diferencias en datos de prevalencia entre DSM-IV y DSM-5 en el citado diagnóstico (Carmassi et al.,

2013; Gentes et al., 2014; Kuester et al., 2017). No obstante, quizá una de las grandes diferencias surge de comparar las direcciones que toman los dos grandes manuales de clasificación, *Diagnostic and Statistical Manual*, DSM y el *International Classification of Diseases*, CIE (APA, 2013; World Health Organization, OMS, 2018) ya que esta última, en su reciente actualización del manual mantiene la caracterización de síntomas nucleares del TEPT.

La inclusión del cuadro postraumático en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud aparece en 1965 en la CIE-8 tipificado como *trastornos transitorios de inadaptación a situaciones especiales*, categoría en la que se incluyeron la fatiga de combate y la reacción de adaptación a la gran tensión emocional “*gross stress*” (World Health Organization, 1968). Diez años después, en 1975, la CIE-9 definió por un lado la clasificación *reacción aguda por estrés* en la que se incluían estrés catastrófico, fatiga de combate, reacción a estrés enorme (agudo), reacción de estrés operacional y de combate y trastornos transitorios como respuesta a estrés físico o mental excepcional que normalmente se apaciguan en horas o días y por otro lado, la *reacción de adaptación* en la que se incluía la reacción al estrés cónico y el trastorno de adaptación. La siguiente edición, la CIE-10 (World Health Organization, 2000), describió el grupo diagnóstico *reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación* en el que se incluía la categoría diagnóstica trastorno de estrés post-traumático que definía la exposición al acontecimiento de naturaleza amenazante o catastrófica que causaría malestar profundo en casi cualquier persona y que además debía de (a) ser estresante en forma de reviviscencias (“flashbacks”), recuerdos vívidos o sueños recurrentes, o una sensación (b) evitar real o preferentemente situaciones asociadas al acontecimiento desde lo ocurrido y (c) presentar incapacidad para recordar lo sucedido o síntomas de hipersensibilidad persistente como dificultad para conciliar el sueño,

concentrarse o arrebatos de ira entre otros. En el propio manual del DSM-IV se describe que la diferencia entre ambas clasificaciones parte de que en la CIE-10 los síntomas por aumento de la activación no se consideran indispensables y de hecho pueden ser sustituidos por la incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma, además de no establecer una duración mínima de los síntomas (APA, 1995). La propia clasificación añade que junto a estos síntomas que caracterizan al TEPT se pueden asociar síntomas ansioso-depresivos e incluso la ideación suicida.

La reciente clasificación CIE-11, incluye el trastorno de estrés postraumático en su grupo diagnóstico *trastornos específicamente asociados con el estrés*. Como se puede observar en la tabla 12, en esta nueva versión, el diagnóstico de TEPT mantiene los criterios expuestos en la CIE-10 relacionados con la exposición a eventos que matiza como extremadamente amenazantes u horribles. El nuevo manual de la OMS apuesta por la descripción del cuadro diagnóstico en tres criterios. Se mantiene la reexperimentación y la evitación especificando en esta última que pueden ser pensamientos y recuerdos del evento/s, o actividades, situaciones o personas que recuerden el evento/s. Y el último criterio se describe como percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada, por ejemplo, hipervigilancia o reacción de sobresalto aumentada ante estímulos como ruidos inesperados, eliminando así el síntoma de incapacidad para recordar aspectos importantes anteriores o referidos al suceso vivido (World Health Organization, 2018). De esta manera la nueva clasificación se centra en los síntomas que representan al de forma más característica con el propósito reducir la comorbilidad comúnmente asociada con otros diagnósticos, como TDM y trastornos de ansiedad. De esta manera el TEPT se distinguiría claramente de otros trastornos mentales (Maercker et al., 2013).

Tabla 12. *Criterios diagnósticos de la CIE-11 para el trastorno por estrés postraumático*

Criterios diagnósticos de la CIE-11 para el trastorno por estrés postraumático (OMS, 2018)

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos. Se caracteriza por todo lo siguiente:

1. Volver a experimentar el evento traumático o eventos en el presente en forma de recuerdos vívidos intrusivos, flashbacks o pesadillas, que suelen ir acompañados de emociones fuertes o abrumadoras, en particular el miedo o el horror, y sensaciones físicas fuertes;
2. Evitar pensamientos y recuerdos del evento o eventos, o evitar actividades, situaciones o personas que recuerden el evento o eventos;
3. Percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada, por ejemplo, como lo indica la hipervigilancia o una reacción de sobresalto aumentada ante estímulos como ruidos inesperados.

Los síntomas persisten durante al menos varias semanas y causan un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.

En relación a las nuevas versiones de los manuales publicados por ambas clasificaciones diagnósticas, tal y como se ilustra en la tabla 13, se pueden encontrar diferencias y similitudes en el diagnóstico de TEPT. Entre las diferencias se encuentra definición del suceso traumático, menos específica en el caso de la CIE-11; o el grado de interferencia, más estricta en el caso de la CIE-11 que hace alusión única al deterioro en diferentes áreas y no incluye la sensación de malestar.

Parece, además, que los cambios incorporados se reflejan en datos de prevalencia también diferentes. Según la literatura la CIE-11 identifica sistemáticamente menos casos de TEPT. En estudio llevado a cabo por (Hyland et al., 2018) el porcentaje diagnóstico era mayor con criterios DSM-5, el 90,4% de la muestra cumplía criterios, comparado con

CIE-11 en el que el 79,8% de la muestra cumplía criterios TEPT y TEPT complicado. En la misma dirección apuntaban los resultados de (Wisco et al., 2016) en el que tanto el estudio con población general como el que realizó con una muestra de soldados y excombatientes, la prevalencia de TEPT era mayor en DSM-5 que en CIE-11. Los autores concluyen que la prevalencia diagnóstica de TEPT con CIE-11 se sitúa entre un 10-30% por debajo de la prevalencia con DSM-5. Además indicaron que un porcentaje de personas cubrían los criterios DSM-5 pero no los de CIE-11 dejando entrever la discrepancia entre ambos encuadres de clasificación.

Tabla 13. Comparación de los criterios diagnósticos de TEPT entre las clasificaciones DSM-5 (APA, 2013) y CIE-11 (OMS, 2018)

	DSM-5 (APA, 2013)	CIE-11 (OMS, 2018)
Criterios	Vivencia en primera persona o presenciar lo que le ha ocurrido a otro o saber que le ha ocurrido a alguien cercano un evento amenazante. Exposición repetida a un evento traumático. Reexperimentación Evitación Alteraciones negativas cognitivas y anímicas (incluye embotamiento afectivo) Hiperactivación	Puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles. Reexperimentación Evitación Percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada
Síntomas	Cada criterio se desglosa en síntomas hasta un total de 17 síntomas.	Cada criterio se desglosa en 2 síntomas hasta un total de 6 síntomas.
Duración	Más de un mes	Más de un mes
Grupo diagnóstico	Trastornos relacionados con traumas y estresores	Trastornos específicamente asociados con el estrés

	DSM-5 (APA, 2013)	CIE-11 (OMS, 2018)
Interferencia	Malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento	Deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes

El estudio de (Hyland et al., 2016) también apunta a que las prevalencias de las comorbilidades varían. En este caso, la comorbilidad de TEPT con sintomatología tanto depresiva como ansiosa era menor, 58,5% y 88,3% respectivamente si se usaban criterios DSM-5, que si se usaban como referencia criterios CIE-11 para TEPT complicado en el que la comorbilidad era de 69,2% y 92,3 % con sintomatología depresiva y ansiosa respectivamente. Resultado por una parte, inconsistente con el objetivo de la CIE de reducir los criterios a síntomas nucleares para evitar comorbilidad especialmente con depresión y aumentar la especificidad diagnóstica, pero consistentes con un modelo de clasificación dimensional de los trastornos, y consistentes también con el DSM-5 en el que el que la inclusión de síntomas más específicos de estado de ánimo en el diagnóstico de TEPT parece que disminuye la comorbilidad con TDM.

3.2.El Trastorno Depresivo Mayor según las clasificaciones diagnósticas

El Trastorno depresivo mayor ha sido uno de los diagnósticos más estudiados históricamente. El manual DSM-III, en 1980, describió este diagnóstico dentro de los trastornos afectivos, caracterizado por un estado de ánimo disfórico con pérdida de interés o placer por todas, o casi todas, las actividades desempeñadas de manera habitual como síntomas centrales. Además incluye la presencia de al menos cuatro síntomas relativos a afectación de apetito o peso, sueño, activación, interés en actividades, energía, inutilidad, concentración o ideación suicida. Se especificaba a su vez un criterio de exclusión,

concretamente, la no aparición de sintomatología delirante o conductas extrañas. Por su parte, como se puede ver en la tabla comparativa 12, la revisión de este manual, el DSM-III-R, reagrupó los criterios. Por un lado, concentró todos los síntomas en el criterio A especificando el cumplimiento de 5 síntomas siendo uno de ellos el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o capacidad de placer. Y por otro, dedicó el resto de criterios a marcar exclusiones para el diagnóstico. En este punto añadió como novedad la diferenciación con el duelo, indicando que la alteración del estado de ánimo no podía ser una reacción normal a la muerte de un ser querido, aunque sí se especificó en una nota que “la preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad, ideas de suicidio, notable deterioro funcional o enlentecimiento psicomotor, o una duración prolongada sugieren que el duelo se ha complicado con una depresión mayor” (pp. 267, APA, 1987). En la misma línea que el manual previo, describía como exclusión la presencia de sintomatología relacionada con ideas delirantes o la superposición el diagnóstico con una esquizofrenia.

La siguiente actualización del manual, el DSM-IV encuadró el TDM dentro de la sección “trastornos del estado de ánimo” y mantuvo el criterio A con la misma categoría sintomática. Sin embargo introdujo diferencias añadiendo algunos criterios. Concretamente se introdujo un criterio que hacía alusión a la presencia de sintomatología depresiva específica, es decir, requería que no se cumplieran criterios de un episodio mixto. Otro criterio relacionado con la interferencia que enfatizaba que la sintomatología afectara en la vida diaria del individuo y otro concerniente a las exclusiones, en el que se indicaba que la sintomatología no hubiera sido consecuencia de consumo de sustancias o de enfermedad médica. Por último, añadió un criterio, el D, para especificar, en línea con el DSM III-R, la diferencia con el duelo. En este punto describía que los síntomas depresivos no se explicarían mejor por la presencia de un duelo, persistiendo más de dos

meses o causando incapacidad funcional acusada, preocupaciones muy patológicas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. Es decir, se excluían del diagnóstico de trastorno depresivo mayor los casos que se correspondían con un episodio de duelo, excepto en aquellos casos en los que el duelo durase más de dos meses o fuese de una gravedad excesiva. La revisión del manual, la versión DSM-IV-TR, no describió cambios en la caracterización del diagnóstico del trastorno depresivo. El resumen de los cambios que se han ido realizando en la clasificación diagnóstica del TDM se puede ver en la tabla 14.

Tabla 14. *Cambios en la clasificación diagnóstica del DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y DSM-5 (APA, 1983, 1989, 1995, 2013) respecto a los criterios y otras características diagnósticas del trastorno depresivo mayor*

	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5
Síntomas obligatorios	Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en actividades habituales	Al menos 5 de los siguientes: Estado de ánimo deprimido Pérdida de placer Peso Sueño Activación Fatiga o energía Inutilidad Concentración Ideación suicida	Estado de ánimo deprimido o Pérdida de placer	Estado de ánimo deprimido o Pérdida de placer

	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5
Otros síntomas	Apetito/peso Sueño Activación Interés en actividades Energía Inutilidad Concentración Ideación suicida		Peso Sueño Activación Fatiga o energía Inutilidad Concentración Ideación suicida	Peso Sueño Activación Fatiga o energía Inutilidad Concentración Ideación suicida
Exclusión	Alucinaciones Comportamiento bizarro Esquizofrenia, trastorno paranoide Causa orgánica Duelo complicado	Alucinaciones, ideas delirantes Comportamiento bizarro Esquizofrenia, trastorno paranoide No causa orgánica No reacción normal ante duelo	Únicamente episodio depresivo Efectos de sustancia o enfermedad médica Duelo	No episodio maniaco o hipomaniaco No efectos de sustancia o enfermedad médica No se explica mejor por trastorno psicótico Duelo
Interferencia /disfunción	s.d.	Malestar significativo	Malestar significativo	Malestar significativo
Edad	Especificación para niños/adultos	Especificación para niños/adultos Media edad en 20 años	Especificación para niños/adultos	Especificación en criterios para niños/adultos
Curso	En remisión	Variable En remisión (parcial o completa)	En remisión (parcial o completa)	En remisión (parcial o completa)
Duración		Crónico		
Severidad		Leve, moderado, grave.	Leve, moderado, grave con síntomas psicóticos grave sin síntomas psicóticos	Leve, moderado, grave.

	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-5
Especificaciones	Curso Con síntomas psicóticos Con/sin melancolía Inespecífico	Severidad Con síntomas psicóticos Inespecífico Duración Curso Tipo melancólico	Severidad Duración Curso Inespecífico Síntomas (catatónicos, melancólicos, Atípicos) De inicio en posparto	Los síntomas constituyen un episodio depresivo mayor Severidad Con síntomas psicóticos Duración Inespecífico
Grupo diagnóstico	Trastornos afectivos	Trastornos del estado de ánimo		Trastornos depresivos

Nota. No se incluyen en la presente tabla los criterios y grupo diagnóstico del TDM en el DSM-IV-TR, puesto que en éste no se contemplaban cambios más allá de los aportados en el DSM-IV.

La última versión del manual nosológico, el DSM-5, incluye varias novedades. Entre ellas, la primera es que le otorga un espacio diferenciado a los trastornos que cursan con “la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo” (pp. 155, APA, 2013) entre los que se encuentra el TDM. Y los agrupa bajo la clasificación *trastornos depresivos*.

En relación con el TDM, cuyos criterios se pueden consultar en la tabla 15, el manual DSM-5 mantiene la mayoría de los criterios propuestos por el manual previo. Se conservan en orden y contenido los criterios A y B del DSM-IV y quedan reflejados en los criterios D y E la exclusiones por trastorno psicótico y por episodios maniaco o hipomaniaco. El manual enfatiza que los criterios A, B y C constituyen un episodio de depresión mayor.

No obstante el DSM-5 también aporta novedades con respecto al DSM-IV, por ejemplo, se elimina la especificación de que las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo no deben de tenerse en cuenta y se añade la

desesperanza como un ejemplo de estado de ánimo deprimido en el criterio A. Asimismo añade especificadores en los que se puede concretar si el diagnóstico de TDM cursa entre otros “*con ansiedad*” cuando se superponen síntomas de ansiedad que no cumplen criterios para un diagnóstico diferente o “*características mixtas*” refiriéndose a la presencia síntomas hipomaniacos o maniacos en lugar de “*episodios mixtos*” que perfilaba el DSM-IV, con lo que el DSM-5 diferencia aun más el perfil TDM unipolar.

Aunque uno de los cambios más significativos gira en torno a la diferenciación con el duelo (Uher et al., 2014). En el DSM-5 se omite el criterio de exclusión referido al duelo aportando la siguiente nota explicativa: “las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa” (pp. 161, APA, 2013). El manual aporta además una nota a pie de página en la que realiza una descripción clínica específica sobre el duelo señalando las diferencias con el episodio depresivo.

Tabla 15. *Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno depresivo mayor*

**Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno depresivo mayor
(APA, 2013)**

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación 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 retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de entrecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno depresivo mayor
(APA, 2013)**

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica

En el caso de la clasificación diagnóstica de la Organización Mundial de la Salud, el diagnóstico depresivo ha pasado por diferentes nombres y especificaciones. En la versión de la CIE 8 (WHO, 1998), los síntomas referidos a estado de ánimo depresivo estaban representados bajo la etiqueta *melancolía involuntaria*, *psicosis maniaco-depresiva*, *tipo depresivo* y *psicosis depresiva reactiva*. En la siguiente versión, CIE 9, las etiquetas referidas a estado de ánimo depresivo se indicaron como *psicosis maniaco-depresiva*, *tipo depresivo* y *tipo depresivo*.

En la CIE-10 (World Health Organization, 2000) aparece la etiqueta de *episodio depresivo* y *trastorno depresivo recurrente*. En el que se describían diez síntomas destacando criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: leve, moderado o grave, de tal manera que el primero se definiría por 4 de los diez síntomas, el segundo por 6 y el último por ocho de los diez. Además se especifica como requisito para los grados leve y moderado que al menos dos de los síntomas fueran estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o de energía, mientras que para el grave, los tres síntomas debían de estar presentes.

La última versión CIE 11 (WHO, 2018) se centra en la especificación sintomática sin diferenciar gravedad. Tal y como se recoge en la tabla 16, la nueva clasificación de la OMS mantiene 9 síntomas, dos de los cuales se refieren a ánimo depresivo casi a diario o disminución del interés en las actividades.

Tabla 16. *Criterios diagnósticos de la CIE-11 para el trastorno depresivo mayor*

Criterios diagnósticos de la CIE-11 para el trastorno depresivo mayor (OMS, 2018)
Período de estado de ánimo depresivo casi a diario o disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como
1. dificultad para concentrarse,
2. sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada,
3. desesperanza,
4. pensamientos recurrentes de muerte o suicidio,
5. cambios en el apetito o el sueño,
6. agitación o enlentecimiento psicomotor,
7. energía reducida o fatiga

3.3. Relación entre el trastorno de estrés postraumático y la depresión

Como se ha comentado, entre las novedades que ha incluido la quinta y última edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) incorpora la adición de un nuevo criterio diagnóstico que enfatiza la importancia de las alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo como criterio independiente. De esta manera los síntomas de incapacidad para recordar partes importantes de lo ocurrido, el desinterés, el desapego, la restricción afectiva o la sensación de futuro desolador, que antes formaban parte del criterio de evitación, se incluyen ahora en esa nueva agrupación sintomática denominada alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo (véase la tabla 10 y la 11). Se añade, además y con especial relevancia para la presentación de este proyecto de tesis, como se ha descrito, la novedad de los síntomas relacionados con la existencia de creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas acerca de sí mismo, los demás o el mundo (p. ej., “soy malo”, “no se puede confiar en nadie”, “el mundo es peligroso”), con la existencia de cogniciones persistentes y distorsionadas sobre la causa o las consecuencias del evento traumático que llevan a la persona a culparse a sí misma o a otros, y con la presencia de un marcado y persistente estado de ánimo negativo de cualquier tipo (p. ej., temor, ira, vergüenza, culpa) (American Psychiatric Association, 2013).

Con la incorporación de estos nuevos síntomas a la nueva categoría de alteraciones negativas de las cogniciones y del estado de ánimo, el DSM-5 se hace eco por un lado de los datos anteriormente mencionados acerca de la comorbilidad del TEPT y del TDM y por otro lado, otorga a la sintomatología depresiva, especialmente a la cognitiva, un lugar específico y relevante en el cuadro clínico postraumático.

Lo cierto es que, la nueva conceptualización del TEPT perfilada por el DSM-5, ha planteado nuevos retos y preguntas de gran interés científico. Por ejemplo, los estudios de Price y van Stolk-Cooke, (2015) mostraron la relación entre la sintomatología depresiva y postraumática apuntando que la sintomatología postraumática de estado de ánimo negativo presentaba una fuerte asociación con los síntomas afectivos depresivos, por su parte la sintomatología postraumática relacionada con alta activación presentaba una fuerte asociación con los síntomas somáticos depresivos. Además, sugirieron la relación de dichos datos con la alta comorbilidad de ambos trastornos. El nuevo manual plantea incógnitas sobre la delimitación de los trastornos, ya que, como se puede ver en la tabla 17, existe ahora un mayor grado de solapamiento entre las definiciones sintomáticas de ambos trastornos y, por tanto, hay un aumento en el número de síntomas comunes y una disminución en el número de síntomas específicos de cada trastorno.

Tabla 17. *Solapamiento de síntomas entre los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor (TDM) y los del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en el DSM-5*

Síntomas específicos del TDM	Síntomas comunes del TDM y el TEPT	Síntomas específicos del TEPT
Pérdida o aumento de peso o apetito	Estado de ánimo deprimido o irritable	Síntomas de intrusión
Fatiga o pérdida de energía	Disminución del interés o de la capacidad para las emociones positivas	Sensación de desapego de los demás
Hipersomnia	Insomnio	Amnesia
Indecisión	Problemas de concentración	Despersonalización o desrealización
Enlentecimiento psicomotor	Agitación o inquietud psicomotora	Hipervigilancia

Síntomas específicos del TDM	Síntomas comunes del TDM y el TEPT	Síntomas específicos del TEPT
Pensamientos de muerte o suicidio o intentos de suicidio	Sentimientos de inutilidad excesivos	Conductas autodestructivas y temerarias
	Sentimientos de culpa excesivos	Respuestas exageradas de sobresalto
		Síntomas de evitación

Sin embargo, la categorización sintomática en la relación TEPT y TDM no es la única que despierta interés científico, más allá del perfil nosológico, la ampliación sintomática teniendo en cuenta y muy presentes los factores cognitivos, también relanza el interés por conocer los factores causales que podrían estar en el origen, mantenimiento y exacerbación de los síntomas que definen ambos trastornos. Objetivo de interés, este último, del presente proyecto de tesis basado en conocer fundamentalmente las implicaciones teóricas que tiene ese cambio nosológico a la hora de entender los factores de vulnerabilidad que supuestamente explicarían el TEPT y el TDM, particularmente las actitudes disfuncionales como factor de vulnerabilidad.

Desde un punto de vista teórico y tomando como referencia la teoría cognitiva de Beck, las creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre sí mismo, los demás o el mundo o las cogniciones persistentes y distorsionadas de culpa que ahora definen el TEPT en el DSM-5, son similares a la tríada cognitiva negativa (visión negativa del yo, el mundo y el futuro) que Beck et al. (1983) propone como producto cognitivo negativo clave para el origen de la depresión y que serían el resultado de la activación de las actitudes disfuncionales depresivas que permanecen latentes hasta que un estresor las activa (Beck, 1983; Sanz y Vázquez, 2008; Sanz y Vázquez, 1994). Desde esta perspectiva cognitiva de la depresión, la nueva forma de entender el TEPT pone de relieve

la importancia de examinar la presencia de actitudes disfuncionales depresivas en el trastorno de estrés postraumático.

3.4. Alteraciones cognitivas en el trastorno de estrés postraumático y la depresión

El estudio sobre el desarrollo de las consecuencias psicopatológicas después de un evento traumático ha llevado a hipotetizar sobre cuáles son los factores que median en el desarrollo o mantenimiento de dichas consecuencias. En esta dirección, son muchas las teorías y modelos que describen y defienden la importancia de factores cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y tratamiento del cuadro diagnóstico consecuente a la experiencia traumática (Brewin et al., 1996; Duffy et al., 2007; Ehlers y Clark, 2000; Foa et al., 1993; Janoff-Bulman, 2010; Resick y Schnicke, 1992).

Aunque, a la hora de explicar las consecuencias cada modelo hace referencia a la importancia de factores cognitivos distintos, en realidad los constructos se pueden organizar en cuatro tipos según el sistema taxonómico cognitivo propuesto por Ingram (Ingram y Kendall, 1986). El primero hace referencia a los productos cognitivos, es decir, al resultado final de las operaciones del sistema cognitivo sobre la información, por ejemplo, los pensamientos automáticos negativos que indica Beck en su teoría cognitiva (Beck, 1983), o las atribuciones. El segundo se refiere a las operaciones cognitivas o los procesos mediante los cuales el sistema opera, por ejemplo, procesos atencionales, sesgos de la información o procesos de codificación y recuperación de la información (Beck, 1983; Ehlers y Clark, 2000; Seligowski et al., 2015). El tercero se refiere a las proposiciones cognitivas, es decir, al contenido de la información que se almacena y organiza, a las representaciones estables de las experiencias que vivimos. Ejemplo de ello

serían las creencias y actitudes (Beck, 1983; Janoff-Bulman, 1999; Resick y Schnicke, 1992). Por último, el cuarto recoge las estructuras cognitivas o la arquitectura del sistema, es decir, la memoria a corto y largo plazo, los nodos y redes de memoria.

Según la literatura científica, como se mencionaba, y en concreto en el TEPT y el TDM los factores cognitivos presentan particularidades distintas en cualquiera de esas categorías. Con el fin de facilitar la información relativa a cada factor cognitivo en relación con el trastorno de estrés postraumático y la depresión, se tomará como referencia el modelo presentado por Ingram para describir la información relevante. Cabe mencionar que, de manera general, en la literatura científica lo que se ha encontrado son estudios que reflejan los perfiles de TEPT y TDM por separado. Por lo que no para todos los niveles se han podido revisar estudios que contemplen una aproximación metodológica comparativa para ambos cuadros psicopatológicos que pudiera aportar una descripción más clara de los perfiles cognitivos.

En relación por ejemplo a los productos cognitivos como pueden ser las atribuciones, un estudio llevado a cabo en 2012 con el objetivo de comparar el nivel atribucional en grupos de TDM, TEPT, TDM y TEPT y un grupo control, encontraron por un lado que las personas diagnosticadas de TDM y la comorbilidad TDM y TEPT presentaban mayores atribuciones depresivas comparadas con el grupo control; y por otro, que el grupo con TEPT presentaba significativamente menos atribuciones negativas que el grupo TDM y el grupo TDM y TEPT y además no había diferencias entre el grupo de la comorbilidad y el grupo TDM. Lo que indicaría que las atribuciones negativas estables, internas y globales estarían más presentes en el perfil depresivo que el postraumático. Sin embargo, cuando midieron la valoración negativa del trauma fueron los tres grupos diagnósticos los que presentaron puntuaciones significativamente mayores que el grupo control (Gonzalo et al., 2012). El mismo estudio además mostró que las atribuciones

negativas medidas con DAQ junto con cogniciones postraumáticas medidas con PTCI explicaban el 41% de la varianza de la severidad de los síntomas de TEPT. En relación a otros productos cognitivos como pueden ser los pensamientos o cogniciones negativas, un estudio realizado con 169 adultos con diagnóstico de TEPT mostró que la sintomatología disociativa tras el evento traumático estaba relacionada de manera positiva con la presencia de pensamientos negativos relacionados con uno mismo y en menor medida con pensamientos negativos sobre el mundo o los demás (Thompson-Hollands et al., 2017). Las personas con un diagnóstico de TDM, según la literatura, valoran los hechos negativos de manera excesiva, considerándolos globales, irreversibles y frecuentes (Sanz y Vázquez, 1993).

En relación a las operaciones cognitivas, cabe destacar que personas con depresión y personas con estrés postraumático a menudo muestran problemas de concentración y de memoria general (Schönfeld y Ehlers, 2006; Williams et al., 2000). En concreto se ha estudiado que existen algunos sesgos de memoria y atención que afectan al procesamiento de la información y que presentan diferencias por ejemplo en grupos de personas con y sin depresión (Vázquez et al., 2010). En relación a sesgos de memoria en personas con depresión se ha encontrado que tienden a recordar más información negativa y la generalizan (Mathews y MacLeod, 2005; Vázquez et al., 2010). Los datos sobre procesos atencionales parece que apuntan en la misma dirección. Los estudios empíricos muestran que la presencia de sesgos en la atención selectiva y la interpretación en personas con depresión hace que atiendan más a información emocional negativa que las personas sin dicho trastorno (MacLeod, 2012), de tal manera que inhiben la atención hacia señales emocionales observadas, sin embargo, sí se atienden aquellas que son congruentes con el estado de ánimo (Mathews y MacLeod, 2005).

Las personas que presentan estrés postraumático, por su parte, experimentan una hiperactivación mayor y mayor interferencia, en pruebas como el test Stroop, ante palabras relacionadas con la experiencia amenazante que puede generalizarse a otros estímulos, generando incluso “falsas alarmas” tal y como muestra un estudio con víctimas de abuso sexual (Fleurkens et al., 2011). En relación a experiencias ligadas a conflictos armados o zonas de guerra, un estudio realizado en 2010 por Bar-Haim y colaboradores (Bar-Haim et al., 2010) con la tarea “dot- Probe Task” mostró que las personas con TEPT que habían estado expuestas a amenazas severas manifestaban mayor evitación a estímulos relacionados con información que contenía valencia negativa. Además en el estudio mostraron que las personas con sintomatología TEPT y TDM que se encontraban en zonas más cercanas al conflicto armado en Israel-Gaza reaccionaban de forma más lenta al estímulo presentado durante el estudio. Y en relación a la memoria parece que también existe una pobre incorporación de elementos autobiográficos a la memoria (Sescosse et al., 2014).

En cuanto a las proposiciones cognitivas, creencias y actitudes, un estudio longitudinal con seguimiento de 2,5 años a estudiantes universitarios mostró que aquellos que presentaban mayores actitudes disfuncionales depresivas tenían siete veces más probabilidad de desarrollar un episodio depresivo mayor que aquellos que no presentaban episodio depresivo ni presencia de dichas actitudes en el momento de la primera evaluación (Alloy et al., 2006). Las actitudes disfuncionales entendidas como reglas estables y rígidas sobre el yo el mundo y el futuro, en el cuadro depresivo estarían relacionadas con condiciones en las que la valía de uno mismo queda supeditada a la comparación con los otros, con las competencias laborales o con la propia imagen, entre otros (Beck, 1983; Weissman, 1979a) y serían un factor de riesgo para el desarrollo del cuadro. En el caso del estrés postraumático estudios longitudinales también han mostrado

que las actitudes negativas después del trauma están relacionadas con el desarrollo de TEPT futuro, correlacionan con la severidad de los síntomas de manera positiva (J. G. Beck et al., 2014; Ehlers y Clark, 2006) y estarían relacionadas a su vez con el quebrantamiento de los esquemas centrales de la persona sobre sentirse a salvo, el significado que tiene el mundo que nos rodea y sobre nosotros mismos (Foa, 1993; Janoff-Bulman, 1999; Janoff-Bulman, 2010).

Por último, en relación a las estructuras cognitivas o la arquitectura del sistema como pueden ser la memoria a corto y largo plazo, se sabe que en el TEPT ambas están alteradas relacionadas además con daños en estructura fisiológicas como el hipocampo en el caso de la memoria a corto plazo, por ejemplo (Buckley et al., 2000). En un estudio con veteranos de la guerra de Vietnam al comparar grupos con y sin TEPT en una escala de memoria, la escala de memoria Wechsler, encontraron que, a pesar de ser grupos equivalentes en inteligencia, el grupo con TEPT presentaba menor puntuación en memoria general en memoria a largo plazo (Bremner et al., 1995).

Según la literatura mencionada, y aunque hubiera sido preferible poder examinar estudios comparativos, se puede resumir que las alteraciones cognitivas en el TEPT y el TDM se ven representadas en cualquiera de los niveles cognitivos.

Sin embargo, en el contexto del presente trabajo, teniendo en cuenta el marco de la teoría cognitiva de Beck en la que la base de la activación de los productos cognitivos, es decir, de la triada cognitiva negativa presente en el cuadro clínico de estrés postraumático del actual manual nosológico DSM-5, sería la preexistencia de las creencias disfuncionales (Beck, 1983) se considera de especial relevancia atender a esos factores cognitivos que pueden suponer un factor de vulnerabilidad en el desarrollo de posteriores procesos psicopatológicos.

Es decir, el presente trabajo de tesis doctoral se centra en la relevancia y el estudio específico de las creencias o actitudes disfuncionales como elementos cognitivos precursores distales que conllevan la activación del resto de estructuras y que dan lugar posteriormente a la aparición de sintomatología según el propio modelo.

Capítulo 4:

Factores de vulnerabilidad cognitivos: las actitudes disfuncionales

4.1.Las actitudes disfuncionales en los trastornos emocionales: la teoría cognitiva de Beck

4.1.1. ¿Qué son las Actitudes Disfuncionales?

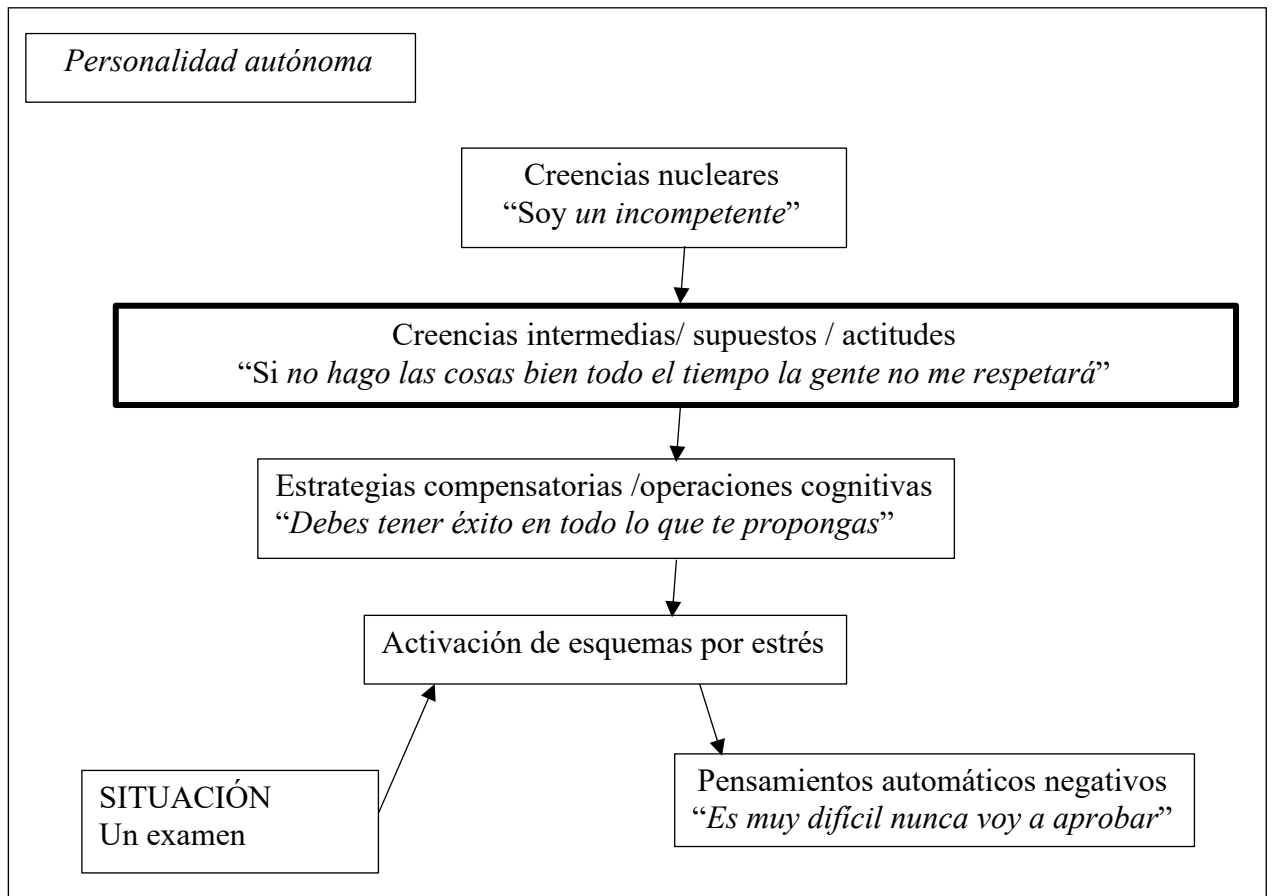
Según la teoría cognitiva de Beck, las actitudes disfuncionales son “reglas, creencias tácitas y actitudes estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo, que son de carácter disfuncional y poco realistas porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar la propia autovalía que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del individuo por cumplir tales contingencias” (Sanz y Vázquez, 2008, p. 277). De tal manera que la presencia de este tipo de actitudes sería un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos psicopatológicos. Por el contrario, los sujetos que no desarrollan psicopatología presentarían unas actitudes más adaptativas y flexibles, es decir, más funcionales.

El modelo cognitivo teórico más influyente ha sido el de Beck que inicialmente aplicó a TDM (1967) y posteriormente aplicó a otros diagnósticos (Beck, 1971; Beck, 2005; Beck y Haigh, 2014; Beck, 2012). Beck en el origen de su teoría distinguió tres niveles de cognición (Beck, 1963). Tal y como se ilustra en la figura 3, el autor identificó un nivel profundo de creencias nucleares, un nivel intermedio de creencias o supuestos y un tercer nivel de pensamientos automáticos.

Las creencias nucleares (“self schemas/core belief”) se representan como el nivel cognitivo más profundo. Se trata de elementos con propiedad estructural y de contenido que ayudan a gestionar de manera más rápida la información (Dozois y Beck, 2008). En el caso de las personas que son vulnerables “se consideran disfuncionales ya que provocan el contenido de actitudes disfuncionales y se presentan como proposiciones absolutas,

duraderas y globales que conllevan una perspectiva negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro (Scher et al., 2005). Las creencias nucleares disfuncionales sobre uno mismo se podrían ilustrar como “soy un idiota”, “no merezco que nadie me quiera”; sobre los otros “si puede la gente te manipula” y sobre el mundo “el mundo es peligroso”.

Figura 3. Ejemplo de representación de los distintos componentes del modelo cognitivo de Beck en la personalidad autónoma adaptado de (Dozois y Beck, 2008)



En el nivel intermedio se encontrarían los supuestos (maladaptive belief/assumptions), es decir, creencias que funcionan como reglas para las personas y tienen diferentes formas de representación. Una de ellas es la expresión como proposiciones condicionales del tipo “si.... entonces”, por ejemplo, “si digo que no, nadie volverá contar conmigo”, “si no caigo bien a todo el grupo, no podré integrarme”; otra

es la representación como normas, por ejemplo “*debo evitar cosas que sean muy complejas*”, mientras que otra posible forma de representación es como actitud, por ejemplo, “*es terrible cometer un error*”.

Y por último en el tercer nivel se situarían los productos cognitivos o pensamientos automáticos (negative automatic thoughts). Estos pensamientos serían el resultado de la interpretación sesgada de las vivencias en términos globales, absolutistas, dicotómicos, etc., que hacen que la vivencia se perciba como algo inmodificable. Por ejemplo, “*nunca podré aprobar el examen*”, “*van a pensar que estoy haciendo un trabajo horrible*” (Dozois y Beck, 2008).

Según el modelo cognitivo de Beck, como se ilustra en la figura 3, las actitudes se corresponderían con un nivel intermedio, el de los supuestos. Y como el propio autor sugiere, cuando se presentan como rígidas e inalcanzables, las mencionadas actitudes se considerarían disfuncionales. Dichas actitudes se desarrollarían a partir de las creencias nucleares y de las experiencias que cada persona experimenta y se mantienen latentes hasta que estresores coherentes con ellas las activan dando lugar a sesgos en el procesamiento de la información y a la aparición de la triada cognitiva y en su representación los pensamientos automáticos negativos (Beck et al., 1985; Beck, 1979a; Beck, 1979b; Beck, 2005; Beck y Dozois, 2011; Beck y Haigh, 2014).

4.1.2. Desarrollo de las Actitudes disfuncionales

En su teoría inicial, Beck et al. (1983) proponen que las personas construyen su forma de percibir el mundo desde las experiencias tempranas, es decir, durante los años de desarrollo, especialmente en la infancia y la adolescencia. Su contenido por tanto, está relacionado con los acontecimientos que se experimentan, y ayuda a la persona a dar sentido al mundo que le rodea. El contenido de los esquemas, tal y como se mentaba en la descripción del término actitud disfuncional, suele presentarse en forma de “regla condicional” como por ejemplo bajo la cláusula: “Si... entonces...”; o en forma de imperativos categóricos, por ejemplo, “debo”, “tengo que” (Sanz y Vázquez, 1993). Por ejemplo, supongamos una persona que, cuando era pequeña, cada vez que le quería contar algo a alguna amiga suya, se le mandaba callar, alguien pisaba su comentario con otro o le cambiaban de tema. Esta persona podría haber generado el esquema “no soy interesante”, “si no me dejan hablar es que no cuento cosas interesantes, debería estar callada”. Los autores sugieren además, que con la sucesión de acontecimientos vitales se van asociando experiencias a reglas de funcionamiento y se van desarrollando esquemas o actitudes disfuncionales, entendidas como “patrones cognitivos estables que son la base para transformar los datos en cogniciones” (Beck et al., 1983 p. 20). Retomando el ejemplo anterior, esa persona podría haber experimentado que en el colegio no tiene un grupo social de referencia, pero al cambiar al instituto aunque lo intenta, tampoco lo consigue, por lo que, tras varias experiencias y de acuerdo con la teoría cognitiva de Beck mencionada, podría generar el esquema “no valgo lo suficiente si los demás no quieren estar conmigo”. La elaboración cognitiva y el contenido que se genera a lo largo de nuestras experiencias determinan por tanto, el significado y el valor que esa persona da a sus experiencias cotidianas.

Beck entiende las “actitudes” como el contenido de los esquemas. El esquema sería la estructura cognitiva que dirige el procesamiento: la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno. De tal manera que la información que recibimos, que es consistente con los esquemas que tenemos, se procesa y codifica mientras que la que no lo es se tiende a ignorar y se olvida (Sanz y Avia, 1994). Retomando el ejemplo anterior, imaginemos que esa persona intenta hacer un grupo para un trabajo y se acerca a dos chicas para preguntarles acerca de su participación. En ese momento una de ellas le mira y se disculpa porque ya tiene otro grupo. La persona de nuestro ejemplo y dada su trayectoria personal directamente podría dejar de insistir, se separaría de las dos chicas, sin haber tenido en cuenta a la otra persona que no ha contestado y que también estaba descolgada. “Este procesamiento de "arriba-abajo" se da en favor de un principio de "economía cognitiva" que sacrifica una eventual pérdida de información o distorsión de la misma. De esta manera, en el caso de los esquemas disfuncionales, el resultado es un procesamiento desadaptativamente distorsionado de la información y una posterior interpretación desadaptativamente sesgada de la realidad” (Sanz, 1991) p 135). Es decir, el contenido de los esquemas cognitivos es poco realista y no se adapta a lo que la persona experimenta sino que es una mezcla de las experiencias previas y los sesgos en el procesamiento de la información actual, lo que, según (Beck et al., 1985), conllevaría la magnificación de la sensación de vulnerabilidad en los síndrome clínicos (pp. 67-68).

4.1.3. Actitudes disfuncionales como factor de vulnerabilidad

Beck inicialmente en su modelo planteó que la base de la activación de los productos cognitivos es la preexistencia de las creencias disfuncionales que actuarían como factor de vulnerabilidad en la producción del resto de estructuras que se activan (Beck, 1983).

Con los años, el papel de la vulnerabilidad ha sido cuestionado en diferentes investigaciones, por ejemplo, tras los resultados de intervenciones cognitivas, que llevaron a pensar en las actitudes como un “epifenómeno” de la depresión más que en un factor de vulnerabilidad (Barnett y Gotlib, 1988; Coyne y Gotlib, 1986). Años después Beck matizó que otras posibles características también podrían intervenir en ese papel de vulnerabilidad en el proceso depresivo (Beck, 1996). Sin embargo, en 2008 junto a Dozois defiende que el concepto de vulnerabilidad, por ejemplo en depresión, estaría descrito por el cumplimiento de determinadas características. Dichas características serían, (1) “sensibilidad” definiéndolo como que esté presente en los individuos con depresión; (2) “especificidad”, que se muestre con mayor frecuencia en individuos depresivos que en otros; y (3) “estabilidad” que esté presente y accesible aunque no siempre se acceda (Dozois y Beck, 2008). Características que tal y como los autores recogen en su artículo, muestran apoyo y aval científico.

Años después, Beck y Clark (2012) describen el término vulnerabilidad como “una característica endógena, estable que permanece latente hasta ser activada por un suceso precipitante (...) es un factor de riesgo que tiene un estatus causal en el trastorno en cuestión” (Beck y Clark, 2012 pp. 187). El modelo cognitivo recoge por un lado que la vulnerabilidad contribuiría junto con otros factores etiológicos al desarrollo de la psicopatología. Entre esos factores etiológicos se pueden describir los genéticos, expresados a través de rasgos como el neuroticismo y la afectividad negativa (Eysenck, 1975; Watson y Clark, 1984), o lo más recientemente conocido como “emocionalidad negativa”, que dibujarían la vulnerabilidad de la personalidad y con ello las tendencias individuales a presentar mayor o menor nivel emocional en general.

Otros de los factores etiológicos que contribuirían al desarrollo de psicopatología estaría relacionado con el concepto de (Barlow et al., 2002) de disminución del control

personal a lo largo de diferentes experiencias tempranas que provocaría la percepción de imprevisibilidad asociada a emociones como ansiedad o depresión al entrar en contacto con otros factores y precipitantes. En esa dirección y por otro lado, Beck y Clark (2012) señalan, que la vulnerabilidad no conlleva directamente a la aparición del trastorno sino que median los sucesos estresantes que vive la persona (modelo de diátesis-estrés). Dicha interacción conllevaría además la activación de procesos cognitivos que en la teoría original de Beck se entendía como “vulnerabilidad cognitiva” que daría lugar a la malinterpretación de situaciones, en forma de amenaza y falta de control para solucionarlas, como por ejemplo, en el caso de la aparición de la ansiedad tras haber pasado por repetidas experiencias aversivas en la infancia y en la adolescencia (Beck y Clark, 2012). Haaga et al, (1991 citado en (Brown y Beck, 2002)) añadió que las actitudes disfuncionales como factor de vulnerabilidad debían de cumplir unas características: ser estables, ser una valoración subjetiva, estar presentes al comienzo del episodio psicopatológico y ser recurrentes. Las actitudes disfuncionales, por tanto, serían ese contenido que se genera a lo largo de las distintas experiencias vitales y que redirigen otros procesos cognitivos y la experiencia de la persona ante las distintas situaciones.

La relación entre la cognición y el estrés o psicopatología consecuente ha sido probada durante años inclusive bajo diferentes modelos teóricos. Por ejemplo un metaanálisis llevado a cabo en 2015 por (Višlā et al., 2015), mostró que las creencias irracionales estaban relacionadas moderadamente y de manera positiva con diferentes consecuencias sintomatológicas como ansiedad, depresión, ira o culpa, incluso cuando se tenían en cuenta o se controlaban otras variables que pudieran afectar a esa relación.

No cabe duda que las actitudes disfuncionales son un elemento importante y central de este modelo teórico de gran interés científico a lo largo de los años. Y aunque son muchos los autores que han investigado sobre las actitudes disfuncionales en concreto y

sobre la relación de las variables cognitivas en general, lo cierto es que Beck es el autor más prevalente en este campo con publicaciones desde hace más de cincuenta años.

4.1.4. Teoría cognitiva de la depresión de Beck

Beck (Beck, 1967; Beck, 1963; Beck, 1979a; Beck, 1983; Beck, 2005; Beck y Dozois, 2011; Beck y Haigh, 2014), como se ha mencionado previamente, en sus orígenes planteó un modelo cognitivo para explicar el desarrollo de la depresión. Modelo que más adelante ampliaría a otros trastornos emocionales (Beck et al., 1987; Beck y Dozois, 2011; Beck, 2013; Beck et al., 2015; Beck, 2012).

En su modelo inicial ofreció en su teoría una hipótesis sobre la predisposición a la depresión desde una perspectiva cognitiva y bajo un modelo de diátesis-estrés. En su teoría describió que a lo largo de la vida, y con las diferentes experiencias que vivimos, vamos desarrollando nuestra manera de entendernos a nosotros mismos, a los demás y de entender lo que vendrá en un futuro. El propio Beck describió que “ante situaciones particulares y estresantes, esquemas depresógenos que permanecían latentes se activan, redirigen el procesamiento cognitivo, y por ende, sirven de guía al comportamiento como marco que influye en la nueva información que será asimilada” (Weissman y Beck, 1978; Weissman, 1979a, pp23).

Según esta teoría, no todos los estresores activarían un esquema depresógeno, es decir, solo darían lugar a la sintomatología depresiva aquellos que, junto con una vulnerabilidad cognitiva previa fueran lo suficientemente significativos para la persona (Beck, 1983; Brown y Beck, 2002). De hecho, para Beck, además, en esa interacción influiría la estructura de personalidad, entendida como “esquemas jerárquicos de orden superior” de cada persona (Sanz y Vázquez, 2008). Es decir, esos esquemas constituirían

una forma general de entender el mundo y formarían una estructura de personalidad, una tendencia a responder.

Beck diferencia la personalidad autónoma y la sociotrópica. Por un lado, una personalidad basada en esquemas sociotrópicos representaría actitudes y creencias en las que las relaciones sociales, lo que los demás piensan sobre uno mismo y la dependencia social se tienen muy presentes a la hora de valorar la propia autovalía (Sanz, 1993). Por ejemplo, “para ser feliz es importante ser amado por las personas a las que amas”. Por su parte, una personalidad basada en esquemas autónomos representaría actitudes y creencias en las que la libertad de acción, el logro de objetivos y la autodeterminación tendrían un papel relevante (Sanz, 1993). Por ejemplo, “para ser una persona de valía es importante conseguir las metas propuestas”.

De tal manera y según recoge la literatura, una persona con una personalidad autónoma tendría más posibilidades de presentar depresión si ha experimentado un evento de características autónomas que si el evento fuera sociotrópico (Beck, 2005). Es decir, una persona que tiende a valorar mucho el logro y conseguir los objetivos que se propone tendrá más probabilidades de desarrollar depresión al experimentar “no ser promocionado en la empresa” que si la situación vivida está relacionada con rechazo social.

Como se ha mencionado, la teoría describe que las personas realizan interpretaciones relativamente estables de las situaciones que viven y van conformando una forma de interpretar a partir de la cual se codifica la información nueva que experimentan. El contenido de esos esquemas serían las denominadas actitudes disfuncionales que no siempre están activas sino que permanecen latentes. Por lo que en consonancia con la vivencia de estresores específicos, los esquemas latentes se activarían. Esa activación provocaría que el significado, es decir, el contenido de ese esquema interactuase con diferentes sistemas: cognitivo, afectivo, motivacional y conductual

(Beck y Haigh, 2014). Según Beck y Dozois, (2011). Esos esquemas son adaptativos cuando permiten un procesamiento adecuado de la información. Cuando son desadaptados y rígidos, su activación canalizaría la forma de procesar la experiencia poniendo en marcha errores en el procesamiento de la información. Es decir, operaciones cognitivas como sesgos y errores en la interpretación de las vivencias en términos globales, absolutistas, dicotómicos, etc., que hacen que la vivencia se perciba como algo inmodificable. Beck (1967) identificó algunos de esos sesgos describiéndolos como se recogen en la tabla 18.

Tabla 18. *Clasificación de las operaciones cognitivas en términos de sesgos de interpretación identificados por Beck (1967) junto con su descripción y ejemplo*

Nombre del sesgo	Descripción	Ejemplo
Inferencia arbitraria	Referido a anticipar el resultado de eventos antes de que sucedan sin evidencia que lo apoye.	<i>“Me va a dejar mi pareja”.</i>
Abstracción selectiva	Consistente en fijarse solo en detalles, sacándolos del contexto, ignorando otras características incluso más llamativas de la situación, e interpretar la experiencia total en función de este fragmento aislado.	<i>“mi jefe está muy descontento conmigo porque llego tarde, no estoy haciendo bien mi trabajo”</i> , tras una conversación con él en la que me felicita por el esfuerzo que estoy haciendo y en la que añade que la próxima vez tenga un poco de cuidado con la puntualidad.
Generalización excesiva	Referido a extraer una regla o una conclusión general a partir de incidentes aislados, aplicando la regla obtenida a situaciones relativamente distantes de la original.	<i>“Si algo ha salido mal, todo saldrá mal”.</i>

Nombre del sesgo	Descripción	Ejemplo
Maximización y minimización	Consistente en evaluar la importancia de las experiencias. Por un lado, se sobreestima el significado negativo que tienen determinados hechos. Por el contrario, los logros personales son infravalorados y tenidos como irrelevantes.	<i>“Mi profesora ha elogiado mis ejercicios y pienso “lo ha hecho para animarme, no porque esté bien”.</i>
Personalización	Consistente en atribuirse toda la responsabilidad de los sucesos que tienen consecuencias negativas para los demás, sin base para ello.	<i>“Lo ha hecho para fastidiarme”.</i>
Pensamiento absolutista, dicotómico	Referido a categorizar las experiencias en dos categorías extremas sin apreciar la existencia de categorías intermedias	Si algo no sale como espero <i>“no me sale nada bien”.</i>

Estas operaciones cognitivas estarían presentes en todas las personas, sin embargo, aparecerían en mayor grado y en consonancia con las actitudes disfuncionales depresivas en las personas que tienen un diagnóstico depresivo (Beck y Dozois, 2011; Sanz y Vázquez, 2008). De hecho la teoría afirma que las personas con un diagnóstico de TDM valoran los hechos negativos de manera excesiva, considerándolos globales, irreversibles y frecuentes (Sanz y Vázquez, 1993).

La aparición de estos sesgos, por tanto, provocaría una interpretación desadaptada de la realidad, y daría lugar a la aparición de la denominada “triada cognitiva negativa”, es decir, imágenes y pensamientos automáticos negativos acerca de uno mismo, del mundo y del futuro. Concretamente, (1) los pensamientos automáticos acerca de “uno mismo” retratarían la atribución de las experiencias desagradables como propias. Weissman (1979) describe que una persona con depresión se percibiría a sí mismo como sin valor, inadecuado y se atribuiría experiencias negativas (p. ej., “no valgo para nada”);

(2) los relacionados con “el mundo” se referirían a la percepción de obstáculos insuperables en las experiencias vividas. Según la autora citada una persona con depresión percibiría el mundo como lleno de altas demandas y asumiría la interacción con el medio como fallida o se menospreciaría (p. ej., “esto es lo peor que me ha pasado en la vida”); y (3) los relacionados con “el futuro” describirían la anticipación de dificultades, la misma autora indica que un paciente con depresión anticiparía la dureza y la frustración que le supondría (p. ej., “mi vida nunca volverá a ser la misma”).

Según el propio modelo recoge, el contenido de las cogniciones va ligado específicamente a la sintomatología que se presenta. De tal manera que las personas que presentan un diagnóstico de ansiedad tienden a experimentar más pensamientos relacionados con ansiedad o las personas con diagnóstico de depresión más pensamientos con contenido depresivo (Beck et al., 1987). Esta idea resume lo que Beck identificó como hipótesis de la “especificidad de contenido” que se detallará en el siguiente punto.

Los pensamientos automáticos son más superficiales pero están funcionalmente asociados a las creencias que se han activado (Beck y Dozois, 2011; Şoflău y David, 2017). El propio autor de la teoría describe que el contenido de los pensamientos cambia el afecto emocional y se genera un círculo en el que cada juicio negativo refuerza el autoconcepto negativo que facilita la interpretación negativa de la siguiente experiencia (Beck, 1971). Por lo que los esquemas cada vez se vuelven más densos, robustos y menos permeables, de esta manera, los esquemas negativos estarían activados en un bajo nivel incluso en periodos asintomáticos (Beck y Bredemeier, 2016).

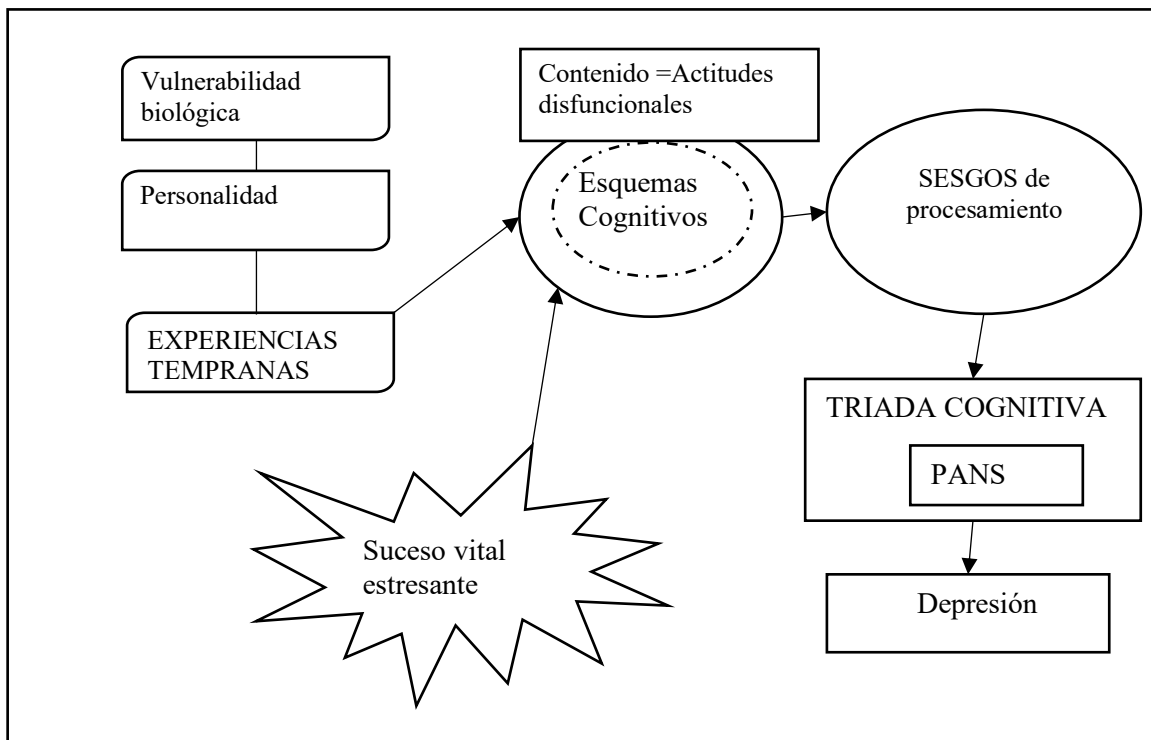
Aunque Beck, en sus últimas formulaciones plantea que las imágenes y pensamientos automáticos negativos (la tríada cognitiva negativa) pueden ser también concomitantes del fenómeno depresivo (Sanz y Vázquez, 1993), en su modelo dichas cogniciones, en concreto, dichos productos cognitivos, serían el elemento precursor del

resto de síntomas depresivos y, por ende, del trastorno depresivo mayor (Beck, 1967; Beck, 1979a; Castro y Pérez, 2004; Kwon y Oei, 1992; Sanz y Vázquez, 2008; Vázquez et al., 2010).

Para resumir, Beck plantea su teoría como un modelo dinámico y en constante interacción con el medio, en el que los esquemas cognitivos constituyen el factor de vulnerabilidad distal de la psicopatología. Es decir, se entienden como un factor de riesgo que permanece estable, interno y latente y que al ser activados por algún suceso contribuye o media en la aparición de un trastorno (Beck, 2012). De tal manera que los esquemas activados tras la vivencia de una situación estresante van a orientar y filtrar la información que se recibe por lo que las personas con un diagnóstico de depresión presentarían un contenido más negativo en sus pensamientos que las que no lo tienen. Parece además y según el propio autor y estudios posteriores, que cada trastorno tendría un perfil cognitivo específico cuyo contenido difiere de otros trastornos psicológicos (Beck et al., 1987; Janoff-Bulman, 2010; Thompson-Hollands et al., 2017).

Como se ilustra en la figura 4, la manifestación de esas creencias que explícitamente no se identifican, se podría encontrar, por tanto, a partir de su influencia en el procesamiento de la información y la activación de sesgos cognitivos (Beck y Dozois, 2011). Pero también con el uso de instrumentos específicamente creados para su identificación. De ahí la importancia de su estudio.

Figura 4. Representación del modelo cognitivo de Beck (1967, 1976; Beck y Clark, 2012) adaptado de Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero (2010)



Nota: PANS = Pensamientos Automáticos Negativos.

4.2. Trastornos emocionales: ¿Actitudes disfuncionales comunes o específicas?

4.2.1. Especificidad de contenido de las Actitudes Disfuncionales

Las actitudes disfuncionales entendidas como factor de vulnerabilidad en el desarrollo de psicopatología en víctimas de atentados terroristas tienen especial relevancia teniendo en cuenta que las cifras del TEPT, aunque significativas dejan entrever que hay un gran porcentaje de personas que no desarrollan trastornos psicopatológicos, en torno al 61-67% de las víctimas (García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2016). La notoria discrepancia entre las reacciones después de un atentado ha fomentado que exista una

gran cantidad de investigación centrada en entender qué características o variables suponen un factor de riesgo para la aparición posterior de reacciones psicopatológicas interfirientes con la vida diaria. Entre ellas se sitúa el estudio de las actitudes disfuncionales que explicadas dentro de los modelos de diátesis-estrés se identificarían como características endógenas (o internas) y estables, que permanecen latentes hasta que son activadas por un acontecimiento (Beck, 2013; Beck, 2012; Bomyea et al., 2012).

La teoría cognitiva de Beck describe diferencias y semejanzas entre la ansiedad y la depresión bajo la hipótesis de la especificidad de contenido. Desde esta hipótesis se describe que cada trastorno tendría un perfil cognitivo específico cuyo contenido difiere de otros trastornos psicológicos. “El esquema que se activa es el que postula la respuesta afectiva” Beck (1967, p 288). Es decir, según esta hipótesis cada trastorno tendría un claro perfil cognitivo específico que se diferenciaría en función del contenido del mismo y que conllevaría un funcionamiento cognitivo distinto en cada perfil psicopatológico (Beck y Dozois, 2011). Por lo que un estresor específico activaría un esquema de cuyo contenido depende que se active una respuesta emocional de ansiedad o depresión, incluso de diferentes tipos de ansiedad. Un resumen detallado que ilustra esta hipótesis teniendo en cuenta el perfil psicopatológico se puede ver en la tabla 19.

El interés por estudiar esta hipótesis ha sido amplio (Alford y Beck, 1997; Beck et al., 1985; Beck et al., 1987; Beck et al., 2015; Greenberg y Beck, 1989; Ingram et al., 1998; Sanz y Avia, 1994). La hipótesis se ha estudiado de facto en función de los distintos factores cognitivos, es decir, a nivel de productos cognitivos, operaciones cognitivas y proposiciones cognitivas. En el interés por su estudio se ha encontrado un amplio aval científico aunque no en todos los niveles se ha demostrado de manera clara.

Cabe destacar que las primeras investigaciones estuvieron ligadas a diferenciar la ansiedad y la depresión y tendían a mostrar la especificidad concreta del contenido

depresivo (Greenberg y Beck, 1989; Sanz y Avia, 1994). Por ejemplo, en relación a los productos cognitivos, quizá el factor más estudiado por su facilidad de medición, Beck y Emery, en sus inicios en esta área en 1985, destacaron que el contenido del pensamiento depresivo en comparación con otros trastornos como por ejemplo de ansiedad, estaba centrado en la pérdida irreversible y en el fallo. Ingram, (1989) añadió que los individuos que presentaban un estado de ánimo disfórico informaban de más pensamientos automáticos negativos que los que presentaban ansiedad social sin estado de ánimo disfórico. Años después (Beck et al., 1987) en la misma dirección, en una muestra de 618 pacientes con una media de edad de 36,20 años, que aquellos que presentaban un diagnóstico de ansiedad puntuaban más alto en las cogniciones relacionadas con ansiedad de la lista de cogniciones (CCL,(Beck et al., 1987). De la misma manera mostraron que los pacientes que presentaban un diagnóstico de depresión puntuaban más alto en las cogniciones de contenido depresivo. Clark et al., (1989), por su parte, encontraron que cogniciones relacionadas con la autodegradación estaban asociadas a síntomas depresivos y las relacionadas con daño asintomas de ansiedad, estableciendo así la diferencia entre los perfiles cognitivos de ambas psicopatologías.

Sin embargo, como se mentó, los datos de los estudios no siempre han sido tan claros. Años después, en 1994, Sanz y Avia idearon un estudio en el que participaron 42 mujeres a las que dividieron en 4 grupos en función de la sintomatología que presentaban: “ansiedad social”, “ansiedad”, “mixto: ansiedad y depresión”, “normal: sin sintomatología”. Emplearon diferentes cuestionarios de sintomatología como el BDI o el TAI (inventario de ansiedad de Spielberg et al., 1980) así como medidas cognitivas como cuestionario de pensamientos automáticos negativos, (ATQ, Hollon y Kendall, 1980) y el cuestionario cognitivo de interferencia (CIQ, Sarason y Strops, 1978) entre otros. Los autores encontraron, por un lado, que el grupo mixto reportaba una mayor frecuencia de

pensamientos automáticos negativos que los demás grupos y por otro lado, que el grupo de “ansiedad social” presentaba menos pensamientos interfirientes (medidos con CIQ) que los grupos mixto y de ansiedad. Aunque los autores identifican estos hallazgos como una confirmación de la hipótesis de la especificidad de contenido dado que el grupo mixto compuesto por personas con sintomatología depresiva es el que se diferencia del resto de los grupos tanto en frecuencia de pensamientos como en interferencia. En este estudio, tal y como reconocen los autores, no se contó con un grupo de depresión puro con el que pudieran comparar y arrojar datos más claros sobre esa diferencia. Los autores destacan, además, que la diferencia en interferencia de pensamientos automáticos entre ansiedad y ansiedad social en el patrón cognitivo no implica que sea así en contenido.

Cabe mencionar, que aunque el apoyo a la de la teoría de especificidad del contenido es mucho mayor a nivel de los productos cognitivos que a nivel de las operaciones cognitivas o de las proposiciones cognitivas (Sanz, 1993), también existen estudios que revelan dichas diferencias a este último nivel.

Sanz (1993) resume que a nivel de las operaciones cognitivas el perfil cognitivo depresivo presentaría una atención focalizada en sí mismo que reduce el interés sobre estímulos externos y una atención selectiva al contenido negativo minimizando el positivo. Mientras que el perfil cognitivo ansioso a este nivel se describiría como atención focalizada en sí mismo con el fin de tener más control sobre estímulos externos y una atención selectiva a la información amenazante junto con la estimación de la vulnerabilidad.

A nivel de las proposiciones cognitivas, es decir, de las actitudes disfuncionales, los primeros estudios que tenían como objetivo comparar las actitudes generales en la depresión y en la ansiedad se centraron en el empleo de la Escala de Actitudes Disfuncionales, (DAS, de Weissman, 1979; Sanz, 1993). Este instrumento recoge

actitudes que establecen contingencias rígidas e inapropiadas para determinar la propia autovalía y, por tanto, es muy fácil que los acontecimientos de la vida diaria obstaculicen el cumplimiento de dichas actitudes por parte de las personas que las poseen. En general, parece que los sujetos depresivos, en comparación a los ansiosos, podrían sobre todo exhibir más actitudes excesivamente perfeccionistas acerca de sí mismos, más actitudes inapropiadas para determinar las vulnerabilidades o debilidades distintivas de uno mismo y más actitudes de dependencia (Clark et al., 1990; Sanz y Avia, 1993, Estudio 4).

En los años 90, la literatura recogía la existencia de diferencias en cuanto a la diferenciación entre trastornos depresivos y de ansiedad tomando la DAS como referencia. Mientras algunos estudios encontraron que los pacientes con depresión presentaban una puntuación mayor en la DAS que los pacientes con ansiedad (Blackburn et al., 1986; Clark y Beck, 1989; Clark et al., 1989), otros ofrecían datos que indicaban lo contrario, que no se diferenciaban (Hill et al., 1989; Jolly y Dykman, 1994); Sanz y Avia, 1993, Estudio 4). Sanz (1993) para explicar la contradicción de estos resultados describió que el uso de medidas más concretas, como por ejemplo las subescalas, permitirían una mejor apreciación de las diferencias entre depresión y ansiedad, ya que “evalúan grupos específicos de actitudes disfuncionales temáticamente más homogéneos” (Sanz, 1993 p 149).

En esa dirección, estudios recientes ponen el énfasis en las medidas utilizadas, por ejemplo (Castro y Pérez, 2004) en 2004, con una muestra de 123 estudiantes universitarios, encontraron que aunque los datos apuntaban a que las personas con depresión presentaban una puntuación mayor en la DAS, este instrumento discriminaba poco entre grupos con y sin depresión. Tan solo se observó una diferencia clínicamente significativa en la puntuación total y en las subescala perfeccionismo. Y además,

indicaron que “la capacidad discriminativa de las actitudes disfuncionales es mayor cuando la prueba para evaluar la depresión es el BDI” (Castro y Pérez, 2004 p 43).

Como se ha mencionado, la literatura científica ha recogido y continúa recogiendo con interés el papel que desempeñan las actitudes disfuncionales depresivas. Un estudio muy reciente de (Yesilyaprak et al., 2019) llevado a cabo con pacientes con diagnóstico de TDM y Bipolar 1 y 2 y un grupo control, mostró que los pacientes del grupo TDM presentaban una puntuación significativamente mayor en la puntuación DAS-A total que el grupo bipolar y el grupo control. Además encontraron también esa diferencia con respecto a las subescalas “perfeccionismo y logro” y “dependencia”. Y otros estudios como el de Katz et al., (2019) recogen que las actitudes disfuncionales depresivas predicen los síntomas depresivos en estudios longitudinales como ya describían estudios previos como el de Dunkley et al., (2006). En su estudio, Katz et al. (2019), además encontraron que en el grupo de pacientes depresivos aquellos que partían de niveles más elevados en actitudes disfuncionales no se beneficiaban tanto del tratamiento de 12 semanas que se les administró.

De la misma manera, se ha mostrado interés por poner a prueba el modelo cognitivo y la capacidad predictiva de las actitudes disfuncionales en la aparición del cuadro depresivo. En este sentido, numerosos estudios han hallado que la intensidad de las reacciones depresivas se puede predecir por la interacción entre un nivel elevado de actitudes y cogniciones disfuncionales con la aparición de sucesos estresantes de tipo general (Dykman y Johll, 1998; Hankin et al., 2004; Kwon y Oei, 1992). Por ejemplo, en 1998, Dykman y Johll llevaron a cabo un estudio longitudinal de 14 semanas con una muestra de 275 estudiantes y encontraron que bajo situación de alto estrés, aquellas personas que inicialmente eran asintomáticas pero que presentaban alto nivel de actitudes disfuncionales depresivas mostraron mayor incremento en los síntomas depresivos que

aquellas que inicialmente eran asintomáticas y presentaban un menor nivel de actitudes disfuncionales depresivas. Estudios longitudinales posteriores también han arrojado datos en esa dirección como el de Lewinsohn et al., (2001), en un estudio prospectivo pionero realizado con una muestra de 1.507 adolescentes, y usando un periodo de seguimiento de 1 año, observaron una interacción entre el nivel de estrés y el nivel de actitudes disfuncionales en la predicción de nuevos episodios depresivos. Unos años después Hankin et al., (2004) encontraron que los eventos negativos son un factor de riesgo general tanto para la sintomatología depresiva como para la ansiosa. Encontraron, además, que la relación entre la sintomatología depresiva y las actitudes depresivas es específica, dado que la interacción de esos eventos negativos con las actitudes disfuncionales depresivas predecía la sintomatología depresiva no así la ansiosa tanto cinco semanas después como, incluso, dos años después (estudio 1 y 2).

Tabla 19. Diferencias entre el trastorno de ansiedad, depresivo, TEPT y el no diagnóstico en las diferentes categorías cognitivas propuestas por Ingram y Kendall (1986) y teniendo en cuenta el estímulo desencadenante y la conducta

	Individuos sin trastornos	Trastornos de ansiedad	Trastorno depresivo	TEPT
Estímulo ⁺	--	Incertidumbre, peligro	Pérdidas, rechazo	Recuerdos del trauma
Proposiciones cognitivas (características)	Flexibles y adaptativas		Rígidos, inapropiadas	
Proposiciones cognitivas (Contenido)	Contenido en función de un tema común	Peligro Exagerado sentido de vulnerabilidad, Focalizado en el procesamiento de cualquier estímulo que indique un posible peligro o amenaza para el sujeto ignorando cualquier señal de seguridad Anticipación de daño, rechazo, desaprobación o vergüenza	<ul style="list-style-type: none"> – La autoconstricción – Procesamiento de información negativa – Pérdida – Deprivación – Incompetencia – Fallo Pesimismo	Sensación de peligro y de desprotección ante el mundo ⁺
Ejemplo de proposiciones	“Si me esfuerzo tendré más probabilidad de conseguir lo que me proponga”.	“Si ocurre un suceso específico, puede tener resultados adversos”. (Sanz, 1993)	“Si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará” (Weissman, 1979)	“Si no tomo las precauciones suficientes me volverán a hacer daño” (Ehlers y Clark, 2000)

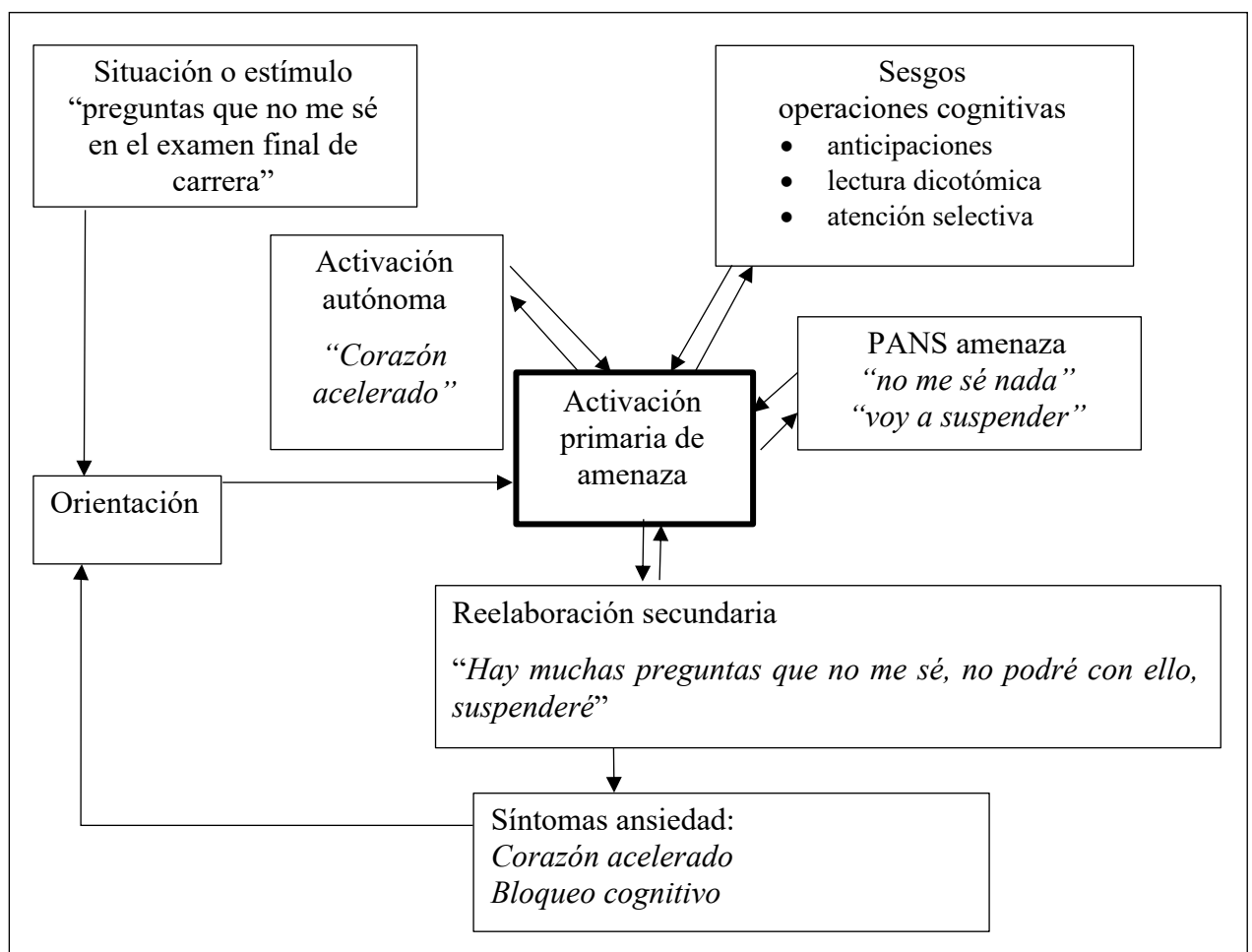
	Individuos sin trastornos	Trastornos de ansiedad	Trastorno depresivo	TEPT
Operaciones cognitivas (Sesgos de procesamiento de la información)		<ul style="list-style-type: none"> – Magnificación de la información de peligro y se ignora la de seguridad – Pensamiento dicotómico – Generalización de estímulos amenazantes – Autofocalización: como mecanismo de afrontamiento[±] 	<ul style="list-style-type: none"> – Atención selectiva – Magnificación de la información negativa autorreferencial y se ignora lo positivo – Los efectos negativos de los fallos se generalizan y se magnifican – Autofocalización: como retirada de estimulación exterior[±] 	Sesgos de memoria
Triada cognitiva		Triada cognitiva relacionada con posibles peligros	– Triada cognitiva negativa	Triada cognitiva relacionada con posibles peligros
Productos cognitivos	Pensamientos adaptados a la experiencia vivida	<p>Pensamientos o imágenes voluntarias y pensamientos automáticos negativos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Posibles daños físicos y psicológicos – Infravaloración de las capacidades del individuo para afrontar la situación ansiógena 	<ul style="list-style-type: none"> – Pérdida, – Fallo, – Rechazo, – Incompetencia Desesperanza, 	– Posibles daños físicos y psicológicos
Conducta ⁺		Evitar la situación temida, respuestas de seguridad	Aislamiento	Evitar desencadenantes o recuerdos

Nota: Adaptado de Sanz, (1993); ⁺(Beck y Haigh, 2014); [±]Roth y Tucker (1986).

4.2.2. Actitudes disfuncionales en los trastornos de ansiedad

El modelo cognitivo de los trastornos de ansiedad, tal y como se ilustra en la figura 5, estipula que ante situaciones de daño se activan las creencias orientadas al peligro que predisponen al individuo a sentir miedo y realizar respuestas de seguridad para hacer frente a esa amenaza sesgada interpretada. Es decir, no es la situación lo que determina el nivel de ansiedad sino el modo en que se valora o se evalúa la situación (Clark y Beck, 2012, pp 68).

Figura 5. Modelo cognitivo de la ansiedad adaptado de Clark y Beck (2012)



Nota: PANS= Pensamientos automáticos negativos.

En esta dirección el modelo cognitivo de la ansiedad estaría centrado en la interpretación de vulnerabilidad del individuo a ser objeto de peligro tanto interno como externo (Clark y Beck, 2012). Por lo que estímulos que son neutrales se evalúan como potencialmente peligrosos y la interpretación sesgada de la situación conlleva la sobreestimación de daño. Clark y Beck, (2012) describen que la intensidad de la respuesta de ansiedad dependerá del equilibrio entre las dos valoraciones o interpretaciones que hace un sujeto, es decir, entre la valoración inicial de la amenaza y la valoración de su capacidad para hacerle frente.

El modelo cognitivo de la ansiedad en un nivel más distal describe actitudes disfuncionales cuyo contenido predominante, en aquellas personas que muestran una sensibilidad mayor a la ansiedad, están relacionados con amenaza o percepción de vulnerabilidad personal que sería específica para cada trastorno como se resume en la tabla 20.

El modelo revisado añade que esa predisposición junto con las operaciones cognitivas que se realizan en la primera valoración de amenaza y una segunda valoración de inadecuación personal y falsa seguridad conllevarían la aparición de síntomas de ansiedad (Clark y Beck, 2012). En este sentido, la ansiedad sería la reacción ante una evaluación inapropiada o sesgada derivada de la percepción errónea de un estímulo neutro como amenazante. La literatura recoge la existencia de mayor presencia de sesgos específicos en función del trastorno de ansiedad, de esta manera, sujetos que presentan fobia social tienden a mostrar sesgos relacionados con la atención selectiva hacia la imagen que los demás tienen de uno mismo y se activan ante situaciones sociales (Beck et al., 1985). Mientras que sujetos que presentan trastorno de pánico tienden a magnificar la sensación de ansiedad que se activarían ante situaciones que se perciben como arriesgadas (Beck, 1987; Clark y Beck, 2012; Wenzel 2005), o como interpretación de

amenaza ante un hecho real o simbólico como en el trastorno de ansiedad generalizada que puede ser provocada por estímulos tanto positivo como negativos (Clark y Beck, 2012). En estados de ansiedad “la aparición de pensamientos e imágenes automáticas relevantes a la amenaza serán las que capten la atención y de ese modo reforzarán la activación del modo primal de amenaza” (Clark y Beck, 2012, pp. 94), es decir, la activación de respuestas autoprotectoras innatas. De esta manera el sujeto que presenta ansiedad estaría orientado a estímulos negativos y presentaría una mayor sensibilidad.

Tabla 20. *Perfil cognitivo de los trastornos de ansiedad de actitudes disfuncionales*

Trastorno	Contenido del esquema⁺
Ansiedad Generalizada	Sensación de daño físico o psicológico
Pánico	Interpretación catastrófica de experiencias físicas o mentales
Fobia	Sensación de peligro en situaciones específicas y evitables
Obsesión y Compulsión	Dudas o alarmas repetidas sobre seguridad y rituales para no percibir la amenaza.

Nota: ⁺ adaptado y traducido de Beck y Dozois, (2011).

4.2.3. Actitudes disfuncionales en el trastorno por estrés postraumático

La vivencia de un acontecimiento traumático supone un cambio en los esquemas básicos de las personas, la interpretación del trauma si es desadaptativa puede alterar las creencias sobre la vida diaria y a partir de ahí los modelos teóricos indican que se pueden desarrollar conductas psicopatológicas (Resick y Schnicke, 1992; Resick y Schnicke, 1993; Sobel et al., 2009).

El modelo cognitivo de Clarks y Ehlers (2000) describió como origen del trastorno por estrés postraumático, que la experiencia del evento traumático produce una valoración negativa del evento en sí mismo y de los síntomas y una inadecuada integración del evento traumático en la memoria autobiográfica de la persona.

En esa dirección, la valoración negativa de síntomas y el afrontamiento cognitivo desadaptativo fueron considerados los predictores de síntomas de TEPT más importantes. De tal manera que aparecen pensamientos negativos y conductas liderados por creencias negativas sobre sí mismos, los demás y el mundo. Ideas como “no existe un lugar seguro”, “estoy muerto o me voy a volver loco” (Beck, 2005; Ehlers y Clark, 2000) ejemplifican dichas creencias.

Según los autores, las valoraciones disfuncionales llevan a la emisión de conductas o estrategias del mismo modo disfuncionales que describen los diferentes síntomas del cuadro de TEPT. Por ejemplo, la creencia “si no tengo mucha precaución seré atacado de nuevo” puede llevar a una persona a tener comportamientos de hipervigilancia, querer llevar un arma o evitar espacios con mucha gente; o “si pienso en el trauma me volveré loco, perderé el control o pondré en peligro mi salud” puede llevar a intentar evitar pensar en la experiencia traumática, intentar mantener la cabeza ocupada todo el tiempo o abusar de sustancias ((Ehlers y Clark, 2000 pp. 329). Es importante enfatizar como muchos autores han manifestado, que la experiencia de un evento traumático en el que se pone en riesgo la propia vida o la de un ser querido o incluso la mera sensación de amenaza, supone cambios en el significado que se le da a la propia experiencia. Cambios representados, por ejemplo, en la modificación de la propia manera de entender el mundo como no benevolente (Janoff-Bulman, 1989; Janoff-Bulman, 1999; Resick y Schnicke, 1993; Watson y Clark, 1984).

4.2.4. Actitudes Disfuncionales Depresivas

El término de actitudes disfuncionales depresivas, como se ha destacado, hace referencia al contenido de los esquemas cognitivos que se definen como cogniciones negativas y estables que establecen un patrón rígido e inapropiado de pensamiento para determinar la autovalía.

En interacción con otros factores según la teoría de Beck, las actitudes disfuncionales depresivas tendrían un papel como factor de vulnerabilidad distal sobre la sintomatología depresiva (Beck et al., 1979). Tal y como se ha mencionado previamente, dichos esquemas permanecen latentes hasta que un evento estresante los activa. Por lo que hasta que se activan no son necesariamente accesibles a la conciencia y no influyen directamente en el estado de ánimo.

Las actitudes disfuncionales depresivas, entonces, no serían productos cognitivos, como la tríada cognitiva negativa, aunque su presencia se puede evaluar indirectamente a través de productos cognitivos. Para Beck, las actitudes disfuncionales depresivas serían el contenido proposicional que forma parte de ciertas estructuras cognitivas aprendidas durante la vida de la persona, especialmente durante la infancia y la adolescencia.

Investigaciones posteriores han encontrado que los estilos de apego en la infancia, en concreto el apego inseguro estaba asociado a reacciones de sintomatología depresiva intensa ante la experiencia de acontecimientos vitales negativos (Hammen et al, 1995 en (Vázquez et al., 2010). Esas interpretaciones que nos ayudan desde las experiencias tempranas a entender el mundo formarían parte del contenido de los esquemas cognitivos depresógenos (Beck et al., 1979/1983; Sanz y Vázquez, 2008). La caracterización clave de esos esquemas depresógenos viene dada entonces por ser rígidos e inflexibles, pero también por el contenido, por las actitudes disfuncionales depresivas. Un tipo de

pensamiento más centrado en la irreversibilidad de la pérdida y en el fallo (Beck et al., 1985; Brown et al., 1995a).

La representación de las actitudes disfuncionales depresivas, tal y como se refería en la descripción del término actitud disfuncional, suele observarse en forma de “regla condicional” o con una apariencia imperativa. Por ejemplo, las reglas “si fracaso en el trabajo seré un fracaso como persona” o “para ser una persona buena, honesta y de valía, debo ayudar a todo el que lo necesite” podrían ilustrar modelos de actitudes disfuncionales depresivas. Las personas aprenderían esas “reglas” durante el desarrollo con las distintas experiencias y constituirían una forma de entender y darle sentido al mundo con el que están en contacto (Sanz y Vázquez, 1993).

Como se ha mencionado, en el caso de las personas con diagnóstico de depresión esas reglas serían rígidas, inapropiadas y excesivas por lo que cualquier acontecimiento diario podría cuestionar la validez de la regla y por tanto la propia autovalía de la persona. Investigaciones como la de Andersen y Pfohl pusieron de manifiesto ya en 1976 que los pacientes deprimidos en comparación con aquellos que no lo están, presentaban más afirmaciones de logro y un lenguaje más exagerado y en términos más absolutistas. De hecho en la literatura se ha demostrado ese perfil cognitivo particular de las personas con depresión, Beck y Emery por su parte, en 1985, destacaron que el contenido del pensamiento depresivo en comparación con otros trastornos como por ejemplo de ansiedad, estaba centrado en la pérdida irreversible y en el fallo. Además, cabe destacar que estudios posteriores mostraron la idea, ya asentada, de que las personas con depresión presentan un mayor grado de actitudes disfuncionales depresivas en comparación con las que no depresivas (Nelson et al., 1992; Power et al., 1995).

En la misma dirección, diferentes estudios han encontrado una interacción entre eventos negativos estresantes y la presencia de actitudes disfuncionales que predicen la

sintomatología depresiva. Coherentemente con el modelo planteado, Brown y su equipo en 1995 encontraron que actitudes disfuncionales perfeccionistas como “mi vida no tiene sentido si no tengo éxito” predecían la sintomatología depresiva en una muestra de 600 estudiantes universitarios. En 2005, estudios más recientes, como los que realizaron Hankin y su equipo, encontraron que el estilo cognitivo y las actitudes disfuncionales, predecían la fluctuación de los síntomas depresivos diarios. Para ello realizaron un análisis empleando el modelo jerárquico lineal en una muestra de 210 estudiantes universitarios a los que les realizaron un seguimiento durante 35 días y a los que les administraron una evaluación “pre” con diversos cuestionarios entre los que se incluían medidas de estilo cognitivo y actitudes disfuncionales; posteriormente debían rellenar cada día un diario en el que se recogían síntomas depresivos y eventos que les hubieran ocurrido, la interferencia generada y el significado que le daban (Hankin et al., 2004; Hankin et al., 2005).

El modelo cognitivo de Beck propone varios tipos de actitudes disfuncionales depresivas, algunos de ellos relacionados con dimensiones de personalidad que, en la teoría de Beck, se entienden como esquemas cognitivos jerárquicamente superiores (Sanz y Vázquez, 2008). Sanz y Vázquez (1993) describen que en el perfil depresivo destacarían dos categorías de actitudes disfuncionales. La primera hace referencia a esquemas cognitivos de logro y perfeccionismo, por ejemplo, “si fracaso en el trabajo seré un fracaso como persona”. La segunda hace referencia a esquemas cognitivos de dependencia y necesidad de aprobación, por ejemplo, “para agradar a otras personas lo mejor es renunciar a los propios intereses”. Ambos ejemplos están tomados del principal instrumento para su evaluación, la Escala de Actitudes Disfuncionales o DAS (*Dysfunctional Attitude Scale*; Weissman y Beck, 1978).

4.2.4.1. Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman

La Escala de Actitudes Disfuncionales o DAS (*Dysfunctional Attitude Scale*; Weissman y Beck, 1978), es un autoinforme que recoge actitudes disfuncionales depresivas derivadas del modelo cognitivo de depresión de Beck. Se trata de la escala más utilizada para medir este tipo de actitudes y está formada por ítems que tratan de reflejar actitudes sobre uno mismo, los otros y el mundo, consideradas disfuncionales porque establecen condiciones tan inflexibles e inapropiadas para determinar la propia valía.

En esta escala los patrones de actitudes disfuncionales se ven reflejados en los ítems usando un lenguaje absoluto e inflexible así como cuantificadores rígidos como “todo”, “siempre”, “nunca”; imperativos categoriales como “deber”, “tener que”; o condicionales bajo la fórmula “si... entonces” (Weissman, 1979b). La autora construyó los ítems a partir de una lista de verbalizaciones y patrones de pensamiento característicos de pacientes depresivos que le hicieron llegar unos clínicos a partir de sus experiencias. Posteriormente los redactó teniendo en cuenta los marcadores mencionados. El modo en el que están representadas las creencias es bajo reglas “condición-Acción”. Por ejemplo, “No puedo ser feliz a no ser que me acepte la mayor parte de la gente que conozco”, “Si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará”, “Para ser una persona buena, honesta y de valía debo ayudar a todo el que lo necesite”. Dichos ítems no reflejarían un contenido temático específico, sin embargo, marcan patrones de pensamiento evidentes en la depresión (Brown y Beck, 2002).

La escala original estaba compuesta por 100 ítems, dicha longitud fue criticada y la autora construyó a partir de ella dos formas la A y la B. Aunque en un inicio se pretendió que fueran formas paralelas, la literatura reflejó que no era así, poniendo de relieve que la forma A es la que ha mostrado un mayor apoyo empírico por lo que ha sido la más

utilizada (Parker, Bradshaw y Blignaut, 1984 en Sanz y Vázquez, 1993). En la construcción de los ítems la autora intentó caracterizar el contenido cognitivo depresivo en torno a siete sistemas de valores: (1) aprobación, p.ej. “para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses”; (2) amor, p.ej. “puedo encontrar la felicidad sin ser amado por otra persona”; (3) logro, p.e. “si fracaso en el trabajo seré un fracaso como persona”; (4) Perfeccionismo, p.ej. “si no consigo en nivel máximo, es probable que acabe siendo una persona de segunda categoría”; (5) derechos, p.ej. “si uno evita los problemas, los problemas acaban desapareciendo; (6) omnipotencia, p.ej. “para ser una persona buena, honesta y de valía, debo ayudar a todo el que lo necesite”; (7) autonomía, p.ej. “uno puede disfrutar de una actividad independientemente del resultado final ((Sanz y Vázquez, 1993) pp 712-713).

La forma A de la DAS, comúnmente conocida como DAS-A, está formada por 40 ítems cuyas respuestas se gradúan en función del acuerdo con la actitud utilizando una escala tipo Likert con una puntuación que oscila desde 1 (“Totalmente en desacuerdo”) hasta 7 (“Totalmente de acuerdo”). De manera que, tras sumar la puntuación todos los ítems, el instrumento ofrece una medida total de actitudes disfuncionales que fluctúa entre 40 y 280, y en la que una puntuación mayor indica un nivel mayor de actitudes disfuncionales. Es decir, una puntuación mayor conlleva mayor patrón de reglas rígidas, extremas y arbitrarias (Weissman, 1979b).

En relación a los factores que constituyen esta escala varían en función de la adaptación a cada país. En la versión original (Beck et al., 1991) concluyeron que existían siete subescalas en las que se incluían: “vulnerabilidad”, “necesidad de éxito – perfeccionismo”, “necesidad de aprobación”, “necesidad de agradar a otros”, “Necesidad de impresionar”, “evitación de la sensación de debilidad”, “control sobre emociones” y “desaprobación o dependencia”. Sin embargo en estudios posteriores y con muestras de

diferentes países parece que los factores comunes se organizan entorno a tres o cuatro categorías, como se puede ver en la tabla 21 y entre las que se repiten “perfeccionismo” y dependencia o necesidad de aprobación”.

La DAS-A se creó originariamente para adultos y ha sido traducida y adaptada a diferentes idiomas como chino (Wong, Chan et al., 2008), alemán (Hautzinger et al., 1985), sueco (Ohrt y Thorell, 1998), holandés (de Graaf, Roelofs, y Huibers, 2009) o español con validación en Cuba (Carro et al., 1998a) y en España (Sanz y Vázquez, 1993, 1994), entre otros. Además actualmente se cuenta también con versión para niños (D’Alessandro y Burton, 2006) y adolescentes (Keller et al., 2010), así como versiones de aplicación breve como se puede observar en la tabla 22 (de Graaf, Roelofs, Huibers et al., 2009; Ruiz et al., 2015).

Tabla 21. Adaptaciones de la DAS-A de 40 ítems y subescalas que la componen

Referencia	idioma	Nombre	Población	Número de ítems	Factores	Alpha de cada escala
(Weissman y Beck, 1978)	Inglés	DAS A	Población general estadounidense	100	Forma A Forma B	.86 .87
(Sanz y Vázquez, 1993)	Español	DAS A	Población española	40	Logro Dependencia o Necesidad de Aprobación Actitudes Autónomas	.79 .72 .39
(Ohr y Thorell, 1998)	Sueco	DAS A	498 Población sueca		s.d.	s.d.
(Carro et al., 1998b)	Español	DAS A	144 Población cubana	40	Éxito y aceptación Perfeccionismo Actitudes Autónomas	s.d.

Referencia	idioma	Nombre	Población	Número de ítems	Factores	Alpha de cada escala
(Chioqueta y Stiles, 2004)	Noruego	DAS A	344 militares Población noruega	40	Evaluación de la actuación ⁺ Necesidad de Aprobación, ⁺ Actitud autónoma ⁺ Riesgo de evitación ⁺ Perfeccionismo ⁺ Tentación ⁺	.80 ⁺ .69 ⁺ .55 ⁺ .58 ⁺ .45 ⁺ .18 ⁺
(Macavei, 2006)	Rumano	DAS A	701 voluntarios Poblacion rumana	40	s.d.	s.d.
(Wong et al., 2008)	Chino	DAS A	308 participantes de un seminario	40	Evaluación de la actuación Necesidad de Aprobación Autoestima analítica	.91 .85 .84

Referencia	idioma	Nombre	Población	Número de ítems	Factores	Alpha de cada escala
(Mukhtar y Oei, 2010)	Malayo	DAS A	1090 Población malaya	40	Evaluación de la actuación Autocontrol o logro	.86 .79
(Fouladgar et al., 2017)	Inglés	DAS A	Población Iraní y Pakistání 1500 estudiantes	40	Perfeccionismo Aprobación Logro Autonomía	.81 .60 .50 .50

Nota: ⁺Datos obtenidos de un estudio posterior Chioqueta y Stiles, (2006); s.d. = Sin datos.

Tabla 22. *Versiones breves de la DAS-A y subescalas que las componen*

Referencia	idioma	Nombre	Población	Número de ítems	Factores	Alpha de cada escala
(Tajima et al., 2007)	Japonés	DAS 24	1179	24	Logro Autocontrol	.86 .75
(Beevers et al., 2007a)	Inglés	DAS-SF1	367	9	Dependencia	.73
(Ohrt y Thorell, 1998)	Sueco	DAS-SF 2	367	9	s.d.	s.d.
(de Graaf et al., 2009)	Alemán	DAS-R	8960 Población general alemana	17	Perfeccionismo/E valuación de la actuación Dependencia	.90 .81
(Ebrahimi et al., 2013)	Persa	DAS A	160 pacientes Población Iraní	26	Éxito- Perfeccionismo Necesidad de Aprobación, Necesidad de agradar a otros Vulnerabilidad a la Evaluación de la actuación	.73 .80 .73 .90

Referencia	idioma	Nombre	Población	Número de ítems	Factores	Alpha de cada escala
(Ruiz et al., 2015)	Español	DAS-R	629 Población española	17	Perfeccionismo/Evaluación de la actuación Dependencia	.90 .81
(Kaya et al., 2019)	Inglés	DAS 9	235 estudiantes universitarios	9	Pensamientos rígidos Pensamientos disfuncionales sobre otros y el mundo	.78 .85

Nota: s.d. = Sin datos.

En concreto, la adaptación española presenta para la puntuación total de la DAS-A un índice de fiabilidad de consistencia interna de .84, que podría considerarse bueno, así como índices de validez de constructo (p. ej., discriminación entre personas deprimidas y no deprimidas, relación con depresión y ansiedad) que podrían considerarse aceptables (Sanz y Vázquez, 1993, 1994). En esta versión se encontraron 3 factores: Logro, Dependencia o Necesidad de Aprobación y Actitudes Autónomas. Los valores alfa de dichas subescalas se sitúan en .79, .72 y .39 respectivamente. El factor de Logro recoge actitudes como por ejemplo “la gente probablemente me considerará menos si cometo algún fallo” o “si no puedo hacer bien una cosa es mejor no hacerla”; mientras que el factor Dependencia o Necesidad de Aprobación describe actitudes como, “es muy importante lo que otras personas piensan sobre mí” o “si uno no tiene otras personas en las que confiar está destinado a estar triste”; por último el factor Actitudes Autónomas recoge actitudes como, “es posible ser reprendido y no sentirme molesto” o “las opiniones que tengo de mí mismo son más importantes que las opiniones que los demás tienen de mí”.

Existe además una versión revisada de la DAS en español, la DAS-R, que presenta buenas características psicométricas. Los análisis de (Ruiz et al., 2015) muestran dos factores: Perfeccionismo/Evaluación de la actuación y Dependencia que presentan buenos valores de alfa, .90 y .81 respectivamente. Esta versión reducida diferencia también entre personas con y sin síntomas depresivos.

4.2.4.2. Factores que influyen en las actitudes disfuncionales depresivas

En el contexto de la teoría cognitiva de Beck las actitudes disfuncionales depresivas se identificarían como reglas rígidas e inalcanzables que se van formando o desarrollando en función de las experiencias a las que se enfrenta cada persona especialmente en la infancia y la adolescencia (Beck et al., 1987). Resulta de especial relevancia para su estudio en profundidad conocer qué variables han sido frecuentemente relacionadas en el estudio de las actitudes disfuncionales depresivas.

Con el fin de poder aportar información al respecto, y que posteriormente pudiera ser tenida en cuenta en el estudio empírico de la presente tesis doctoral, se realizó una búsqueda en la literatura científica sobre las variables que se han estudiado que puedan tener influencia en las actitudes disfuncionales depresivas medidas con la DAS-A, autoinforme que, como se ha descrito previamente, recoge actitudes disfuncionales depresivas derivadas del modelo cognitivo de depresión de Beck.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en abril de 2019 en las principales bases de datos de psicología y de psicología del trauma (MEDLINE PsycINFO, PsycARTICLES, PTSDpubs y Psychology Database), utilizando una combinación de los términos “Dysfunctional attitude scale” y “depressive” y “validity” y “adults” en todos los campos y “DAS-A” en el resumen. Posteriormente se realizó en las mismas fechas una segunda búsqueda que incluyó: “Dysfunctional attitude scale” en el título y “depressive” y “validity” y “adults” en todos los campos. Dichas búsquedas arrojaron 50 resultados que quedaron en 19 una vez eliminadas las publicaciones repetidas y un artículo en chino para el que no se encontró traducción al inglés o español. De la primera búsqueda se analizaron 11 artículos (Adler et al., 2015; Beevers et al., 2007; Blatt et al.,

1995; Brown et al., 1995b; Chioqueta y Stiles, 2007; de Graaf, Roelofs, y Huibers, 2009; Ohrt et al., 1998; Sargin et al., 2018; Spinhoven et al., 2007; Tanaka et al., 2006; Wong, Kin Sun Chan et al., 2008) y la segunda búsqueda añadió 8 más (Beck et al., 1991; Chioqueta y Stiles, 2004; Ebrahimi et al., 2013; Fouladgar et al., 2017; Kaya et al., 2019; Oliver et al., 2007; Ruiz et al., 2015).

Entre los estudios analizados se encontró el listado de variables que se listan junto con los instrumentos de medida utilizados en cada estudio en la tabla 23. Las variables encontradas se podrían clasificar en cuatro categorías creadas con el fin de sintetizar y organizar la información. En primer lugar, variables relacionadas con “datos sociodemográficos” como el sexo, el estado civil y la cultura iraní o pakistaní específicamente; en segundo lugar, las relacionadas con “sintomatología o estado de salud”, categoría de la que se han encontrado estudios que recogen índice de salud, sintomatología depresiva, historia de depresión, desesperanza, sintomatología de ansiedad y de ansiedad social; en tercer lugar las variables relacionadas con “experiencias vitales”, como el maltrato emocional; y en cuarto lugar, las relacionadas con “otros factores cognitivos” como distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos negativos, sensación de control de pensamientos, pensamientos ansiosos o atribución parental ante eventos en infancia.

Tabla 23. Listado de variables relacionadas con la escala DAS y la medida utilizada en los diferentes estudios analizados

Categoría	Listado de variables	Medida utilizada en la literatura (referencia del instrumento)
Datos sociodemográficos	Sexo	Entrevista
	Sexo	Entrevista
	Estado civil	Entrevista
	Cultura iraní/pakistaní	Entrevista
Síntomatología o estado de salud	Índice de Salud	GHQ-7 (Goldberg, 1979) SCL-90 (Derogatis, 1975)
	Síntomatología depresiva	DID (Sheeran y Zimmerman 2002), BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996), CES-D (Radloff, 1977), PHQ-9 (Spitzer 1999)
	Distorsiones Cognitivas	CBQ (Krantz y Hammen, 1979)
	Desesperanza	HS: Hopelessness Scale (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974)
	Pensamientos automáticos negativos	ATQ-30 (Hollon y Kendall, 1980), ATQ-R (Hollon y Kendall, 1980), BAFT (Herzberg et al. 2012)
	Historia de depresión	Entrevista
	Síntomatología de ansiedad social	SAD (Watson y Friend, 1969), IAS (Leary, 1983)
	Síntomatología de ansiedad	DASS (Lovibond y Lovibond, 1995), BAI (Beck, Epstein, Brown, y Steer, 1988), GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams, 2006)
Experiencias vitales	Maltrato emocional infantil	EMT (Oliver, Murphy, Ferland y Ross, 2007)
Otros factores cognitivos	Creencias disfuncionales metacognitivas	MCQ-30 (Wells y Cartwright-Hatton, 2004)

Categoría	Listado de variables	Medida utilizada en la literatura (referencia del instrumento)
Otros factores cognitivos (<i>cont.</i>)	Evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica	AAQ-II (Bond et al. 2011)
	Atribución parental ante eventos en infancia	PACE ((Alloy et al., 2001)
	Estilo cognitivo	CSQ (Alloy et al., 2000)

El análisis de las investigaciones publicadas que se localizaron en la búsqueda sistemática indicó que en la literatura científica se han relacionado con el estudio de las actitudes disfuncionales depresivas medidas con la DAS-A un total de 15 variables. Cada artículo fue analizado en función de los instrumentos utilizados en el estudio así como teniendo en cuenta los valores resultantes para la puntuación total de la escala y las subescalas como se puede ver en la tabla 24. Además se analizaron y organizaron los estudios en función de los constructos que medían los instrumentos señalados, como se puede observar en la tabla 25.

Tras la revisión de artículos y su posterior análisis cabe resumir la información que se detalla a continuación organizada en función de las categorías creadas para facilitar su análisis.

En primer lugar, en referencia a la categoría relacionada con datos sociodemográficos, algunos estudios controlan el efecto de variables como el sexo o el estado civil dado que indican que afecta a los análisis relacionados con las actitudes disfuncionales depresivas (Blatt et al., 1995; Sanz y Vázquez, 1993; Tanaka et al., 2006). Otros estudios como el de Fouladgar et al., (2017) además de evaluar las diferencias en el sexo, se centran en comprobar la relación entre la cultura iraní y pakistaní encontrando diferencias significativas, concretamente mayores actitudes disfuncionales en la muestra pakistaní.

Tabla 24. Variables asociadas a la DAS-A que recoge la literatura: Instrumentos utilizados y resultados encontrados en su relación con la DAS y sus subescalas

Referencia de estudio	DAS-A-Total	DAS-Subescala Autonomía	DAS-Subescala Dependencia	DAS-Subescala Perfeccionismo/Logro
De Graaf., Roelofs y Huibers (2009) ⁺	DID: $r = .60^{**}$ t(799) = -30.7 **	s.d.	DID: $r = .51^{**}$ t(829) = -25.5 **	DID: $r = .61^{**}$
Wong, Kin, y Lau (2008)	BDI-II Kruskal-Wallis Test** Diferencia grupo depresivo de no depresivo	BDI-II Kruskal-Wallis Test** Diferencia grupo depresivo de no depresivo	BDI-II Kruskal-Wallis Test** Diferencia grupo depresivo de no depresivo	BDI-II Kruskal-Wallis Test** Diferencia grupo depresivo de no depresivo
Beevers, Strong, Meyer, Pilkonis, y Miller (2007) ⁺⁺	CBQ: $r = .55^*$ HS: $r = .30^*$	s.d.	s.d.	s.d.
Chioqueta, y Stiles (2007)	BDI: $r = .48^{**}$ ATQ-30: $r = .50^{**}$	ATQ-30: $r = .45^{**}$	BDI: $r = .40^{**}$ ATQ-30: $r = .46^{**}$	BDI: $r = .46^{**}$
Sargin, Uca, Kose, y Türkçapar (2018).	s.d.	s.d.	Sexo: U=718* Z=-0.793	s.d.
Brown, Hammen, Craske y Wickens (1995)	BDI: $r = .48^*$	s.d.	s.d.	BDI: $r = .36^*$

Referencia de estudio	DAS-A-Total	DAS-Subescala Autonomía	DAS-Subescala Dependencia	DAS-Subescala Perfeccionismo/Logro
Tanaka, Uji, M., Hiramura, Chen, Shikai y Kitamura (2006)	CES-D: $r = .36^{***}$ Sexo: $r = -.13$ ATQ-R: $r = .39^{***}$	s.d.	s.d.	s.d.
Blatt, Quinlan, Pilkonis, y Shea (1995)	s.d.	s.d.	BDI: $r = .25^{**}$	BDI: $r = .22^{**}$
Spinhoven, Bockting, Kremers, Schene, y Williams (2007)	Historia de depression: $r = .23^*$	s.d.	s.d.	s.d.
Adler, Strunk y Fazio (2015)	Historia de depresión: $r = .03$	s.d.	s.d.	s.d.
Ohrt y Thorell (1998)	BDI-II Wilcoxon** Diferencia grupo depresivo de no depresivo	s.d.	s.d.	s.d.
Sanz y Vazquez, (1994); Sanz y Vazquez, (1993)	BDI: $r = .36^{***}$ SAD: $r = .33^{***}$ IAS: $r = .36^{***}$	BDI: $r = -.19^{***}$ SAD: $r = -.23^{***}$ IAS: $r = -.29^{***}$	BDI: $r = .17^{***}$ SAD: $r = .11^{***}$ IAS: $r = .21^{**}$	BDI: $r = .35^{***}$ SAD: $r = .30^{***}$ IAS: $r = .25^{**}$ Sexo: Mujeres 34.9 vs Hombres 37.4; $t(475) = -2.01^*$

Referencia de estudio	DAS-A-Total	DAS-Subescala Autonomía	DAS-Subescala Dependencia	DAS-Subescala Perfeccionismo/Logro
Kaya, Chan, Brickham, Allen, Sari, Şanal, y Topal, (2019)	s.d.	Factor 1= pensamientos internos rígidos PHQ-9: $r = .30^{**}$ GAD-7: $r = .23^*$	Factor 2= pensamientos relacionados con otros y el mundo PHQ-9: $r = .23^{**}$ GAD-7: $r = .19^*$	
Ruiz, Suárez-Falcón, Odriozola-González, Barbero-Rubio, López-López, Eisenbeck, Budziszewska y Gil (2015)	BDI: $r = .35^{**}$ DASS: $r = .47^{**}$ ATQ: $r = .54^{**}$ MCQ-30: $r = .35-.39^{**}$ AAQ-II: $r = .55^{**}$ BAFT: $r = .49^{**}$ GHQ: $r = .56^{**}$	s.d.	BDI: $r = .34^{**}$ DASS: $r = .35^{**}$ ATQ: $r = .43^{**}$ MCQ-30: $r = .28-.31^{**}$ AAQ-II: $r = .43^{**}$ BAFT: $r = .44^{**}$ GHQ: $r = .21^{**}$	BDI: $r = .31^{**}$ DASS: $r = .48^{**}$ ATQ: $r = .53^{**}$ MCQ-30: $r = .35-.38^{**}$ AAQ-II: $r = .53^{**}$ BAFT: $r = .45^{**}$ GHQ: $r = .55^{**}$
Ebrahimi, Samouei, Mousavii, y Bornamanesh, (2013) [±]	Dx Ansiedad social: $r = .48^{**}$ Dx Depresión: $r = .57^{**}$ Dx Ansiedad: $r = .53^{**}$	Dx Ansiedad social: $r = .39^{**}$ Dx Depresión: $r = .52^{**}$ Dx Ansiedad: $r = .40^{**}$	Dx Ansiedad social: $r = .21^{**}$ Dx Depresión: $r = .23^{**}$ Dx Ansiedad: $r = .19^*$	Dx Ansiedad social: $r = .56^{**}$ Dx Depresión: $r = .59^{**}$ Dx Ansiedad: $r = .47^{**}$

Referencia de estudio	DAS-A-Total	DAS-Subescala Autonomía	DAS-Subescala Dependencia	DAS-Subescala Perfeccionismo/Logro
Oliver, Murphy, Ferland y Ross, (2007)	BDI: $r = .39^{**}$ BAI: $r = .29^{**}$ CSQ: $r = .51^*$ EMT: $r = .30^*$ Atribuciones maternas PACE: $r = .32^{**}$ Atribuciones paternas PACE: $r = .51^{**}$	s.d.	s.d.	s.d.
Fouladgar, Dawood y Khan, (2017)	Cultura iraní/pakistani $d = .23, t(1498) = 4.47^{***}$	Cultura iraní/pakistani $d = .12, t(1498) = 2.36^{***}$ Sexo: $d = .20, t(748) = -2.73^{***}$	Cultura iraní/pakistani $d = .47, t(1498) = 9.26^{***}$	Cultura iraní/pakistani Perfeccionismo: $d = .43, t(1498) = 8.44^{***}$ Logro: $d = .51, t(1498) = -9.71^{***}$ Sexo: $d = .15, t(748) = 2.14^*$
Beck, Brown, Steer y Weissman, A. N. (1991) ^{±±}	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Chioqueta, y Stiles (2004)	BDI: $r = .47^{**}$ ATQ-30: $r = .47^{**}$	s.d.	s.d.	s.d.

Nota: Dx= Diagnóstico; s.d. = sin datos; * = $p < .05$; ** = $p < .001$; *** = $p < .0001$; +Estudio con la DAS-A-R-17; ++ Estudio con la DAS-SF; ¯ Estudio con DAS-9 ítems; ± Estudio con DAS-26 ítems; ±± Estudio con la DAS-100 ítems.

Tabla 25. Tipo de información que miden las variables asociadas a la DAS-A que recogen los artículos consultados

Referencia de estudio	DAS-A-Total	DAS-Subescala Autonomía	DAS-Subescala dependencia	DAS-Subescala Perfeccionismo/Logro
Graaf., Roelofs., Huibers (2009) ⁺	Sintomatología depresiva	s.d.	Sintomatología depresiva	Sintomatología depresiva
Wong, Kin, y Lau (2008)	Sintomatología depresiva	Sintomatología depresiva	Sintomatología depresiva	Sintomatología depresiva
Beevers, Strong, Meyer, Pilkonis, y Miller (2007) ⁺⁺	Distorsiones Cognitivas Desesperanza	s.d.	s.d.	s.d.
Chioqueta, y Stiles (2007)	Sintomatología depresiva Pensamientos automáticos negativos	Pensamientos automáticos negativos	Sintomatología depresiva Pensamientos automáticos negativos	Sintomatología depresiva
Sargin, Uca, Kose, y Türkçapar (2018)	s.d.	s.d.	Sexo	s.d.
Brown, Hammen, Craske y Wickens (1995)	Sintomatología depresiva	s.d.	s.d.	Sintomatología depresiva
Tanaka, Uji, M., Hiramura, Chen, Shikai y Kitamura (2006)	Sintomatología depresiva Sexo Pensamientos automáticos negativos	s.d.	s.d.	s.d.

Referencia de estudio	DAS-A-Total	DAS-Subescala Autonomía	DAS-Subescala dependencia	DAS-Subescala Perfeccionismo/Logro
Blatt, Quinlan, Pilkonis, y Shea (1995)	s.d.	s.d.	Sintomatología depresiva	Sintomatología depresiva
Spinhoven, Bockting, Kremers, Schene, y Williams (2007)	Historia de depresión	s.d.	s.d.	s.d.
Adler, Strunk y Fazio (2015)	Historia de depresión	s.d.	s.d.	s.d.
Ohrt y Thorell (1998).	Sintomatología depresiva	s.d.	s.d.	s.d.
Sanz y Vázquez, 1994; Sanz y Vázquez, 1993	Sintomatología depresiva Sintomatología de ansiedad social	Sintomatología depresiva Sintomatología de ansiedad social	Sintomatología depresiva Sintomatología de ansiedad social	Sintomatología depresiva Sintomatología de ansiedad social Sexo
Kaya, Chan, Brickham, Allen, Sari, Şanal, y Topal, (2019)	s.d.	Índice de salud Sintomatología ansiosa	Índice de salud Sintomatología ansiosa	s.d.

Referencia de estudio	DAS-A-Total	DAS-Subescala Autonomía	DAS-Subescala dependencia	DAS-Subescala Perfeccionismo/Logro
Ruiz, Suárez-Falcón, Odriozola-González, Barbero-Rubio, López-López, Eisenbeck, Budziszewska y Gil (2015).	Sintomatología depresiva Sintomatología ansiosa Creencias disfuncionales metacognitivas Evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica Pensamientos ansiosos Pensamientos automáticos negativos	s.d.	Sintomatología depresiva Sintomatología ansiosa Creencias disfuncionales metacognitivas Evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica Pensamientos ansiosos Pensamientos automáticos negativos	Sintomatología depresiva Sintomatología ansiosa Creencias disfuncionales metacognitivas Evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica Pensamientos ansiosos Pensamientos automáticos negativos
Ebrahimi, Samouei, Mousavii, y Bornamanesh, (2013) ^{±±} .	Índice de salud Dx Ansiedad social Dx Depresión Dx Ansiedad	Índice de salud Dx Ansiedad social Dx Depresión Dx Ansiedad	Índice de salud Dx Ansiedad social Dx Depresión Dx Ansiedad	Índice de salud Dx Ansiedad social Dx Depresión Dx Ansiedad

Referencia de estudio	DAS-A-Total	DAS-Subescala Autonomía	DAS-Subescala dependencia	DAS-Subescala Perfeccionismo/Logro
Oliver, Murphy, Ferland y Ross, (2007).	Sintomatología depresiva Sintomatología ansiosa Estilo cognitivo Maltrato emocional infantil Atribución parental ante eventos en infancia	s.d.	s.d.	s.d.
Fouladgar, Dawood y Khan, (2017).	Cultura iraní/pakistaní	Cultura iraní/pakistaní Sexo	Cultura iraní/pakistaní	Cultura iraní/pakistaní Sexo
Beck, Brown, Steer y Weissman, A. N. (1991). ±	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Chioqueta, y Stiles (2004).	Sintomatología depresiva Pensamientos automáticos negativos	s.d.	s.d.	s.d.

Nota: s.d. = sin datos; * = $p < .05$; ** = $p < .001$; *** = $p < .0001$; + Estudio con la DAS-A-R-17; ++ Estudio con la DAS-SF; ¯ Estudio con DAS-9 ítems; ± Estudio con DAS-26 ítems; ±± Estudio con la DAS-100 ítems.

En segundo lugar, en referencia a la categoría relacionada con sintomatología o estado de salud, cabe destacar que la sintomatología depresiva es una de las más estudiadas. En concreto, la sintomatología depresiva se relacionó con el estudio de las actitudes disfuncionales en 12 de los 19 artículos sosteniendo la hipótesis de base del modelo cognitivo para el desarrollo de la depresión. Entre ellos la medida frecuentemente utilizada es el BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996) aplicada en 9 de los estudios aunque también se utilizan otras medidas como DID (Sheeran y Zimmerman 2002), CES-D (Radloff, 1977), PHQ-9 (Spitzer 1999) o escalas de sintomatología general como SCL-90 (Derogatis, 1975). En siete de los artículos se estudia la relación encontrando correlaciones entre moderada y grande ($r = .35$ y $r = .60$) según la interpretación de Cohen (1988, 1992), (Brown et al., 1995a; Chioqueta y Stiles, 2004; Chioqueta y Stiles, 2007; Oliver et al., 2007; Ruiz et al., 2015; Sanz y Vázquez, 1993). Mientras que otros autores presentan resultados comparando grupos de pacientes con y sin depresión, encontrando que el grupo con síntomas de depresión presenta más actitudes disfuncionales depresivas que el grupo que no presenta sintomatología (Ohrt y Thorell, 1998; Wong et al., 2008).

Conexa con la sintomatología depresiva se halla por un lado el estudio de la relación con la historia de depresión recogida en dos de los estudios de los que se extrae la existencia de una relación positiva pequeña con las actitudes disfuncionales (Adler et al., 2015; Spinhoven et al., 2007) incluso no significativa en el caso del estudio de Adler et al., (2015). Y por otro, el estudio de la desesperanza, como se muestra en uno de los estudios que indica la existencia de una relación positiva moderada según Cohen (1988, 1992), y significativa, es decir, a mayor desesperanza mayor nivel de actitudes disfuncionales depresivas (Beevers et al., 2007).

Al mismo tiempo, otros estudios se han centrado en valorar la relación de las actitudes disfuncionales depresivas y otro tipo de sintomatología como puede ser la

ansiosa (Ebrahimi et al., 2013; Oliver et al., 2007; Sanz, 1993; Sanz y Vázquez, 1993). En concreto de los estudios examinados, cuatro de ellos han investigado sobre la relación entre la sintomatología ansiosa y las actitudes disfuncionales depresivas encontrando una relación positiva que varía en gran medida según los estudios en un rango entre pequeña y grande ($r = .29 - .53$) valorado con los criterios Cohen (1988, 1992). El estudio de (Sanz y Vázquez, 1993) valoró específicamente la relación entre la ansiedad social y las actitudes disfuncionales depresivas encontrando una relación positiva moderada. La misma relación la encontró (Ebrahimi et al., 2013) esta vez relacionando las actitudes disfuncionales y el diagnóstico tanto de ansiedad como ansiedad social y depresión ($r = .48 - .57$). El mismo estudio además indica la relación del índice de salud medido con GHQ-7 (Goldberg, 1979) con las actitudes encontrando una relación moderada y positiva en el que a mayor presencia de síntomas y mayor intensidad de los mismos, mayor nivel de actitudes disfuncionales.

De la misma manera, a nivel de constructos cognitivos, (Ruiz et al., 2015) encontraron una correlación moderada con un instrumento que medía emociones y pensamientos ansiosos. Estos datos mantienen consonancia con la controversia encontrada en los años 90 sobre la especificidad de contenido de las actitudes disfuncionales (Blackburn et al., 1986; Clark y Beck, 1989; Hill et al., 1989; Sanz y Avia, 1994).

En tercer lugar, en referencia a la categoría relacionada con experiencias vitales, una de las investigaciones se centró en la evaluación de las actitudes disfuncionales y el maltrato emocional infantil encontrando una relación positiva entre ambas variables (Oliver et al., 2007).

Por último y en cuarto lugar, cinco de los estudios se han centrado en valorar la relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y otras variables cognitivas como

distorsiones cognitivas (Beevers et al., 2007), pensamientos automáticos negativos (Chioqueta y Stiles, 2004; Chioqueta y Stiles, 2007; Ruiz et al., 2015; Tanaka et al., 2006), evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica (Ruiz et al., 2015), estilo cognitivo negativo o atribución parental ante eventos en infancia (Oliver et al., 2007).

De acuerdo con la teoría cognitiva de Beck (1986) los diferentes estudios encuentran relaciones entre moderadas y grandes cuando relacionan factores cognitivos como las distorsiones cognitivas negativas o los pensamientos automáticos negativos y las actitudes disfuncionales depresivas. En concreto con respecto a las distorsiones cognitivas (Beevers et al., 2007) encontraron una relación positiva y moderada con las actitudes disfuncionales depresivas según los criterios Cohen (1988, 1992). Y con respecto a los pensamientos automáticos negativos los diferentes estudios coinciden en mostrar una relación positiva valorada como moderada-grande ($r = 0.39-0.54$) con las actitudes disfuncionales depresivas (Chioqueta y Stiles, 2004; Chioqueta y Stiles, 2007; Ruiz et al., 2015; Tanaka et al., 2006). En relación a la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica (Ruiz et al., 2015) encontraron una relación grande entre esa variable y las actitudes disfuncionales depresivas. De la misma manera (Oliver et al., 2007) encuentran una relación grande entre el estilo cognitivo negativo y las actitudes. Dichos resultados pueden sugerir un patrón estable, negativo y rígido cognitivo relacionado con las actitudes disfuncionales, acorde con la teoría cognitiva de Beck (1986).

4.3. Actitudes Disfuncionales Depresivas en Trauma

Los procesos cognitivos tienen una gran importancia en la singularidad de la respuesta al trauma y también en la definición de un hecho como traumático (Boals, 2018). En 2018, Boals encontró que aquellas personas que habían pasado por un evento traumático o lo

experimentaron subjetivamente como traumático, presentaban niveles mayores de sintomatología postraumática medida con PCL-S que aquellas que habían vivido otros eventos o subjetivamente no los habían experimentado como traumáticos. Existe un gran debate al respecto de la subjetividad con la que se vive el suceso potencialmente traumático. De hecho la controversia generada dio pie, como se mencionó en el capítulo 3, a la eliminación en del criterio A2 del manual DSM-IV-TR (APA, 2000) que describía que “la respuesta de la persona al evento traumático debe incluir miedo intenso, impotencia u horror” en la nueva conceptualización del TEPT en el DSM-5 (Friedman, 2013). Sin embargo esa experiencia subjetiva, referida a cómo la persona entiende y procesa lo acontecido se ha podido ver referida en el nuevo manual nosológico como otro criterio referido a alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, el nuevo criterio D.

En esa dirección, cabe destacar que cuando una persona experimenta en sí misma o en un ser querido la experiencia de un evento traumático, los esquemas básicos se modifican. Janoff-Bulman, (1998) concretó que tras dicha experiencia, aquellos esquemas referidos a la concepción de un mundo benevolente y justo se rompen, y como resultado de ese desajuste cognitivo se postula que aparecerán distintas conductas psicopatológicas (Muñoz y Navas, 2007; Resick y Schnicke, 1993). Esto enfatiza la importancia de la evaluación e identificación de dicho desajuste cognitivo.

Como se mencionó anteriormente, el actual manual DSM-5 recoge la relevancia de los procesos cognitivos añadiendo en el criterio D un síntoma referido a “Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo, p. ej., “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados” (APA, 2013). Efectivamente, desde la teoría cognitiva de Beck, las creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre sí mismo, los demás o el mundo, o las cogniciones persistentes y distorsionadas de culpa que ahora definen el

TEPT en el DSM-5, son similares a la tríada cognitiva negativa (visión negativa del yo, el mundo y el futuro) que Beck et al. (1979/1983) proponen en su teoría cognitiva de la depresión como producto cognitivo negativo clave para el origen de la depresión y que serían el resultado de la activación de las actitudes disfuncionales depresivas que permanecen latentes hasta que un estresor las activa (Beck et al., 1979/1983; Sanz y Vázquez, 2008).

La incorporación de los nuevos síntomas a la nueva categoría de alteraciones negativas de las cogniciones y del estado de ánimo, el DSM-5 se hace eco de los datos anteriormente mencionados en el capítulo 2 sobre la comorbilidad de TEPT y TDM. Además añade la relevancia de la sintomatología depresiva dentro del cuadro postraumático, especialmente a la cognitiva.

Los autores investigadores cognitivos y el propio Beck en su modelo describen que las actitudes o creencias como “si fracaso en el trabajo seré un fracaso como persona” referidas en la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A (*Dysfunctional Attitude Scale, form A*) o DAS-A de Weissman y Beck (1978), anteriormente descrita, son características de los pacientes deprimidos. Esas actitudes, según el propio modelo, conducen a cogniciones negativas sobre uno mismo, los demás, el mundo o el futuro. Y atendiendo a la propia teoría de la especificidad de contenido descrita por Beck (1988) la descripción de un cuadro de activación traumático iría ligado a esquemas cuyo contenido describiera activación, alerta, anticipaciones. Sin embargo, el hecho de que la caracterización del TEPT en el DSM-5 incluya cogniciones negativas sobre uno mismo, los demás, el mundo o el futuro similares a las depresivas junto con el hecho de que exista además mucha comorbilidad en los diagnósticos DSM-IV-TR entre TEPT y TDM hacen pensar que actitudes disfuncionales “depresógenas” puedan estar presentes de manera

específica en el cuadro postraumático. Y por ende subraya la necesidad de investigar el papel de esas actitudes “depresógenas” en el desarrollo del TEPT.

Por tanto, para esclarecer el papel etiológico de las actitudes disfuncionales en el TEPT sería importante tener en cuenta la existencia de otras actitudes disfuncionales más características de la depresión y evaluar en qué medida unas y otras son factores específicos o comunes al TEPT y a la depresión.

4.3.1. Relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y el trastorno por estrés postraumático

Con el fin de conocer si la cuestión sobre cuál es la relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y el estrés postraumático se había planteado anteriormente, se realizó una búsqueda en las principales bases de datos de psicología y de psicología del trauma (MEDLINE PsycINFO, PsycARTICLES, PTSDpubs y Psychology Database), utilizando una combinación de los términos. Una primera búsqueda incluyó “Dysfunctional attitude scale” y “PTSD” en el resumen y una segunda búsqueda que incluyó: “dysfunctional attitude scale” y “PTSD o Trauma Symptoms” bajo la siguiente clave de búsqueda: “ab(dysfunctional attitude scale) AND (ab(PTSD) OR ab(Trauma Symptoms))”. Dichas búsquedas arrojaron 13 resultados. Entre ellos cuatro trabajos abordaban la relación entre las actitudes disfuncionales depresivas medidas, por ejemplo, por la DAS-A, y el trastorno por estrés postraumático (Akbaba Turkoglu et al., 2015; Çakır et al., 2014; Fodor y Perczel Forintos, 2013; Platt y Freyd, 2012). Todos ellos se resumen en la tabla 26.

En primer lugar, tras examinar los estudios encontrados, cabe destacar que Platt y Freyd (2012), fueron los primeros en realizar una investigación focalizada en conocer el

papel o la relación de las actitudes disfuncionales depresivas en el cuadro de trauma y lo hicieron con una muestra de estudiantes universitarios. A partir de ahí, y aunque la literatura no es muy extensa en el campo, se han sucedido investigaciones que perfilan la relación entre los mencionados productos cognitivos y la sintomatología traumática en muestras clínicas con personas con depresión diagnosticada (Akbaba Turkoglu et al., 2015), con estrés postraumático diagnosticado (Fodor Kiga y Perczel Forintos, 2013) o con ambos cuadros psicopatológicos (Çakır et al., 2014).

En concreto Platt y Freyd (2012) realizaron un estudio con una muestra de 306 estudiantes universitarios a los que administraron una batería de pruebas, entre ellas: la medida de vergüenza (SPM, Feiring y Taska, 2005); la escala de actitudes disfuncionales depresivas (DAS-A, Weissman y Beck, 1978), el cuestionario breve de traición de trauma (BBTS; Goldberg y Freyd, 2006) y la lista de síntomas de trauma-40 (TSC40-t; Briere y Runtz, 1989). Al completar los cuestionarios se les asignaba aleatoriamente una condición problema con feedback negativo o positivo, tras la cual se les administraba la Escala de vergüenza y culpa estado (SSGS, Marschall, Saftner, y Tangney, 1994).

Entre los otros objetivos, las autoras intentaron examinar la asociación entre historia de trauma y las actitudes disfuncionales depresivas medidas con la DAS-A. En relación al mismo, encontraron que aquellos estudiantes que habían experimentado un mayor número de acontecimientos traumáticos, presentaban mayores niveles de actitudes disfuncionales depresivas.

Es importante señalar que a pesar de que aplicaron a los estudiantes una medida de sintomatología de estrés postraumático (la *Trauma Symptoms Checklist 40, time bound*, o TSC40-t, de Briere y Runtz, 1989), en su artículo tan solo presentan correlaciones de dicha medida con el número de eventos traumáticos vividos. Es decir, no presentaron datos relacionando dicha sintomatología y las actitudes disfuncionales depresivas.

Asimismo, tampoco recogieron una medida de sintomatología depresiva, por lo que no sabemos en este caso el peso que podría tener dicha variable en los hallazgos encontrados.

Al año siguiente, Fodor Kiga y Perczel Forintos (2013) quisieron estudiar la relación entre la sintomatología de estrés postraumático, medida por la escala diagnóstica postraumática o PDS de Foa, Cashman, Jaycox y Perry (1997), y las actitudes disfuncionales, medidas por una versión húngara de 35 ítems de la DAS-A que tiene siete subescalas. Para ello contaron con una muestra de 32 pacientes con TEPT como diagnóstico único. Los autores administraron diferentes pruebas, entre ellas el inventario de ansiedad de Beck (BAI, Beck y Steer, 2011), el inventario de depresión de Beck (BDI, Beck et al., 1996), la escala de desesperanza de Beck (BHS, Beck, 1974), la escala diagnóstica de estrés postraumático (PDS, Foa, 1996); el inventario de modos de afrontamiento (COPE, Folman y Lazarus, 1980) y escala de actitudes disfuncionales depresivas (DAS-A, (Weissman, 1979a)). Con respecto a esta última, cabe destacar que para el estudio los autores usaron una versión húngara de 35 ítems, cuya puntuación máxima era de 70 puntos y que contaba con 7 subescalas: necesidad de reconocimiento externo, necesidad de amor, necesidad de rendimiento, perfeccionismo, expectativas legítimas, omnipotencia y control externo. Los autores además informan de que la media de la sintomatología de su muestra era de 26,5 (DT = 13,3) y el 65% de la muestra presentaba puntuaciones moderadas-graves. Además, en cuanto a sintomatología postraumática la puntuación media del PDS era de 34,7 (DT = 9,8) y el 77% de la muestra presentaba un nivel de sintomatología grave.

En relación con los resultados, Fodor Kiga y Perczel Forintos encontraron una relación positiva entre las puntuaciones totales de la PDS y la DAS-A ($r = 0,36$), sin embargo, dicha correlación no fue estadísticamente significativa. Los autores realizaron además un análisis de dicha relación con las subescalas de la DAS-A encontrando que

dos subescalas de la DAS-A, control externo y necesidad de poder correlacionaban de manera positiva y estadísticamente significativa con la puntuación total de la PDS ($r = 0,53$ y $0,48$). Este hallazgo es compatible con la hipótesis de que las actitudes disfuncionales tienen un papel relevante en el TEPT. Sin embargo, es difícil de interpretar dado que, a pesar de que los investigadores también obtuvieron una correlación muy elevada ($r = 0,77$) entre la puntuación total de síntomas de estrés postraumático y una medida de sintomatología depresiva (el Inventario de Depresión de Beck o BDI), no calcularon la relación entre actitudes disfuncionales y estrés postraumático controlando el efecto de los síntomas depresivos, ni viceversa.

Por su parte, Çakır et al. (2014) realizaron un estudio en el que contaron con un grupo de 30 mujeres que mostraban un diagnóstico DSM-IV-TR de TDM y un grupo de 32 mujeres con un diagnóstico DSM-IV-TR de TDM comórbido con TEPT relacionado con una experiencia sexual traumática. Para el diagnóstico contaron con una entrevista estructurada (SCID-I). Los autores compararon ambos grupos con tres diferentes medidas cognitivas, entre ellas la escala de pensamientos automáticos negativos (ATQ, Hollon y Kendall, 1980), escala de actitudes disfuncionales depresivas (DAS-A, Weissman y Beck, 1978) y la escala de esquemas de Young (YSQ, Young, 1994). En relación con la DAS-A, los investigadores no encontraron ninguna diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de mujeres con TDM y el de TDM+TEPT, ni en la puntuación total ni en ninguna de sus subescalas. Lo que sí encontraron en relación a esta escala de actitudes disfuncionales depresivas, tras realizar un análisis por ítems, fue que el grupo de mujeres con TDM puntuaron significativamente más alto que el grupo de mujeres con TDM y TEPT en tres de los ítems de la DAS-A. Dichos ítems son: “No confío en otras personas porque creo que podrían lastimarme”, “No debo equivocarme para que la gente me valore”, “Siempre debo tener éxito para que la gente me respete”.

Sin embargo, con otras de las pruebas que medían esquemas cognitivos, YSQ, sí encontraron que las mujeres con comorbilidad de TEPT y TDM presentaban significativamente más esquemas cognitivos disfuncionales que las mujeres con solo TDM. De hecho la diferencia la encontraron también en las subescalas. Por ejemplo en la de fracaso, referida a la creencia “ser un fracaso en la escuela o en la carrera profesional hará que inevitablemente se falle en la vida”; la de imperfección, referida a “sentirse avergonzado/inútil como consecuencia de los sentimientos de ser malo, inferior o desvalido”; y la de subyugación, referida a “conformidad con los demás con el fin de evitar consecuencias temidas” según las propias descripciones de los esquemas de cada escala (Quiñones et al., 2018).

No obstante, cabe destacar que los investigadores realizaron muchas comparaciones entre los dos grupos sin utilizar ningún procedimiento para controlar la tasa de error de tipo I. Las comparaciones que llevaron a cabo no solo fueron sobre las puntuaciones totales de los tres instrumentos que utilizaron, sino también sobre las puntuaciones de sus subescalas y de todos sus ítems (hay que recordar, en este sentido, que tan solo la DAS-A tiene 40 ítems).

Resulta importante también reflejar que además, por un lado, los autores no incluyeron una medida de depresión por lo que no conocemos el nivel de sintomatología que presentaban cada uno de los grupos. Y por otro lado, que en este estudio no incluyeron un grupo de comparación de mujeres que tan solo mostraran un diagnóstico de TEPT o de mujeres de la población general. Dichas consideraciones hubieran aportado otras comparaciones que hubieran facilitado una mejor interpretación de sus hallazgos.

Por último, Akbaba Turkoglu, Essizoglu, Kosger y Aksaray (2015) realizaron un estudio en el que querían comprobar si existía relación entre traumas psicológicos en la infancia medidos con el cuestionario de traumas de la infancia (the Childhood Trauma

Questionnaire; (CTQ, Bernstein y Fink, 1998), las actitudes disfuncionales negativas medidas con el cuestionario DAS-A (Weissman, 1979a) y la sintomatología depresiva medida con el inventario de depresión de Beck (BDI, Beck et al., 1996). Para ello contaron con un grupo de 70 mujeres diagnosticadas, con entrevista estructurada SCID-I, de trastorno depresivo mayor o distimia y 50 voluntarias sanas. Entre los criterios de inclusión se tuvieron en cuenta tener al menos estudios primarios, una edad comprendida entre 18 y 65 años y no haber estado bajo tratamiento antidepresivo en los últimos 3 meses. Entre los criterios de exclusión se encontraba la existencia de un trastorno neurológico, enfermedad física grave, embarazo, otros trastornos cognitivos, comorbilidad o historia de traumatismo craneal.

En su estudio, (Akbaba Turkoglu et al., 2015) encontraron que el grupo de pacientes depresivas presentaban un mayor grado de traumas y en ese grupo además, se encontró una correlación negativa entre la DAS y la escala de abuso emocional, considerándolo los autores uno de los factores de vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión y reconociendo en las limitaciones que deberá ser objeto de estudio futuro. En este estudio además compararon el grupo de pacientes depresivos en la variable “historia de depresión familiar” con las distintas variables de objeto del estudio. En el caso de la DAS no se aprecia una diferencia significativa entre tener o no historia familiar de depresión.

Por otro lado hallaron, además y sorprendentemente, que el grupo control, el grupo de voluntarios sanos, presentaba un mayor nivel de actitudes disfuncionales depresivas que el grupo de pacientes depresivas. Los autores no explican detalladamente este hallazgo, tan solo recuerdan el desarrollo de las actitudes a través de las experiencias. Lo que llama la atención es, por un lado que su grupo de pacientes depresivas, diagnosticadas con TDM o distimia con entrevista diagnóstica, tiene una media de sintomatología depresiva significativamente mayor que la del grupo control ($M = 22$ vs. $M = 6.5$). De

acuerdo con la teoría de Beck que plantea que las actitudes disfuncionales están activas en los pacientes que presentan depresión, este grupo debería presentar mayor nivel de actitudes disfuncionales. Y por otro lado, que además cuentan significativamente con más nivel de experiencia traumática, tal y como se ha comentado. Hubiera sido interesante quizá valorar la correlación entre el grado de evento traumático y la DAS también en el grupo control y la realización de otros análisis para poder comprender mejor los datos. Así como también hubiera sido interesante realizar análisis con las subescalas teniendo en cuenta por un lado que estudios previos habían arrojado datos en esa dirección (Fodor y Perczel, 2013) y por otro, conociendo que la incorporación de medidas más concretas, como por ejemplo las subescalas de la DAS, permitirían una mejor comprensión de los datos ya que “evalúan grupos específicos de actitudes disfuncionales temáticamente más homogéneos” tal y como describió Sanz (1933, p 149).

Tabla 26. Características de los estudios que han investigado la relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y eventos traumáticos y diagnóstico o sintomatología postraumática

Referencia	Tipo de muestra (n)	Edad media	Tipo de evento (% de muestra)	Instrumentos utilizados	Análisis con subescalas de la DAS
Platt y Freyd (2012)	No clínica Estudiantes universitarios (306) (mujeres=202)	20,8 años	Experiencias de traición por un ser querido <i>No especifican tipos concretos</i>	BBTS SPM DAS-A TSC40-t	No
Fodor Kiga y Perczel Forintos, (2013)	Clínica Pacientes con TEPT (32) (mujeres=15)	34,8 años	Accidentes de tráfico (40,9) Pérdida de familiares (18,2) Víctimas de abuso sexual o físico (18,2) Ser retenido al menos 1 mes (9,1) Accidente potencialmente mortal (9,1)	PDS DAS-A (versión 35 ítems) BDI BAI BHS COPE	Sí

Referencia	Tipo de muestra (n)	Edad media	Tipo de evento (% de muestra)	Instrumentos utilizados	Análisis con subescalas de la DAS
(Çakır et al., 2014)	Clínica Mujeres con diagnóstico TDM sin antecedentes de trauma o TEPT (30) Mujeres con diagnóstico TDM + TEPT(30)	25,1 años	Evento sexual traumático	SCID-I ATQ DAS-A YSQ	Sí
(Akbaba Turkoglu et al., 2015)	Clínica Mujeres diagnosticadas de depresión (62) o distimia (8). No clínica Voluntarios sanos (50).	25,5 años	Clasificados con el CTQ: Abuso sexual Abuso emocional Abuso físico Negligencia física Negligencia emocional <i>No especifican tipos concretos</i>	CTQ SCID-I DAS-A BDI	No

Nota: Instrumentos: ATQ Escala de pensamientos automáticos (Hollon y Kendall, 1980); BAI = Beck y Steer, 2011; BBTS= cuestionario breve de traición de Trauma (Goldberg y Freyd, 2006); BDI = Inventario de Depresión de Beck (Beck 1996); COPE = Cuestionario Inventario de modos de afrontamiento (Folman y Lazarus, 1980); BHS = Escala de desesperanza de Beck (Beck, 1974); CTQ = cuestionario de Traumas en la infancia (Bernstein y Fink, 1998); DAS- A = Escala de Actitudes disfuncionales, forma A (Weissman y Beck,1978); PDS = Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (Foa, 1996); SCID-I = versión clínica y del paciente para los trastornos del eje I de la Structured Clinical

Interview for DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1995); SSGS = escala de vergüenza y culpa estado (Marschall, Saftner, y Tangney, 1994), SPM = Medida de vergüenza (Feiring y Taska, 2005); TSC40-t = Lista de síntomas de trauma-40, *Trauma Symptoms Checklist 40, time bound*, o TSC40-t (Briere y Runtz, 1989); YSQ, Escala de esquemas de Young (Young, 1994).

4.3.2. Actitudes disfuncionales depresivas en víctimas de terrorismo

La relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y trauma ha sido objeto de interés en los últimos años, y aunque todavía la literatura al respecto es escasa, los resultados animan a continuar profundizando en el tema, incluso con poblaciones que han sufrido eventos traumáticos específicos. Como se ha observado en el apartado anterior la mayoría de los estudios al respecto investigan esta relación con mujeres que han sufrido violencia sexual, abuso emocional, físico, negligencia física o emocional o con personas que han pasado por accidentes de tráfico o que han perdido a familiares. En esta dirección, y como se ha ilustrado a lo largo de los diferentes capítulos, la experiencia de vivir un atentado terrorista constituye una vivencia altamente estresante y traumática que puede generar mucho desajuste en las personas desencadenando diferentes respuestas psicopatológicas (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2010; García-Vera y Sanz, 2017). Sin embargo estas reacciones no son iguales en todas las personas, de hecho, existe un amplio porcentaje de personas que no experimentan dichas consecuencias (García-Vera y Sanz, 2017). Esto puede llevar a preguntarse sobre los factores que influyen en el desarrollo de las consecuencias psicológicas en las víctimas de terrorismo y en concreto en factores que pueden ser de vulnerabilidad al respecto. Por tanto, resulta de interés conocer también la relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y el estrés postraumático en las víctimas del terrorismo.

En concreto con esta población, como se resume en la tabla 27, tan solo se ha encontrado un estudio piloto que haga referencia al estado de las actitudes disfuncionales depresivas y el estrés postraumático (Fausor, et al., en prensa). En dicho estudio, se contó con una muestra de 378 víctimas de terrorismo españolas que presentaba una media de veintiún años y medio desde el atentado vivido. Se midieron actitudes disfuncionales

depresivas tanto de corte general como específicas de logro-perfeccionismo y de dependencia-necesidad de aprobación definidas por los dos factores homónimos encontrados en la muestra española más amplia de personas víctimas del terrorismo y que cuenta con índices adecuados de fiabilidad y validez en dicha muestra (Fausor et al., 2021).

Entre los resultados hallados cabe destacar que los autores encontraron una relación positiva significativa de tamaño pequeño según Cohen (1988) entre las actitudes disfuncionales depresivas y la sintomatología de TEPT, incluso tras controlar el efecto de la depresión, sexo, edad, nivel de estudios, ansiedad y episodios depresivos previos. De manera similar encontraron esa relación con las actitudes disfuncionales de dependencia-necesidad de aprobación y la sintomatología postraumática.

Por otro lado, también estudiaron las diferencias en el nivel de actitudes disfuncionales depresivas en función de los grupos diagnósticos que finalmente agruparon como víctimas con TEPT o TEPT y TDM ($n = 62$), víctimas con trastornos emocionales distintos al TEPT o al TDM ($n = 70$) y sin ningún trastorno emocional ($n = 62$). Inicialmente contaban con un grupo víctimas con TDM ($n = 15$), sin embargo, dado que era muy pequeño y comprometía la potencia estadística del estudio, se prescindió del mismo para los análisis de comparación entre grupos diagnósticos. El análisis mostró que las víctimas con TEPT, con o sin TDM, presentaban más actitudes disfuncionales depresivas globales y específicas de dependencia-necesidad de aprobación que las víctimas sin trastornos emocionales. Además en el caso de las actitudes disfuncionales depresivas específicas de logro-perfeccionismo las víctimas con TEPT, con o sin TDM, también presentaban más que aquellas con otros trastornos emocionales distintos al TEPT o TDM, siendo las víctimas sin trastornos las que menos presentan. Sin embargo, en análisis posteriores, al tener en cuenta la sintomatología depresiva como covariable en la

comparación entre grupos en actitudes disfuncionales mostró que no había diferencias entre el grupo con TEPT o TEPT + TDM y el grupo con otros trastornos emocionales ni entre el primero y las víctimas sin trastorno.

Los resultados sugieren que las actitudes disfuncionales depresivas, al menos las que mide la DAS-A, podrían ser un factor de vulnerabilidad para los síntomas cognitivos del TEPT y también para el resto de sus síntomas. Por lo que se enfatiza la importancia de tener en cuenta su evaluación en las víctimas. Sin embargo este estudio, por decisiones metodológicas, no incluye un grupo de TDM lo que permitiría conocer el peso que tienen las actitudes disfuncionales en ese grupo con respecto al diagnóstico postraumático. De la misma manera, en este estudio no se compara a las personas que tienen un diagnóstico único de TEPT o la comorbilidad sino que en el mismo grupo se contemplan a las personas que tienen TEPT único con aquellas que presentan la comorbilidad, por lo que de igual manera no permite conocer si existen diferencias entre esos grupos. Una distribución por grupos en la que se comparasen los diagnósticos únicos permitiría sacar más conclusiones sobre esta cuestión.

Tabla 27. Características del estudio piloto que ha investigado la relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y diagnóstico o sintomatología postraumática en víctimas de terrorismo

Referencia	Tipo de muestra (n)	Tipo de víctima	Edad media	Tipo de evento	Instrumentos utilizados	Análisis con subescalas de la DAS
Fausor, et al., en prensa),	víctimas del terrorismo (378) 53.2% mujeres	34.1% heridos 40.5% familiares directos de fallecido 25.4% familiares directos herido	50.3 años	Atentado terrorista	SCID-I BDI-II PCL-S BAI DAS-A	Si

Nota: SCID-I = versión clínica y del paciente para los trastornos del eje I de la Structured Clinical Interview for DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1995); BDI-II = Inventario de Depresión de Beck (Beck 1996); PCL-S= *Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica* (Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993); BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; DAS-A = Escala de Actitudes disfuncionales, forma A (Weissman y Beck,1978).

En resumen, en relación a la cuestión que relaciona las actitudes disfuncionales depresivas y las consecuencias de los eventos traumáticos, tan solo se ha encontrado un estudio *en prensa* que ha analizado específicamente la relación entre actitudes disfuncionales, TEPT y TDM en la población víctimas de atentados terroristas. En cuanto a la investigación con otro tipo de poblaciones, como se comentaba la literatura es escasa, tan solo se han encontrado cuatro estudios. Entre ellos, el primero de los estudios publicados se centró en valorar la relación en estudiantes universitarios (Platt y Freyd, 2012), mientras que los tres siguientes se centraron en muestras clínicas que habían pasado por diferentes eventos traumáticos, dos se centran en responder a la cuestión en un grupo de mujeres con diagnóstico de TDM que han pasado por situación de abuso sexual, emocional o negligencia física o emocional (Akbaba Turkoglu et al., 2015), o con TEPT y TDM que han pasado por un evento sexual traumático (Çakır et al., 2014) y el tercero añade eventos como accidentes de tráfico o pérdida de familiares (Fodor y Perczel, 2013).

Sin embargo es necesario destacar que, como hemos comentado, los estudios mencionados presentan algunos problemas metodológicos que impiden extraer conclusiones sólidas sobre el papel de las actitudes disfuncionales en los trastornos emocionales que pueden sufrir las personas que experimentan situaciones traumáticas e incluso la generalización de los resultados.

En este contexto y con la información existente hasta la fecha serían necesarias nuevas investigaciones que, solventando esos problemas metodológicos, permitan llegar a resultados más concluyentes.

4.3.3. La relevancia de medir actitudes disfuncionales depresivas en el trastorno por estrés postraumático

A lo largo de este capítulo se han ido destacando algunas de las claves de relevancia para el estudio de las actitudes disfuncionales depresivas en el cuadro de estrés postraumático y en concreto en el caso específico de las víctimas de terrorismo. Al ser éste el tema principal de estudio de este proyecto de tesis cabe listar pormenorizadamente los motivos que llevan al desarrollo de esta investigación:

En primer lugar, porque tal y como se detallaba en el capítulo 1, los datos epidemiológicos muestran altas cifras de prevalencia TEPT pero también de TDM en las víctimas de atentados terroristas que además se acompañan de una frecuencia elevada de comorbilidad entre ambos cuadros psicopatológicos. Tal y como se presentó previamente, se resume que el TEPT se sitúa en torno al 39% (García-Vera et al., 2016) y el TDM como segundo trastorno más prevalente en supervivientes, según García Vera y Sanz, (2010) en torno al 33,9% (media ponderada por el tamaño de la muestra), oscilando desde el 19,4 % (North et al., 2005) al 57,6% (Baca Baldomero et al., 2004) y el primero más prevalente en víctimas indirectas, entendiendo éstas como familiares de heridos y de fallecidos, con un 47%. Estas cifras de prevalencia se mantienen elevadas incluso a muy largo plazo, 26,8% para TEPT y 17,9% para TDM, en estudios realizados con víctimas de terrorismo españolas (Gutiérrez Camacho, 2016). Así mismo, como se adelantaba, los datos indican una alta comorbilidad TEPT-TDM. De hecho esta comorbilidad se da en diferentes tipos de trauma pero en el caso de la población víctimas de terrorismo se han encontrado datos con un rango que oscila entre 8,6% (Shear et al., 2006) y 47,3% (Gillespie et al., 2002). Incluso se han encontrado estudios en los que esta comorbilidad se sitúa en torno al 13% en seguimientos a muy largo plazo (Gutiérrez et al., 2018). Este

último estudio además describió que en su muestra de 507 víctimas del terrorismo un 49,3% de las que presentaban TEPT también padecían a la vez un TDM, y de las que presentaban TDM, un 73,6% mostraban a la vez un diagnóstico de TEPT. Por lo que estos datos pueden llevarnos a pensar que existen componentes comunes entre ambas categorías diagnósticas.

En segundo lugar, porque atendiendo a la descripción clínica de ambos cuadros diagnósticos, existen síntomas comunes (APA, 2013). Incluso esos componentes comunes también se han visto señalados en la descripción del cuadro clínico del TEPT en el nuevo manual nosológico. Como se ha mencionado anteriormente el DSM-5 en su nueva conceptualización del trastorno de estrés postraumático (TEPT) añade un criterio en el que describe “Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s)”. Como se ha venido comentando, los síntomas cognitivos que señala serían similares a las cogniciones que Beck, en su teoría cognitiva de la depresión, denomina “triada cognitiva negativa”. Este término hace referencia a cogniciones negativas en forma de imágenes y pensamientos automáticos acerca de uno mismo, en las que una persona se atribuiría a sí mismo las experiencias desagradables (p. ej., “no valgo para nada”), acerca del mundo, es decir, relacionadas con la percepción de obstáculos insuperables en las experiencias vividas (p. ej., “esto es lo peor que me ha pasado en la vida”), y acerca del futuro, entre las que se incluiría la anticipación de dificultades (p. ej., “mi vida nunca volverá a ser la misma”). Estas cogniciones serían el producto de la puesta en marcha de sesgos y errores en el procesamiento de la información, es decir, de sesgos y errores en la interpretación de las vivencias en términos globales, absolutistas, dicotómicos, etc., que hacen que la vivencia se perciba como algo inmodificable. Por tanto, para aclarar el papel etiológico de las actitudes disfuncionales en el TEPT sería importante tener en cuenta también la

existencia de actitudes disfuncionales más características de la depresión y evaluar en qué medida unas y otras son factores específicos o comunes al TEPT y a la depresión. Cuestión, esta última, que como se ha descrito anteriormente, todavía no ha sido abordada simultáneamente y que puede tener importantes repercusiones por un lado en la identificación del curso o del pronóstico de los pacientes, y por otro, en la priorización de los objetivos terapéuticos así como en el ajuste de los tratamientos a las características individuales de los pacientes, en concreto, a la presencia de trastornos comórbidos, pero también en el cuadro específico de TEPT en el que anteriormente no se había contemplado la relevancia de síntomas relacionados con el estado de ánimo de forma tan definida incluso que permitiera tener en cuenta factores cognitivos específicos.

En tercer lugar, porque las actitudes disfuncionales constituyen un factor de vulnerabilidad dentro de los modelos explicativos. Aunque Beck, en sus últimas formulaciones plantea que las imágenes y pensamientos automáticos negativos (la tríada cognitiva negativa) pueden ser también concomitantes del fenómeno depresivo (Sanz y Vázquez, 1993), en su modelo dichas cogniciones, en concreto, dichos productos cognitivos, serían el elemento precursor del resto de síntomas depresivos y, por ende, del trastorno depresivo mayor (TDM) o de otros trastornos (Peñate et al., 2009; Vázquez et al., 2010). En esta dirección, pues, es cierto que la tríada cognitiva negativa, en la teoría de Beck, tendría la consideración tanto de causa como de efecto y, por tanto, podría ser tautológico examinar la relación entre una medida de la tríada cognitiva negativa y una medida del trastorno depresivo mayor que además, habitualmente, también incluye elementos para medir síntomas cognitivos de la depresión que se corresponden con la tríada cognitiva negativa. Sin embargo, en esta tesis se plantea la medida de otro constructo cognitivo, las actitudes disfuncionales depresivas, que aunque relacionada con la tríada cognitiva negativa, no son el mismo constructo. Las actitudes serían el contenido

de los esquemas cognitivos depresógenos que darían lugar a los productos cognitivos que se identifican como la tríada cognitiva negativa. De hecho, una persona puede afirmar que comparte la actitud disfuncional depresiva “si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará” y no tiene por qué estar experimentando pensamientos automáticos negativos del tipo “la gente no me respeta”. Por tanto, en la teoría de Beck, las actitudes disfuncionales depresivas serían la causa distal de vulnerabilidad del trastorno depresivo mayor que en interacción con la ocurrencia de ciertos sucesos estresantes podría dar lugar a la experiencia de las imágenes y pensamientos automáticos negativos que conforman la mencionada tríada cognitiva negativa y, por ende, al resto de síntomas que constituyen el trastorno depresivo mayor. Todo ello pone de relieve la importancia del conocimiento de las actitudes disfuncionales para entender las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas que se pueden originar como un TDM, pero también algunas de las consecuencias psicopatológicas que forman parte de nuestro concepto actual del trastorno por estrés postraumático (TEPT).

En cuarto lugar, porque el estudio de las actitudes disfuncionales depresivas en el TEPT es novedoso. Por un lado, no hay muchos estudios a nivel internacional sobre este tema. De hecho hasta la fecha se han encontrado 5 artículos entre los cuales tan solo uno estudia la mencionada relación en víctimas de atentados terroristas concretamente, y como se señalaba anteriormente, aunque con ciertas limitaciones en su aplicación, dichos estudios ponen de relieve la presencia de las actitudes disfuncionales depresivas en TEPT. Por otro lado, además, la novedad radica en el contraste de la hipótesis de especificidad de contenido. La propia teoría de Beck nos indica que existe un perfil cognitivo para cada trastorno (Beck y Dozois, 2011), sin embargo los nuevos cambios en los criterios del diagnóstico del TEPT nos pueden dar a entender que entre esos esquemas cognitivos básicos que pueden verse alterados por un acontecimiento traumático también podrían

encontrarse las actitudes disfuncionales relacionadas con una visión negativa del yo, del mundo y del futuro que tradicionalmente se han supuesto relacionadas con la depresión, actitudes disfuncionales que se pueden entender como depresivas (Brown et al., 1995a). Esto permitiría tener en cuenta factores cognitivos depresivos específicos cuya relevancia no se había contemplado anteriormente y que pueden ser tenidos en cuenta en la evaluación de pacientes de tal manera que se pueda concretar el perfil de TEPT para cada caso particular pudiendo así poder intervenir sobre esos factores de vulnerabilidad que ayuden a promover cambios más estables a largo plazo.

El afán del trabajo clínico así como del trabajo de investigación asociado parte de la mejora de las personas que sufren consecuencias psicopatológicas. El interés en aportar datos que permitan ofrecer a las víctimas del terrorismo intervenciones apropiadas y con el apoyo científico suficiente ha aumentado en estos últimos años. De esta manera se pueden encontrar trabajos que evalúan la eficacia de las intervenciones (Gesteira Santos, 2016; Gesteira et al., 2018a) y su efectividad (Moreno Pérez, 2016; Moreno et al., 2019). Pero también ha suscitado interés sobre los mecanismos implicados en el cambio. Entre esos mecanismos estudiados está el papel de las actitudes disfuncionales depresivas. Precisamente este fue el objeto de estudio en una muestra de víctimas de terrorismo de una reciente tesis doctoral (Reguera Briz, 2021). Esta investigación concluyó que la disminución del nivel de actitudes disfuncionales depresivas en el pre-postratamiento mediaban parcialmente sobre las reducciones pre-postratamiento en la sintomatología depresiva en los efectos de la terapia cognitivo conductual-centrada en el trauma (TCC-CT) aplicada. Por lo que el estudio de las actitudes disfuncionales depresivas y su descripción detallada en el marco de las consecuencias psicopatológicas que sufren las víctimas facilita al profesional clínico herramientas para que pueda tenerlas en cuenta en

la práctica clínica habitual dado que se ha comprobado la importancia del manejo de las actitudes disfuncionales en el proceso terapéutico.

Capítulo 5:

Resumen de la parte teórica

En resumen, el terrorismo es un problema a nivel mundial que ocasiona miles de afectados tanto directa como indirectamente cada año. En la última década se han registrado unos 154.000 atentados terroristas acontecidos a nivel mundial (START, 2020). Sin embargo, lo importante es señalar no únicamente el hecho terrorista que ya es alarmante en sí en sus cifras anuales y acumuladas, sino también señalar las repercusiones que conllevan estos actos. Concretamente en las vidas humanas ya que desgraciadamente se cuentan por cientos de miles las personas que han pasado por esta vivencia. En este sentido es importante conocer la magnitud de las personas afectadas y cuáles han sido las repercusiones consecuentes para ellos, concretamente y en el marco de esta presente tesis, a nivel psicológico.

De los datos publicados sobre el número de atentados y personas afectadas indican que durante esta última década (2009-2019) se han cometido 108.543 atentados en todo el mundo que han dejado un total de 205.797 personas fallecidas, 297.303 personas heridas y 82.673 secuestradas (García-Vera et al., 2015; START, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020). Es decir, unas 585.773 personas afectadas sin contar con los familiares de cada categoría. Además del grave problema que supone el terrorismo a nivel internacional, en España también lo es dada la historia de terrorismo con la que cuenta el país desde 1960. Desde entonces y según la Subdirección General de Ayudas a Víctimas del Terrorismo y de Atención Ciudadana, Ministerio del Interior, (22 de junio de 2020); Fundación Víctimas de Terrorismo (2020), se han contabilizado unos 14.848 afectados por terrorismo entre fallecidos, heridos, secuestrados, amenazados y familiares.

Por otro lado, como se comentaba, dada la gran cantidad de personas afectadas, se hace necesario conocer cómo se encuentran esas personas y cuáles son las repercusiones de los atentados en su salud, en concreto en salud mental ya que es una de las grandes consecuencias tras sufrir un atentado. De hecho, la literatura señala que la probabilidad

de padecer un trastorno mental en personas afectadas por atentados terroristas es entre 2 y 3 veces mayor que en la población general (Echeburúa et al., 2004), e incluso revisiones más recientes señalan que el riesgo puede ser aún mucho mayor, hasta 5 o 10 veces más (García-Vera et al., 2016; García-Vera y Sanz, 2016). Por lo que resulta de interés, además de conocer cuáles son las consecuencias psicopatológicas de los atentados, conocer también qué causa o qué variables intervienen en el desarrollo de dichas consecuencias. Máxime cuando por muy significativas que sean las cifras de prevalencia de psicopatología en víctimas de atentados terroristas (García-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016), también se sabe que la mayoría de las personas que sufren un atentado terrorista no desarrollarán trastornos mentales como consecuencia de los atentados terroristas y conseguirán recuperarse sin secuelas psicopatológicas significativas (García-Vera y Sanz, 2016). Es decir, tras un atentado terrorista va a haber personas que desarrollen patología que comparada con la prevalencia en población general son cifras altas, pero también va a existir un número amplio de personas que no van a desarrollar tales consecuencias. Este hecho ha fomentado el interés por conocer qué genera esa discrepancia, y con ello, el estudio de factores de vulnerabilidad potencial a las distintas psicopatologías, en concreto a los trastornos más prevalentes en las víctimas de terrorismo, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno depresivo mayor (García-Vera y Sanz, 2010).

Los factores de vulnerabilidad se entienden como factores de riesgo que tienen un estatus causal en el cuadro psicopatológico y la mayoría de ellos se enmarcan dentro de modelos de diátesis-estrés como características endógenas (o internas) y estables, que permanecen latentes hasta que son activadas por un suceso (Bomyea, Risbrough y Lang, 2012). Uno de los factores de riesgo que se han estudiado desde los modelos cognitivos está relacionado con los esquemas o las actitudes disfuncionales (Beck, 1983; Janoff-Bulman, 1999).

Las actitudes disfuncionales es el término que describe a las creencias que se van desarrollando en las personas a cerca de uno mismo, el mundo y el futuro y que funcionan como reglas, en este caso “poco realistas porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar la propia autovalía que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del individuo por cumplir tales contingencias” (Sanz y Vázquez, 2008, p. 277).

En este punto, parece relevante examinar el papel que las actitudes disfuncionales depresivas pudieran tener en la aparición y desarrollo de la sintomatología postraumática y del TEPT en las víctimas de atentados terroristas por distintas razones.

La primera razón se relaciona con los datos epidemilógicos sobre las consecuencias más prevalentes en las víctimas de terrorismo. Concretamente por un lado por la elevada prevalencia diagnóstica del TDM en las víctimas de atentados terroristas que se sitúa como segundo trastorno más prevalente en supervivientes y el primero en víctimas indirectas (García Vera y Sanz, 2010). Y por otro por la alta comorbilidad entre TEPT y TDM en las víctimas que oscila entre el 8,6% (Shear et al., 2006) y 47,3% (Gillespie et al., 2002).

Además porque las cifras epidemiológicas parecen mantenerse elevadas incluso a largo plazo. En el caso concreto de España la prevalencia se sitúa cerca del 27% para TEPT y 18% para TDM (Gutiérrez Camacho, 2016). De igual manera se muestran los datos de comorbilidad en seguimientos a muy largo plazo como muestra la investigación realizada con la población general de víctimas españolas del terrorismo de Gutiérrez et al., (2021) que indica que un 13,2% sufrían a la vez TEPT y TDM, de manera que del total de víctimas con TEPT, casi la mitad padecían a la vez un TDM, pero además mostró que del total de víctimas con TDM, un 73,6% mostraban a la vez un TEPT.

La segunda razón está ligada a la relevancia diagnóstica. Parece interesante el estudio de las actitudes disfuncionales depresivas al tener en cuenta que la definición de TEPT descrita en el manual nosológico DSM-5 contempla una variedad de reacciones postraumáticas más allá del miedo, desesperanza y horror (Friedman et al., 2011). Y lo hace con la inclusión de una nueva categoría de alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo en la que se le concede una importancia específica a ciertos síntomas cognitivos negativos muy parecidos o comunes a los síntomas cognitivos negativos que caracterizan el TDM (APA, 2013). Dichos síntomas se identifican en el manual como creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas acerca de sí mismo, los demás o el mundo o cogniciones persistentes y distorsionadas.

Esta concepción resalta la tercera razón de interés en el estudio de las actitudes disfuncionales en el cuadro postraumático, ya que señala síntomas muy similares a la tríada cognitiva negativa (visión negativa del yo, el mundo y el futuro) que Beck et al. (1983) propone como producto cognitivo negativo clave para el origen de la depresión en su teoría cognitiva. Para la que además un elemento de vulnerabilidad distal lo constituyen las actitudes disfuncionales como un contenido distorsionado que da lugar a un procesamiento sesgado de la información y activa la mencionada tríada cognitiva que se explicita en los pensamientos automáticos negativos que presenta la persona con diagnóstico de depresión. Por lo que las actitudes disfuncionales depresivas representan un factor de riesgo para el desarrollo depresivo y potencialmente para el postraumático, como hipotetiza esta presente tesis doctoral.

Por último, aparte de lo mencionado, la cuarta razón que acentúa la relevancia sobre el estudio específico de las actitudes disfuncionales depresivas en el cuadro de TEPT es el hecho de tener en cuenta que hasta ahora, que se conozca, hay muy poca investigación sobre esta cuestión. Tan solo se han encontrado cuatro estudios que se han

llevado a cabo con muestras de estudiantes universitarios (Platt y Freyd, 2012) o muestras clínicas específicas por ejemplo en mujeres que han sufrido abuso sexual o algún evento sexual traumático (Akbaba Turkoglu et al., 2015; Çakır et al., 2014) o con personas que han sufrido accidentes de tráfico (Fodor y Perczel, 2013). Y en el caso concreto de las víctimas de terrorismo tan solo se ha encontrado un estudio piloto que abarca esta cuestión (Fausor, *bajo revisión editorial, en prensa*)

En este sentido y aunque se detallará con mayor profundidad en el desarrollo de la parte empírica de este proyecto de tesis, cabe adelantar que el objetivo principal del presente trabajo es examinar la relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y la sintomatología postraumática y depresiva en una muestra de la población de víctimas de atentados terroristas y comparar el nivel de actitudes disfuncionales depresivas de esa población con el de la población general. Además, de forma secundaria, el presente estudio tiene como objetivo conocer la relación específica de las actitudes disfuncionales depresivas con los cuadros psicopatológicos de TEPT, TDM, su combinación y otros trastornos emocionales.

PARTE EMPÍRICA

**Factores cognitivos de vulnerabilidad al estrés postraumático en víctimas de
atentados terroristas: las actitudes disfuncionales depresivas**

Capítulo 6:

Objetivos e hipótesis

6.1. Objetivos

Dada la elevada presencia de TDM en las víctimas de atentados terroristas, así como la alta comorbilidad de TEPT y TDM en dicha población, y dada también la importancia que el DSM-5 concede, en su definición de TEPT, a ciertos síntomas relacionados con el estado de ánimo y con la presencia de pensamientos negativos muy parecidos o comunes a los síntomas emocionales y cognitivos que caracterizan el TDM, y, además, teniendo en cuenta la escasa investigación con la que se cuenta y que se limita, por un lado, a cuatro estudios publicados con víctimas de otros acontecimientos traumáticos que presentan serias deficiencias que impiden obtener conclusiones medianamente sólidas y, por otro lado, a un único trabajo realizado con víctimas de terrorismo (Fausor et al., 2021), pero que también presentaba algunas limitaciones que impedían examinar con más detalle la relación específica de las actitudes disfuncionales con el TEPT, parece necesario llevar a cabo un nuevo estudio para examinar la relevancia que las actitudes disfuncionales depresivas pudieran tener en el TEPT y en los síntomas de TEPT en las víctimas de terrorismo.

En este sentido, el objetivo principal de la presente tesis doctoral fue evaluar la relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y la sintomatología y diagnóstico de TEPT en las víctimas del terrorismo españolas. En concreto, el objetivo era, en primer lugar, examinar, desde una perspectiva dimensional sintomatológica, la relación de las actitudes disfuncionales depresivas con la sintomatología de estrés postraumático controlando el efecto de la sintomatología depresiva y de otras características sociodemográficas y clínicas que pudieran también estar relacionadas con las actitudes disfuncionales depresivas. En segundo lugar, el objetivo era examinar, desde una perspectiva categorial, la relación de las actitudes disfuncionales depresivas con el TEPT

comparando los niveles de dichas actitudes que presentan las víctimas del terrorismo que sufren TEPT con los niveles que presentan las víctimas del terrorismo que sufren otros trastornos emocionales o que no sufren ninguno o con los niveles que presentan las personas de la población general.

A tenor de todo ello, los objetivos específicos de este trabajo podrían formularse como sigue:

1. Conocer la relación específica entre las actitudes disfuncionales depresivas y la sintomatología de estrés postraumático y depresiva en una muestra de la población de víctimas de atentados terroristas.
 - a. Conocer la relación específica entre las actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con perfeccionismo y la sintomatología de estrés postraumático y depresiva en una muestra de la población de víctimas de atentados terroristas.
 - b. Conocer la relación específica entre las actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con dependencia y la sintomatología de estrés postraumático y depresiva en una muestra de la población de víctimas de atentados terroristas.
2. Analizar la relación específica de las actitudes disfuncionales depresivas en víctimas del terrorismo con los cuadros psicopatológicos de TEPT y de depresión, con la comorbilidad de ambos tipos de trastornos, con otros trastornos emocionales y con la ausencia de diagnósticos psicopatológicos.
 - a. Analizar la relación específica de las actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con perfeccionismo con los cuadros psicopatológicos de

TEPT y de depresión, con la comorbilidad de ambos tipos de trastornos, con otros trastornos emocionales y con la ausencia de diagnósticos psicopatológicos.

- b. Analizar la relación específica de las actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con dependencia con los cuadros psicopatológicos de TEPT y de depresión, con la comorbilidad de ambos tipos de trastornos, con otros trastornos emocionales y con la ausencia de diagnósticos psicopatológicos.
3. Conocer si existen diferencias en el nivel de actitudes disfuncionales depresivas entre las víctimas del terrorismo y la población general.
 - a. Conocer si existen diferencias en el nivel de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con el perfeccionismo entre las víctimas del terrorismo y la población general.
 - b. Conocer si existen diferencias en el nivel de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con la dependencia entre las víctimas del terrorismo y la población general.

6.2. Hipótesis

Como consecuencia de los objetivos generales y específicos planteados, en este estudio se examinaron las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1. Los niveles de sintomatología de estrés postraumático y de depresión presentarán una relación directa y significativa con el nivel de actitudes disfuncionales depresivas en las víctimas del terrorismo. A su vez, existirá la misma relación entre:

- La sintomatología de estrés postraumático y depresiva y el nivel de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con el perfeccionismo.
- La sintomatología de estrés postraumático y depresiva y el nivel de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con la dependencia.

Hipótesis 2. Las víctimas del terrorismo con trastornos depresivos o con TEPT presentarán niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas sin trastornos emocionales. A su vez, las víctimas del terrorismo con trastornos depresivos o con TEPT presentarán:

- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con el perfeccionismo que las víctimas sin trastornos emocionales.
- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con la dependencia que las víctimas sin trastornos emocionales.

Hipótesis 3. Las víctimas con trastornos depresivos y las víctimas con TEPT + trastornos depresivos presentarán niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas con TEPT. A su vez, las víctimas con trastornos depresivos y las víctimas con TEPT + trastornos depresivos presentarán:

- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con el perfeccionismo que las víctimas con TEPT.
- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con la dependencia que las víctimas con TEPT.

Hipótesis 4. Las víctimas con TEPT + trastornos depresivos tendrán niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas con solo trastornos depresivos o con solo TEPT. A su vez, las víctimas con TEPT + trastornos depresivos tendrán:

- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con el perfeccionismo que las víctimas con solo trastornos depresivos o con solo TEPT.
- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con la dependencia que las víctimas con solo trastornos depresivos o con solo TEPT.

Hipótesis 5. Las víctimas del terrorismo con trastornos depresivos, con TEPT o con la comorbilidad TEPT + trastornos depresivos presentarán niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas con otros trastornos emocionales. A su vez, las víctimas del terrorismo con trastornos depresivos, con TEPT o con la comorbilidad TEPT + trastornos depresivos presentarán:

- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con el perfeccionismo que las víctimas con otros trastornos emocionales.
- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con la dependencia que las víctimas con otros trastornos emocionales.

Hipótesis 6. Las víctimas del terrorismo presentarán niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas que la población general. A su vez, las víctimas del terrorismo presentarán:

- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con el perfeccionismo que la población general.
- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con la dependencia que la población general.

Hipótesis 7. Las víctimas del terrorismo con trastornos depresivos, con TEPT o con la comorbilidad TEPT + trastornos depresivos presentarán niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas que la población general. A su vez, las víctimas del terrorismo con trastornos depresivos, con TEPT o con la comorbilidad TEPT + trastornos depresivos presentarán:

- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con el perfeccionismo que la población general.
- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con la dependencia que la población general.

Hipótesis 8. Las víctimas del terrorismo sin trastornos emocionales presentarán niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas que la población general. A su vez, las víctimas del terrorismo sin trastornos emocionales presentarán:

- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con el perfeccionismo que la población general.
- Niveles significativamente más elevados de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con dependencia que la población general.

Capítulo 7:

Método

7.1.Participantes

En primer lugar, y con el fin de conocer el número mínimo de participantes que se necesitarían para llevar a cabo este estudio con una potencia estadística adecuada, se realizó, con el programa estadístico G*Power, versión 3.1.9.6 (Faul et al., 2007, 2009), un cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para poner a prueba estadísticamente cada una de las hipótesis. Los resultados de dichos cálculos mostraron que la muestra mínima requerida para el estudio completo era de 208 personas víctimas del terrorismo y de 121 personas de la población general.

Cabe destacar que para poder realizar los cálculos estimados del tamaño de la muestra con G*Power era necesario tener datos de los resultados obtenidos en estudios previos con objetivos iguales o parecidos, presentándose en este punto la dificultad de que, dada la novedad de los objetivos del presente estudio, no se han encontrado artículos para todas sus hipótesis.

Con el fin de estimar el tamaño muestral mínimo necesario para asegurar una potencia estadística adecuada para poner a prueba la hipótesis 1 (H1), se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos en el trabajo de Fausor et al. (2021). En concreto, dadas las correlaciones obtenidas en ese estudio, para poner a prueba con una potencia estadística del 80% las correlaciones entre sintomatología de estrés postraumático y actitudes disfuncionales depresivas que supone la H1, sería necesario un $N = 67$, para un nivel de $p < .05$, o un $N = 165$, para un nivel de $p < .001$, mientras que para poner a prueba con una potencia estadística del 80% las correlaciones entre sintomatología depresiva y actitudes disfuncionales depresivas que supone la H1, sería necesario un $N = 41$ ($p < .05$) o un $N = 100$ ($p < .001$).

Con el fin de estimar el tamaño muestral mínimo necesario para asegurar una potencia estadística adecuada para poner a prueba las hipótesis 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8, se tuvieron en cuenta los resultados de los ANCOVA para la comparación de grupos obtenidos en el trabajo de Fausor et al. (2021). En concreto, dados los tamaños del efecto obtenidos en los ANCOVA de ese estudio, para poner a prueba con una potencia estadística del 80% las comparaciones de grupos que suponen las hipótesis H2, H3, H4, H5, H6, H7 y H8, el cálculo de la muestra mínima de víctimas del terrorismo se estimó en función de los diferentes niveles de significación e indicó un $N = 121$ ($p < .05$), un $N = 159$ ($p < .01$) o un $N = 208$ ($p < .001$).

Finalmente, para el estudio empírico de la presente tesis doctoral se contó con una muestra de 687 adultos víctimas del terrorismo y una muestra de 549 personas de la población general que cumplían ambas y con creces los requisitos mínimos de tamaño muestral necesarios para poner a prueba las hipótesis del estudio con una potencia estadística adecuada.

En concreto, la muestra de víctimas del terrorismo estaba compuesta por víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, adultas y residentes en Andalucía, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Castilla La Mancha, Galicia, Comunidad de Madrid, Navarra, País Vasco, La Rioja y Comunidad Valenciana. La muestra fue reclutada gracias a la colaboración de la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT). La selección de esta muestra de víctimas de terrorismo formaba parte de un proyecto de investigación más amplio que ha realizado nuestro equipo de investigación y que, a su vez, se componía de dos proyectos generales financiados con ayudas del Ministerio de Economía e Innovación y del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, respectivamente, y titulados, el primero, *Seguimiento psicológico de las víctimas del terrorismo y efectividad de los tratamientos psicológicos* (referencia de la ayuda: PSI2011-26450), y el segundo,

Actitudes o creencias disfuncionales explícitas e implícitas y vulnerabilidad cognitiva al estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas (referencia de la ayuda: PSI2014-56531-P).

La recogida de la muestra se llevó a cabo en dos fases. En la primera fase, se contactó por teléfono con 3 272 personas mayores de edad asociadas a la AVT, de las cuales 1 745 tras explicarles de forma verbal las condiciones de participación y pedirles su consentimiento verbal, completaron por teléfono una entrevista y diversos cuestionarios. Un total de 23 participantes solicitaron realizar esta fase presencialmente. En la segunda fase, se intentó contactar por teléfono con esas 1 745 víctimas entrevistadas telefónicamente en la primera fase o pendientes de hacerlo de forma presencial, con el fin de citarles para una evaluación psicológica más profunda y de manera presencial. Durante esa segunda fase, se adoptó el criterio de 10 intentos de contacto como máximo si se llamaba y no cogían el teléfono o daban evasivas. Del total de personas contactadas, 957 realizaron esa segunda evaluación psicológica más amplia y presencial. Sin embargo, el instrumento para medir las actitudes disfuncionales depresivas, fundamental para este estudio, no se incluyó de forma inicial en el protocolo de la citada evaluación, por lo que la muestra de víctimas de interés para el presente estudio se redujo a 680 víctimas del terrorismo y asociados de la AVT. De la muestra de víctimas de la AVT que participaron en el presente estudio, 378 personas habían formado parte de un estudio piloto previo con una temática similar a la presente tesis, pero que contaba con instrumentos de medida y objetivos diferentes (Fausor et al., 2021).

Además, para la muestra de víctimas de atentados terroristas se contó con siete participantes que habían sido entrevistados en la Oficina de Información y Asistencia a las Víctimas del Terrorismo en la Audiencia Nacional (OAVTAN) y un participante que solicitó participar en el estudio perteneciente a la Unidad Militar de Emergencias (UME).

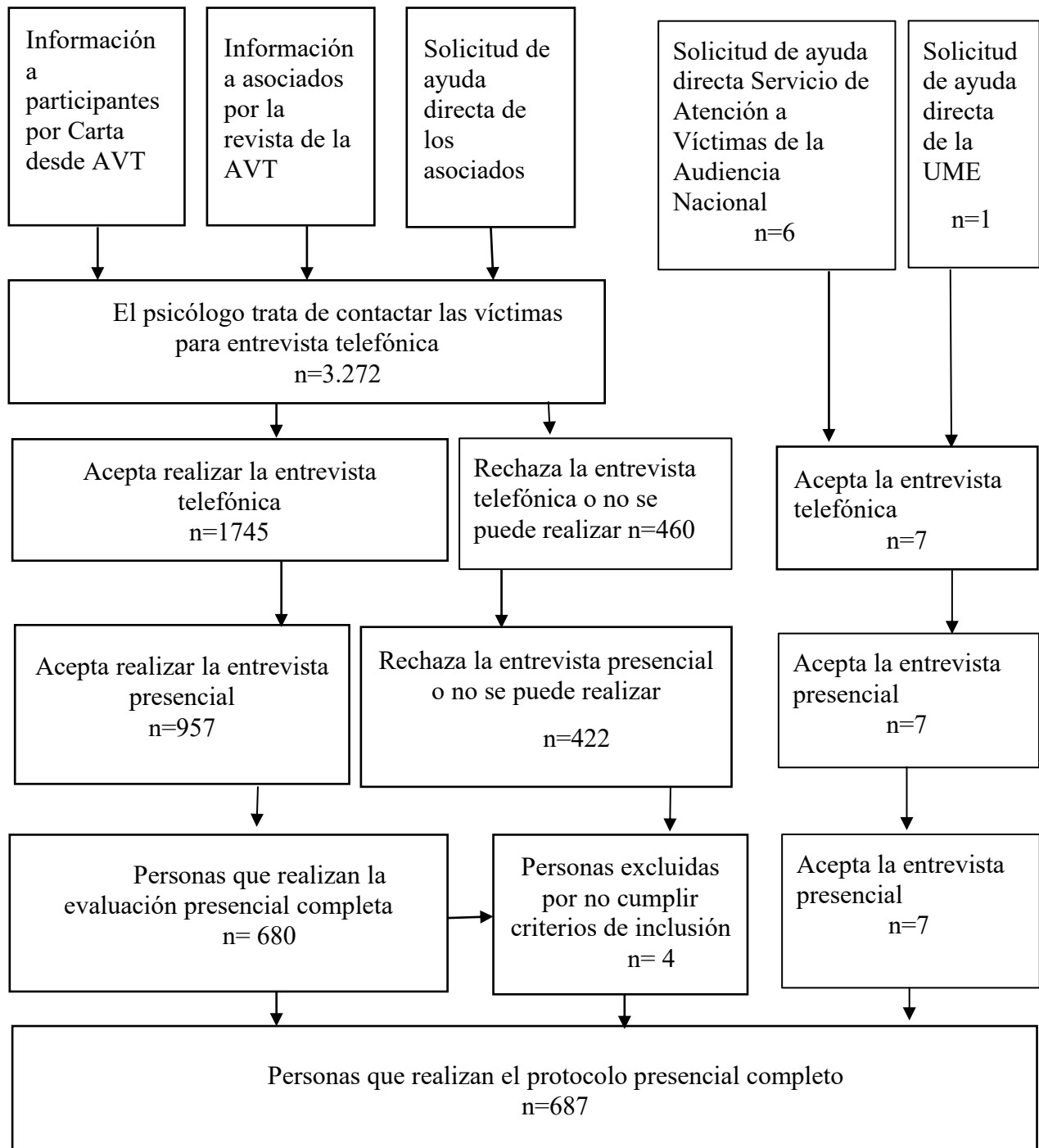
En consecuencia, el total de participantes de la muestra de víctimas del terrorismo fue de 687 personas, tal y como se puede observar en la figura 6.

La edad media de esta muestra final de 687 víctimas del terrorismo fue de 50.86 años, con una desviación típica de 13.95 años; la mayoría de ellas (63.9%) estaban casadas o conviviendo con pareja estable, y el porcentaje de mujeres de la muestra final de víctimas de terrorismo que participaron en este estudio fue de 52.1%.

En relación con los criterios de inclusión y exclusión para formar parte de la muestra de víctimas del terrorismo del presente estudio, cabe indicar que, respecto a los criterios inclusión, las personas debían: (1) ser mayores de 18 años, (2) ser víctima directa o indirecta de un atentado terrorista, (3) haber realizado la entrevista presencial antes de los 10 intentos de contacto para ser citado, y (4) haber realizado la entrevista presencial completa, es decir, haber realizado tanto las entrevistas como haber completado todos los cuestionarios pertinentes objeto de esta tesis.

Respecto a los criterios de exclusión del estudio, se descartaron aquellos casos que: (1) presentaran diagnósticos no relacionados con el atentado; (2) rechazaran la entrevista presencial, o (3) sufrieran alguna patología o condición mental o física que imposibilitara la realización de la entrevista presencial como, por ejemplo, estar bajo los efectos de sustancias o presentar trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno bipolar o algún trastorno del neurodesarrollo.

Figura 6. Diagrama de flujo de participantes y procedimiento del presente estudio



Además, para el presente estudio se contó con una muestra de la población general madrileña compuesta por 549 personas. Estas personas fueron reclutadas mediante la técnica de la “bola de nieve” pidiendo a un grupo de estudiantes de tercer curso del Grado de Logopedia de la Universidad Complutense de Madrid que, cada uno de ellos, invitara a participar a personas de entre sus familiares y amigos en un estudio sobre “Personalidad y sucesos traumáticos”. A los estudiantes se les facilitaron unas pautas para tratar de conseguir que la estratificación de la muestra de participantes en función de la edad y el sexo fuera lo más heterogénea posible y pudiera reflejar lo más fielmente posible la distribución de la población de la Comunidad de Madrid en esas variables (véase la tabla 28). Sin embargo, en la muestra de participantes de la población general finalmente reclutada se encontró, por un lado, que los grupos de personas de entre 18 y 29 años y entre 45 y 59 años estaban algo sobrerrepresentados con respecto a la población de la Comunidad de Madrid y, por otro lado, que los grupos de personas de entre 30 y 44 años y de 60 años o más estaban algo infrarrepresentados. A pesar de ello, y como puede observarse en la tabla 28, la muestra de participantes resultó ser bastante heterogénea en cuanto a su sexo y edad, de manera que, por ejemplo, las edades de los participantes estaban comprendidas entre los 18 y los 90 años, siendo la edad media de 40.68 años ($DT = 15.51$), el 54.8% de las personas eran mujeres y el 55.9% estaban casados o conviviendo con pareja estable.

En relación con los criterios de inclusión y exclusión para formar parte de la muestra de población general del presente estudio, cabe indicar que los participantes debían cumplir las siguientes condiciones para ser incluidos en el estudio: (1) ser mayor de 18 años y (2) haber completado los cuestionarios pertinentes objeto de esta tesis, de manera que se descartaron los datos de las personas que no completaron dichos cuestionarios.

Tabla 28. Comparación de las características de la muestra de participantes de la población general con la población de la Comunidad de Madrid en función del sexo y edad

Grupos de edad	Muestra de la población general		Población de la Comunidad de Madrid*	
	Varones (n = 248)	Mujeres (n = 301)	Varones (N =2.163.721)	Mujeres (N = 2.433.047)
De 18 a 29 años	13.6%	17.12%	6.1% ⁺	5.9% ⁺
De 30 a 44 años	8.6%	11.5%	13.2%	13.5%
De 45 a 59 años	18.4%	22.6%	14%	14.9%
De 60 años y más	4.5%	3.6%	13.8%	18.6%
Subtotal	45.17%	54.82%	47.1%	52.9%

Nota. *Datos obtenidos del censo de población y viviendas de España de 2019 (Instituto Nacional de Estadística, 2020). +Datos referidos al grupo de edad comprendido entre 20 y 29 años dado que el grupo de edad previo facilitado por la fuente consultada recoge las edades entre 15 y 19 años y no se especifican los datos de las edades 18 y 19 por separado para poder incluirlos en esta tabla.

Con el fin de resumir otras características sociodemográficas y clínicas de esta muestra de la población general y poder realizar su comparación con las características de la muestra de víctimas de atentados terroristas, se resume dicha información en la tabla 29.

Tabla 29. Características sociodemográficas y clínicas de las dos muestras de participantes del presente estudio (víctimas de atentados terroristas y población general)

Característica	Población víctimas	Población general
Mujeres	52.1	54.8
Edad media en años (DT)	50.86 (13.95)	40.68 (15.51)
Rango de edad en años	18-86	18 – 90
Estado civil		
Casado/a o viviendo en pareja	63.9	55.9
Soltero/a	14.3	35.8
Viudo/a	15.6	1.4
Separado/a o divorciado/a	6.1	6.2
Estudios		
Ninguno	0.7	0.9
Primarios/EGB	21.5	10.9
Secundarios/Bachillerato/ESO/formación profesional	46.0	46.0
Universitarios	31.8	42.0
No trabaja en la actualidad	36.9	40.3
Número medio de eventos traumático vividos (DT)	3.08 (1.37)	1.05 (1.28)
Vinculación con el atentado*		
Herido/a	35.8	—
Familiar de fallecido/a	58.8	—
Familiar de herido/a	5.2	—
Tiempo medio en años desde el atentado (DT)	24.53 (11.41)	—
Trastornos emocionales*		
De estrés postraumático	16.9	—
Del estado de ánimo	17.3	—
De ansiedad	17.9	—
Algún trastorno	42.4	—
Ningún trastorno	58.8	—

Nota. Salvo que se indique lo contrario, todos los datos son porcentajes. *Algunos participantes pueden pertenecer a varias categorías o sufrir varios trastornos.

7.2. Instrumentos

Con el propósito de alcanzar los objetivos de este estudio, se recogió información a partir de diferentes pruebas como entrevistas y cuestionarios. Concretamente, a las víctimas del terrorismo se les administró durante la evaluación psicológica presencial y en primer lugar, dos entrevistas, una entrevista clínica semiestructurada elaborada *ad hoc* en la que se recogían los datos sociodemográficos y clínicos básicos y una visión general del atentado, y una entrevista clínica estructurada para el diagnóstico del TEPT, de los trastornos depresivos y de los trastornos de ansiedad. En segundo lugar, con el fin de completar la evaluación psicopatológica, se les administró diferentes cuestionarios de síntomas de estrés postraumático, ansiedad, depresión y de actitudes disfuncionales depresivas.

Por su parte, la muestra de participantes de la población general completó los mismos cuestionarios que la población víctimas de terrorismo además de solicitarles que respondieran una serie de preguntas escritas referentes a datos sociodemográficos donde se recogían la edad, el sexo, el estado civil y los estudios de mayor nivel completados.

Todos los instrumentos utilizados y la descripción de la información que recogen se detallan a continuación organizados en función de la variable que miden:

- *Características sociodemográficas, clínicas y del atentado.*

Se administró una entrevista semiestructurada creada *ad hoc* por García-Vera y Sanz para el proyecto más amplio en el que se encuadra este estudio y que está basada en el módulo de visión general de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica, en su traducción española (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders, Clinician Version, o SCID-I-VC; First et al., 1997, 1999), y en la entrevista sobre el trauma de Foa et al. (2007). Con este instrumento

se recogió información relativa a las siguientes variables: sexo, edad, composición familiar, nivel de estudios, trabajo, enfermedades, uso de sustancias y tratamientos psicológicos previos y actuales, además de características relacionadas con el atentado o atentados y sus consecuencias como, por ejemplo, el tipo de víctima, el tipo de atentado terrorista o los años transcurridos desde el atentado terrorista.

En el caso de la población general y tal y como se mencionaba líneas atrás, estas variables fueron recogidas solicitando a los participantes que respondieran a una serie de preguntas escritas referentes a datos sociodemográficos y mediante las cuales se recogían la edad, el sexo, el estado civil y los estudios de mayor nivel completados.

- *Diagnósticos psicológicos: trastorno de estrés postraumático, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad.*

Se administró la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-I VC; First et al., 1997; versión española de First et al., 1999). La SCID-I VC evalúa la presencia de diagnósticos DSM-IV para los principales trastornos mentales mediante nueve módulos. En la presente investigación tan sólo se aplicaron los módulos A (episodios afectivos) y F (trastornos de ansiedad), los cuales incluían las preguntas correspondientes para el diagnóstico de los trastornos depresivos, del TEPT y de los trastornos de ansiedad. La entrevista SCID-I VC presenta buenos índices de validez y fiabilidad (Sanz, 2013). En concreto, respecto al diagnóstico del TEPT, se han encontrado, por ejemplo, coeficientes de fiabilidad interjueces (kappa) de .77 (Lobbestael et al., 2010) y .88 (Zanarini et al., 2000) y un coeficiente de fiabilidad test-retest, es decir, correlación test-retest, con un intervalo de 7-10 días, de .78 (Zanarini et al., 2000), mientras que en relación con el diagnóstico de TDM se han hallado, por ejemplo, coeficientes kappa de .66 (Lobbestael et al., 2010) y .80 (Zanarini et al., 2000)

y un coeficiente de fiabilidad test-retest con un intervalo de 7-10 días de .61 (Zanarini et al., 2000). Para los diagnósticos de ansiedad, Zanarini et al. (2000) encontraron coeficientes kappa de .65 para el trastorno de pánico, de .57 para el trastorno obsesivo compulsivo y de .63 para el trastorno de ansiedad generalizada. Por su parte, Lobbstael et al. (2010) encontraron coeficientes kappa de .67, .65 y .75 para esos tres trastornos, respectivamente. En relación con los coeficientes de fiabilidad test-retest con un intervalo de 7-10 días, fueron de .65, .60 y .44 para los trastornos de pánico, obsesivo compulsivo y de ansiedad generalizada, respectivamente, en el estudio llevado a cabo por Zanarini et al. (2000).

A partir de los diagnósticos realizados con este instrumento, la muestra de víctimas de atentados de terrorismo se dividió en los siguientes cinco grupos: 1) víctimas con TEPT solo; 2) víctimas con trastornos depresivos solo; 3) víctimas con TEPT + trastornos depresivos; 4) víctimas con otros trastornos emocionales, incluyendo en este grupo las víctimas con trastorno de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, fobias, ansiedad generalizada o trastorno adaptativo, y 5) víctimas sin ningún trastorno emocional.

- *Sintomatología de estrés postraumático.*

En la muestra de víctimas de terrorismo, el protocolo de recogida de datos para evaluar la sintomatología de estrés postraumático incluía, en un principio, la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica (*PTSD Checklist, specific version*) o PCL-S (Weathers et al., 1993), en su adaptación española para víctimas de atentados terroristas de Vázquez et al. (2006). La PCL-S es un instrumento de 17 ítems que evalúa la presencia y gravedad de sintomatología de estrés postraumático durante el último mes y basada en los criterios DSM-IV. Para ello, las instrucciones de la PCL piden

a la persona evaluada que en cada uno de sus 17 ítems valore, mediante escalas Likert de 5 puntos, desde “nada en absoluto” (1) a “extremadamente” (5), el grado en que los síntomas del TEPT le han afectado en el último mes, de manera que la PCL proporciona una puntuación total en sintomatología de estrés postraumático en un rango de 17 a 85. El instrumento cuenta con tres versiones en función de la población a la que se aplique, civil (PCL-C), militar (PCL-M) y específica (PCL-S). En esta última versión, los autores del instrumento sugieren la adaptación del marco temporal y la referencia al evento traumático que hayan sufrido las personas evaluadas, de manera que el instrumento se ajuste al máximo a la población a la que se evalúa. Tanto las puntuaciones de la versión original de la PCL-S como las de su adaptación española presentan buenos índices de fiabilidad, validez convergente, validez diagnóstica y sensibilidad al cambio (Blanchard et al., 1996; Cobos Redondo et al., 2021; Reguera et al., 2014; Vázquez et al., 2006; Weathers et al., 1993). Por ejemplo, la adaptación española de la PCL-S ha mostrado un coeficiente alfa de consistencia interna de .89 en una muestra de la población general de Madrid respecto a los atentados del 11-M (Vázquez et al., 2006) y de .948 en una muestra de víctimas españolas de todo tipo de atentados terroristas (Cobos Redondo et al., 2021). En el presente estudio, este instrumento fue administrado a 468 personas de la población española de víctimas del terrorismo.

Sin embargo, dada la reciente publicación de una versión actualizada del instrumento, la Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático para el DSM-5 o PCL-5 (Weathers et al., 2013), que contempla los nuevos criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-5 para el TEPT, se administró este nuevo instrumento, en su adaptación española de Sanz et al. (2021), en las evaluaciones realizadas en los últimos años dentro del proyecto más amplio en el que se encuadra el presente estudio. En este caso, se aplicó la PCL-5 a 219 personas de la población española de víctimas del

terrorismo y, además, al total de las 549 personas que formaban la muestra de la población general española que participó en este estudio.

La PCL-5 es un instrumento con una única versión de 20 ítems que evalúa la presencia y gravedad de la sintomatología de estrés postraumático basada en los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-5 para el TEPT. Así, por ejemplo, entre otros cambios en comparación con sus versiones anteriores (PCL-M, PCL-S y PCL-C), la PCL-5 incluye tres ítems que evalúan las alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo que propone el DSM-5 como nuevos criterios diagnósticos sintomáticos para el TEPT. Estos tres ítems son el ítem 9, «[En el último mes, ¿cuánto le ha molestado] Tener firmes creencias negativas sobre usted mismo, los demás o el mundo (*por ejemplo, tener pensamientos como “estoy mal”, “algo muy grave me pasa”, “no se puede confiar en nadie”, “el mundo es peligroso”*)?», el ítem 10, «[En el último mes, ¿cuánto le ha molestado] Culparse o culpar a alguien por el atentado o por lo que sucedió después del atentado?», y el ítem 11, «[En el último mes, ¿cuánto le ha molestado] Tener fuertes sentimientos negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?». Además, la PCL-5, frente a sus versiones anteriores, aunque sigue solicitando a la persona evaluada que valore si el síntoma que refleja el ítem le ha afectado durante el último mes y que utilice para ello una escala tipo Likert de 5 puntos, desde “nada en absoluto” a “extremadamente”, estas opciones son valoradas de 0 a 4 en lugar de 1 a 5, de manera que el rango de la puntuación total de la PCL-5 oscila entre 0 y 80 en lugar de entre 17 y 85. Los buenos índices psicométricos de la PCL se mantienen en la nueva PCL-5, dado que, por ejemplo, se han obtenido índices de fiabilidad de consistencia interna con valores entre .75 y .95 (Weathers et al., 2013).

Debido a la presencia en este estudio de dos versiones distintas y teniendo en cuenta el nuevo marco nosológico en el que se enmarca la sintomatología de estrés postraumático

en el DSM-5, en el presente estudio se utilizó la PCL-5 como medida de referencia de la sintomatología de estrés postraumático. Por tanto, en los casos en los que se había administrado directamente este instrumento, se utilizó su puntuación total, con un rango posible de 0-80, como medida de sintomatología estrés postraumático, mientras que en los casos en los que había administrado la PCL-S, se convirtió su puntuación total en una puntuación total PCL-5 utilizando para ello el procedimiento de conversión propuesto y validado por Moshier et al. (2019).

Cabe señalar que ambos cuestionarios, la PCL-S y la PCL-5, tienen 16 ítems comunes referidos a los siguientes síntomas del TEPT: recuerdos, sueños, *flashbacks* o reviviscencias, sentirse mal cuando algo le recuerda lo sucedido, reacciones físicas cuando algo le recuerda lo sucedido, evitación de estímulos internos, evitación de estímulos externos, amnesia, pérdida de interés, distanciamiento, bloqueo emocional, sueño, irritabilidad, concentración, hipervigilancia y sobresalto. Por otro lado, la PCL-S incluye un ítem sobre la sensación de un futuro desolador (ítem 12) que no contempla la PCL-5, y esta última añade cuatro ítems que no se recogen en la versión previa, los tres ítems ya mencionados sobre alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo (ítems 9, 10 y 11) y un cuarto ítem sobre comportamientos imprudentes o autodestructivos (ítem 16). Para más detalles sobre los ítems que se incluyen en cada versión se puede consultar el Anexo 1. Ambas versiones presentan una correlación de .85 respecto a sus puntuaciones totales y correlaciones superiores a .80 respecto a las puntuaciones en todos los ítems comunes (Blevins, et al., 2015).

- *Sintomatología ansiosa.*

Se administró el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, et al., 1988) en su adaptación española (Beck y Steer, 2011) a 505 personas de la muestra de víctimas. Este

instrumento está formado por 21 ítems que evalúan la presencia y gravedad de síntomas de ansiedad. En cada ítem, la persona evaluada debe valorar el grado del malestar que le ha generado en la última semana el síntoma que refleja el ítem en función de una escala de tipo Likert de 4 puntos, desde nada (0) a grave (3). Tras sumar la puntuación de cada ítem, el BAI proporciona una puntuación total en ansiedad entre 0 y 63. En función de la puntuación, se han propuesto los siguientes puntos de corte y niveles de sintomatología ansiosa: 0-7 = normal; 8-15 = leve; 16-25 = moderada, y 26-63 = grave. El inventario de ansiedad BAI cuenta con índices adecuados de fiabilidad y validez (Beck y Steer, 2011). La adaptación española, en muestras españolas de la población general y de pacientes con trastornos psicológicos, ha obtenido también índices adecuados de fiabilidad y validez como, por ejemplo, coeficientes alfa de consistencia interna entre .88 y .92 (Sanz, 2014).

- Sintomatología depresiva.

Se administró el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz y Vázquez publicada en Beck et al., 2011) al total de la muestra de víctimas y de la población general. Este instrumento valora la presencia de síntomas depresivos y su gravedad. Está formado por 21 ítems, cada uno de los cuales presenta cuatro afirmaciones o alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad (salvo los dos ítems que presentan siete alternativas, los que evalúan cambios en los patrones de apetito y sueño), y que se puntúan de 0 a 3. Tras sumar la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango oscila entre 0 y 63. En función de la puntuación, se han propuesto los siguientes puntos de corte y niveles de sintomatología depresiva: < 13 puntos, ninguna o mínima depresión; 14-18 puntos, depresión leve; 19-27 puntos, depresión moderada, y 28-63 puntos, depresión grave (Sanz et al., 2014). El BDI-II, tanto en su versión original como en su adaptación española, cuenta con buenos índices de fiabilidad, validez convergente y sensibilidad al cambio

(Beck et al., 2011). Por ejemplo, la adaptación española ha obtenido coeficientes alfa de consistencia interna entre .89 y .91 en tres muestras de pacientes españoles ambulatorios con diversos trastornos psicológicos, y entre .87 y .89 en dos muestras de adultos de la población general española (Beck et al., 2011).

- Actitudes disfuncionales depresivas.

La Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A, o DAS-A (Weissman y Beck, 1978), es la medida más utilizada para medir las actitudes disfuncionales depresivas basadas en la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Esta escala de actitudes disfuncionales depresivas trata de reflejar actitudes sobre uno mismo y el mundo que son consideradas disfuncionales porque establecen condiciones inflexibles e inapropiadas para determinar la propia valía, por lo que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculizan fácilmente los intentos de la persona por cumplir tales condiciones (p. ej., “Si fracaso en el trabajo seré un fracaso como persona”, “Si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará”). La DAS-A está compuesta por 40 ítems y presenta buenos índices psicométricos tanto para la puntuación total como para las puntuaciones de los dos factores que se suelen extraer mediante análisis factorial y que miden actitudes de perfeccionismo o logro y actitudes de dependencia o necesidad de aprobación. Para cada uno de los ítems de la DAS-A, la persona evaluada debe indicar el grado de acuerdo con la actitud que refleja el ítem utilizando para ello una escala tipo Likert desde 1 (“Totalmente en desacuerdo”) hasta 7 (“Totalmente de acuerdo”), de manera que, tras sumar la puntuación de todos los ítems, el instrumento ofrece una medida total de actitudes disfuncionales depresivas que oscila entre 40 y 280, y en la que una puntuación mayor indica un nivel mayor de actitudes disfuncionales depresivas. La versión española de la DAS-A muestra índices de fiabilidad y validez aceptables en muestras de la población española (Sanz y Vázquez, 1993, 1994), incluidas muestras de víctimas del

terrorismo (Fausor et al., 2022). Además se pueden calcular tres subescalas denominadas por los autores “logro”, “dependencia o necesidad de aprobación” y “actitud autónoma”. Sin embargo los autores de la versión española señalan que esta última no presenta buenos índices de fiabilidad (Sanz y Vázquez, 1993, 1994) y, por lo tanto, fue excluida de la presente investigación.

La DAS-A, en su adaptación española de Sanz y Vázquez (1993, 1994), fue administrada a parte de la muestra de víctimas, en concreto a 471 personas, de las que 264 formaban parte de un estudio piloto previo, tal y como se señalaba en el apartado de participantes.

Al resto de participantes de la muestra de víctimas del presente estudio, 216 personas, así como a la muestra de población general, un total de 549 personas, se les administró la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A, versión revisada o DAS-A-R (de Graaf et al., 2009). Se trata de una versión abreviada de la DAS-A original que está compuesta por 17 de los 40 ítems de la DAS-A. Del mismo modo que esta última, la DAS-A-R recoge actitudes sobre uno mismo y el mundo que son consideradas disfuncionales porque establecen condiciones inflexibles e inapropiadas para determinar la propia valía. La DAS-A-R está formada por un total de 17 ítems que se puntúan con una escala tipo Likert desde 1 (“Totalmente en desacuerdo”) hasta 7 (“Totalmente de acuerdo”), de manera que, tras sumar la puntuación de todos los ítems, el instrumento ofrece una medida total de actitudes disfuncionales que en esta versión oscila entre 17 y 119, y en la que una puntuación mayor indica un nivel mayor de actitudes disfuncionales. De igual modo que con la DAS-A, para la DAS-A-R se pueden calcular dos subescalas denominadas por sus autores “perfeccionismo o evaluación del rendimiento” y “dependencia” (de Graaf et al., 2009). Estos nombres se mantienen en la adaptación española de la DAS-A-R de Ruiz et al. (2015), la cual está basada en la adaptación

española de la DAS-A de Sanz y Vázquez (1993, 1994), de manera que los 17 ítems de la adaptación española de la DAS-A-R son exactamente los mismos que los 17 ítems correspondientes de la adaptación española de la DAS-A.

La DAS-A-R cuenta con buenos índices psicométricos. En su versión original, se han encontrado índices de consistencia interna de .91 para las puntuaciones totales de la DAS-A-R y, en relación con sus dos subescalas, índices de .90 para las puntuaciones de la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento y de .81 para las puntuaciones de la subescala de dependencia (de Graaf et al., 2009). En la versión española de la DAS-A-R, la consistencia interna del instrumento se sitúa entre .87 y .91 en las tres muestras de adultos españoles utilizadas por Ruiz et al. (2015) para su adaptación. En relación con los factores que subyacen tras la DAR-A-R en muestras españolas, se han encontrado también los dos factores que aparecían en la versión original y, por tanto, se mantienen las dos subescalas de esta, las cuales, además, también mostraron índices de fiabilidad y validez aceptable. Así, por ejemplo, en las muestras de adultos españoles se encontraron índices de consistencia interna entre .85 y .89 para la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento y entre .76 y .82 para la subescala de dependencia (Ruiz et al., 2015).

Debido a la presencia en este estudio de dos versiones distintas del instrumentos para medir las actitudes disfuncionales depresivas, la DAS-A y la DAS-A-R, aunque basada una en la otra, y teniendo en cuenta que las propiedades psicométricas de la versión revisada se mantenían con buenos índices de fiabilidad y validez, se decidió usar en el presente estudio esta versión revisada o DAS-A-R. Para ello se calcularon las puntuaciones totales y las correspondientes a las subescalas de perfeccionismo o evaluación del rendimiento (en adelante, perfeccionismo) y de dependencia de la DAS-

A-R (de Graaf et al., 2009) teniendo en cuenta los ítems equivalentes de la DAS-A, tal y como se puede observar en los Anexos 2 y 3.

7.3. Diseño

El tipo de diseño llevado a cabo en este estudio es un diseño transversal *ex post facto* de carácter correlacional y de comparación de grupos.

7.4. Procedimiento

Los participantes de la muestra de víctimas del terrorismo completaron los instrumentos referidos previamente durante una evaluación psicológica presencial e individual realizada por un psicólogo. Previo a la evaluación, se explicaron las condiciones de participación en una investigación más amplia sobre las consecuencias psicológicas a largo plazo del terrorismo, investigación que había sido aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, y los participantes procedieron a colaborar en dicha investigación tras la firma de un consentimiento informado. Posteriormente, se valoraron las consecuencias psicopatológicas derivadas del atentado o de los atentados sufridos mediante los siguientes instrumentos y aplicados en el orden en que se enumeran: entrevista sobre características sociodemográficas y clínicas y sobre el atentado, SCID-I VC, BDI-II, PCL-S o PCL-5 (en función del año en que se realizó la evaluación), BAI y DAS-A o DAS-A-R (en función del año en que se realizó la evaluación).

Según la información proporcionada por la SCID-I VC, los psicólogos que realizaban la evaluación presencial individual diagnosticaban la posible presencia de un trastorno emocional relacionado con el atentado, en concreto, TEPT, trastornos

depresivos o trastornos de ansiedad, según los criterios del DSM-IV. Todos los psicólogos que actuaron como evaluadores habían sido entrenados específicamente en la aplicación del protocolo de evaluación con víctimas de atentados terroristas.

Posterior a la recogida de información y teniendo en cuenta la presencia de dos versiones distintas tanto de la PCL como de la DAS-A se procedió a unificar las medidas en la base de datos. De tal manera que en el caso de la PCL se tomó como referencia la PCL-5. Por lo que, para las 468 personas de la población víctimas del terrorismo a las que se les administró la PCL-S se realizó un cálculo de conversión de la puntuación total obtenida en dicho instrumento para obtener la puntuación PCL-5 convertida tomando como referencia la conversión de Moshier et al., (2019). De esta manera, se unificó la puntuación del cuestionario contando todos los participantes de la muestra con una puntuación en la PCL-5, original o equivalente, con la que se procedió a realizar los análisis del estudio. En el caso de la DAS-A, se decidió usar en el presente estudio la versión revisada o DAS-A-R. Para ello se calcularon las puntuaciones totales y las correspondientes a las escalas perfeccionismo y dependencia de la escala DAS-A teniendo en cuenta los ítems equivalentes a la DAS-A-R (de Graaf et al., 2009).

Los participantes de la muestra de la población general completaron diversos cuestionarios que fueron administrados individualmente por el alumno que les había invitado a participar en un estudio sobre personalidad y sucesos traumáticos en un seminario para los alumnos de la asignatura “Habilidades para la práctica clínica” del tercer curso del Grado de Logopedia. Antes de contestar a los cuestionarios, se pidió a todas las personas que leyeran y firmaran una hoja de consentimiento informado sobre la participación en dicho estudio. Los participantes de esta muestra de la población general completaron en una única sesión y en el orden que sigue, una hoja de datos sociodemográficos, el BDI-II, la DAS-A-R y la PCL-5.

7.5. Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 22, y tomando como referencia un nivel de significación estadística de $p < .05$.

Previo a la realización de los análisis propiamente dichos, se procedió a unificar las medidas de aquellos instrumentos que contaban con dos versiones en la presente muestra, tal y como se indicaba en un epígrafe anterior. En el caso de la PCL, se tomó como referencia la escala de conversión de la PCL-S a la PCL-5 de Moshier et al. (2019) para finalmente contar con una medida PCL-5 convertida. En el caso de la DAS-A, se calculó para todos los casos la puntuación total y las puntuaciones de las subescalas según los ítems de la versión revisada de la DAS-A, la DAS-A-R, de Graaf et al. (2009). Tras la unificación de las medidas se analizaron los índices de consistencia interna de las puntuaciones de los instrumentos utilizados.

Posteriormente, se consideró de interés, antes de realizar los análisis para contrastar los objetivos de esta tesis, efectuar un análisis de las variables descritas en el capítulo 4, variables que, según la literatura científica, podían estar relacionadas con las actitudes disfuncionales depresivas, con el objetivo de tener en cuenta como covariables en los análisis posteriores aquellas que influyeran directamente en la variable dependiente, es decir, en las actitudes disfuncionales depresivas. Para tal caso, se tuvieron en cuenta algunas de las variables que habían sido objeto de estudio en anteriores investigaciones sobre factores que pudieran estar relacionados con las actitudes disfuncionales depresivas, tal y como se describió en el capítulo 4, y que además habían sido recogidas en el presente estudio como se resume, junto con el instrumento de medida y el tipo de información recogida, en la tabla 30. En ese sentido, además de las variables

sociodemográficas descritas anteriormente como el sexo y el estado civil o de las variables clínicas como la sintomatología depresiva y la historia de depresión resumidas en la literatura revisada, se tuvieron en cuenta, por un lado, la edad y el nivel de estudios, y, por otro lado, resultó de interés además poder analizar si variables relacionadas con el evento traumático, como por ejemplo, el número de atentados o de eventos traumáticos sufridos, la edad a la que ocurrió el evento traumático o el atentado o el número de años que habían pasado desde entonces, podrían estar relacionadas. Se realizaron los análisis de las variables que figuran en la tabla 30 en relación con las variables independientes y dependientes del estudio, es decir, a los grupos diagnósticos creados y a las actitudes disfuncionales depresivas.

Tabla 30. *Variables tenidas en cuenta para examinar su relación con las actitudes disfuncionales depresivas, el instrumento de medida y el tipo de información recogida en este estudio*

Variables	Instrumento de medida	Información recogida
Sexo	Entrevista/Cuestionario sociodemográfico* +	% de mujeres/varones
Edad	Entrevista/Cuestionario sociodemográfico* +	Número de años
Episodios depresivos previos	Entrevista SCID*	Número de episodios depresivos
Sintomatología depresiva	Cuestionario BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996)* +	Puntuación total del BDI-II
Estado Civil	Entrevista/Cuestionario sociodemográfico* +	% viviendo en pareja/no conviviendo
Nivel de estudios	Entrevista/Cuestionario sociodemográfico* +	Puntuación de nivel entre 1 (sin estudios) y 4 (formación universitaria)
Edad a la que ocurrió el atentado/evento	Fecha atentado – Fecha nacimiento* +	Número de años

Variables	Instrumento de medida	Información recogida
Años que han pasado desde el atentado/evento	Fecha actual - Fecha atentado* ⁺	Número de años
Número de atentados vividos	Entrevista SCID*	Número de atentados
Número de eventos traumáticos vividos	Entrevista SCID* Cuestionario eventos ⁺	Número de eventos

Nota. *=población víctimas del terrorismo; ⁺=Población general.

En relación con los análisis efectuados para dar respuesta a las hipótesis planteadas en la presente tesis, se calcularon, en primer lugar, las correlaciones de Pearson entre las medidas de actitudes disfuncionales y las medidas de sintomatología depresiva, de estrés postraumático y de ansiedad. Así mismo, se analizó la relación de las actitudes disfuncionales depresivas con las variables sociodemográficas que han mostrado en estudios previos alguna relación con las diferencias individuales en actitudes disfuncionales, en concreto, sexo, edad, estado civil (casado/a o viviendo en pareja vs. otros estados) y nivel de estudios, así como con las variables clínicas de depresión, estrés postraumático y ansiedad y con variables de interés relacionadas con el atentado.

Posteriormente, se realizaron análisis de regresión múltiple en un paso sobre cada una de las medidas de actitudes disfuncionales con las variables citadas que hubiesen mostrado una correlación estadísticamente significativa ($p < .05$) con las medidas de actitudes disfuncionales. Estos análisis de regresión múltiple se realizaron con el método “introducir” que implica incluir todas las variables de interés (sintomatología de estrés postraumático y sintomatología depresiva) y de control en un mismo paso, de manera que se pudiera controlar el efecto de todas las variables sociodemográficas, clínicas o relacionadas con el atentado que mostraron una relación significativa con las actitudes

disfuncionales depresivas. De este mismo análisis se desprenden también los datos de correlación parcial entre las variables estudiadas y las actitudes disfuncionales depresivas controlando las diferencias individuales en las demás variables.

Como paso previo a los análisis de regresión, se comprobó la posible existencia de problemas de colinealidad entre los predictores calculándose los índices de tolerancia y los factores de inflación de la varianza o FIV, y considerando que índices de tolerancia inferiores a .20 son indicativos de problemas potenciales de colinealidad e índices inferiores a 0.10 de problemas graves, mientras que FIV superiores a 10 sugieren también un problema de colinealidad (Field, 2013).

El mismo procedimiento de análisis de regresión se efectuó sin introducir en el modelo la variable de sintomatología ansiosa medida con el inventario BAI. Esta decisión se tomó teniendo en cuenta que la muestra se reducía de 652 a 505 personas al incluir la medida de ansiedad, ya que 150 personas no habían completado el BAI como parte del protocolo.

Por otro lado, en función de los resultados de la entrevista diagnóstica estructurada, se crearon, junto con el grupo de población general ($n = 549$), los siguientes cinco grupos de personas víctimas del terrorismo para realizar comparaciones entre los mismos en las medidas de actitudes disfuncionales depresivas: víctimas sin diagnóstico de trastorno emocional ($n = 404$); víctimas con solo diagnóstico de trastornos depresivos ($n = 44$); víctimas con solo diagnóstico de TEPT ($n = 41$); víctimas con diagnóstico de TEPT y trastornos depresivos ($n = 75$), y víctimas con diagnóstico de trastornos emocionales distintos al TEPT o al trastorno depresivo ($n = 123$). Con el fin de conocer si existían diferencias entre los grupos mencionados, se efectuaron diferentes ANCOVA, previo a los cuales se realizaron diversos análisis para conocer qué variables diferían en cada muestra y la relación entre diferentes variables, sociodemográficas o de interés para el

estudio y las actitudes disfuncionales depresivas. Estos análisis indicaron que el sexo, el estado civil y el número de eventos traumáticos vividos influían en las actitudes disfuncionales, por lo que se tuvieron en cuenta como covariables en los análisis posteriores.

En relación con los análisis estadísticos realizados para conocer si existían diferencias entre grupos, en primer lugar y con el fin de conocer si existían diferencias entre las víctimas del terrorismo en las actitudes disfuncionales depresivas en función del diagnóstico, se realizó un ANCOVA sobre las puntuaciones de la DAS-A-R considerando el grupo diagnóstico con cinco niveles o subgrupos (víctimas del terrorismo con TEPT, víctimas con trastornos depresivos, víctimas con TEPT + trastornos depresivos, víctimas con otros diagnósticos emocionales distintos al TEPT o al TDM, entre los que se incluían trastornos de ansiedad, y víctimas sin diagnóstico psicológico) como factor intersujetos e introduciendo como covariables las variables sociodemográficas sexo, estado civil y número de eventos traumáticos vividos.

En segundo lugar, con el fin de conocer si existían diferencias entre las víctimas del terrorismo y la población general en las actitudes disfuncionales depresivas se realizó un ANCOVA sobre las puntuaciones de la DAS-A-R considerando el tipo de muestra (víctimas del terrorismo frente a población general) como factor intersujetos e introduciendo como covariables las variables sociodemográficas que diferían de forma estadísticamente significativas entre ambas muestras, esto es, el sexo, el estado civil y el número de eventos traumáticos vividos.

En tercer y último lugar, para analizar las diferencias en actitudes disfuncionales depresivas entre la población general y las víctimas del terrorismo en función del tipo de diagnóstico que habían recibido estas últimas, se realizó otro ANCOVA sobre las

puntuaciones de la DAS-A-R considerando el grupo de participantes como factor intersujetos con seis niveles o subgrupos (víctimas del terrorismo con TEPT, víctimas con trastornos depresivos, víctimas con TEPT + trastornos depresivos, víctimas con otros diagnósticos emocionales distintos al TEPT o al TDM entre los que se incluían trastornos de ansiedad, víctimas sin diagnóstico psicológico y personas de la población general) e introduciendo como covariables las variables sociodemográficas y relacionadas con el atentado que influían en las actitudes disfuncionales depresivas.

Tras cada ANCOVA, los resultados significativos para el grupo de participante fueron seguidos de las correspondientes pruebas de comparación *post hoc* por parejas de grupos en las medias DAS-A-R total así como en las subescalas de perfeccionismo y de dependencia. Para ello se utilizó la prueba de Bonferroni que permite controlar el aumento en la probabilidad de cometer errores de Tipo I cuando se realizan múltiples comparaciones, manteniendo dicha probabilidad en .05 para el conjunto de las comparaciones y en $.05 / (n^{\circ} \text{ de comparaciones})$ para cada comparación en particular.

Capítulo 8:

Resultados

8.1. Fiabilidad de las medidas utilizadas

A continuación se presentan los instrumentos utilizados con la descripción de los índices de fiabilidad tanto propios del instrumento en sus pertinentes estudios de validación como los índices encontrados en las diferentes muestras de este estudio.

- *Escala de sintomatología de estrés postraumático, PCL-S y PCL-5:*

La puntuación total de la escala PCL-S administrada inicialmente a 468 personas de la población víctimas del terrorismo mostró una consistencia interna de .95 y las puntuaciones de sus ítems mostraron un rango de correlaciones corregidas ítem-total de .61 – .81. Por su parte, la nueva versión de la escala, la PCL-5, aplicada a 219 personas de la población víctimas del terrorismo y al total de la muestra de población general (549 personas) contó con igualmente con índices excelentes de fiabilidad en su puntuación total según la clasificación realizada por Muñiz, et al., (2011) para la evaluación de test. Como se recoge en la tabla 31, en ambas poblaciones y en la población víctimas de terrorismo se encontró un índice alfa de .95, y en la población general de .94¹.

¹ Se calculó además la consistencia interna de la versión del instrumento PCL formado únicamente por los 16 ítems comunes a la PCL-S y PCL-5 (PCL-16). En su versión de ítems comunes, el instrumento mostró un coeficiente alfa igual a .94 en ambas poblaciones, .93 en la población general y .94 en la población víctimas de terrorismo, todos ellos considerados como excelentes según la clasificación realizada por Muñiz et al. (2011) para la evaluación de test. El intervalo de correlaciones corregidas ítem-total se sitúa entre .52 y .75 teniendo en cuenta ambas poblaciones, entre .55 y .73 para la población general y entre .50 y .79 en la población víctimas.

- *Cuestionario de sintomatología ansiosa, BAI:*

En el presente estudio, los índices de consistencia interna para las puntuaciones del BAI se mostraron excelentes según los criterios de Muñiz et al. (2011). Efectivamente, los análisis revelaron un coeficiente alfa igual a .95 para la puntuación total en la población en la que se aplicó el cuestionario, la población de víctimas. Además, como se puede observar en la tabla 31, el rango de las correlaciones corregidas ítem-total del BAI se situó entre .43 y .78.

- *Cuestionario de sintomatología depresiva, BDI-II:*

La consistencia interna del instrumento BDI-II para las poblaciones del presente estudio se ha mostrado excelente según los estándares de Muñiz et al. (2011), ya que los análisis mostraron un coeficiente alfa igual a .94 para la puntuación total teniendo en cuenta ambas poblaciones, .93 en la población general y .94 en población víctimas. Como se puede observar en la tabla 31, el rango de las correlaciones corregidas ítem-total de los ítems del BDI-II se situó entre .52 y .71 teniendo en cuenta ambas poblaciones, entre .31 y .57 para la población general, y entre .57 y .79 en población víctimas.

- *Escala de actitudes disfuncionales depresivas, DAS-A-R:*

La versión DAS-A-R mostró una excelente consistencia interna en su puntuación total según los estándares de Muñiz et al. (2011), ya que se obtuvo una alfa de .87 en ambas poblaciones, de .85 en población general y de .87 en la población víctimas. Los índices encontrados para las subescalas, aunque menores, mantienen valores considerados buenos o adecuados. En relación con la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento, se encontraron valores alfa de .84 en ambas poblaciones, de .82 en población general y de .85 en la población víctimas. Por su parte, en la subescala de dependencia se han encontrado valores alfa de .72 tanto en ambas poblaciones como

en población general y de .73 en la población víctimas. En relación con la consistencia interna de los ítems de la DAS-A-R, las correlaciones corregidas ítem-total oscilaban entre .36 y .65 en ambas poblaciones, 0,34 y 0,63 en población general y 0,36 y 0,67 en la población víctimas. Los intervalos de las correlaciones corregidas ítem-total encontrados para las subescalas indican, en la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento, correlaciones corregidas ítem-total entre .38 y .67 en ambas poblaciones, entre .41 y .65 en la población general y entre .37 y .69 en la población víctimas. Por su parte, en la subescala de dependencia, se han encontrado correlaciones corregidas ítem-total entre .36 y .54 en ambas poblaciones, entre .36 y .53 en la población general y entre .38 y .69 en la población de víctimas. Dichos resultados se pueden ver en la tabla 31.

Tabla 31. *Coefficientes alfa y correlaciones corregidas ítem-total de las puntuaciones de los instrumentos en función del tipo de población*

Instrumento (referencia)	Coeficiente alfa para la puntuación total			INTERPRETACIÓN del coeficiente alfa*	Rango de correlaciones corregidas ítem-total		
	Ambas poblaciones	Población general	Población de víctimas		Ambas poblaciones	Población general	Población de víctimas
PCL-S (Weathers et al., 1993)	--	--	.95	Excelente	--	--	.61 – .81
PCL-5 (Weathers et al., 2013)	.95	.94	.95	Excelente	.57-.75	.54 – .74	.57 – .79
BAI (Beck y Steer, 2011)	--	--	.95	Excelente	--	--	.43 – .78
BDI-II (Beck et al., 1996)	.93	.87	.95	Excelente	.52 – .71	.31 – .57	.57 – .79
DAS-A-R (Graaf et al., 2009)							
Puntuación total	.87	.85	.87	Excelente	.36 – .65	.34 – .63	.36 – .67
Subescala de Perfeccionismo	.84	.82	.85	Buena	.38 – .67	.41 – .65	.37 – .69
Subescala de Dependencia	.72	.72	.73	Adecuada	.36 – .54	.36 – .53	.38 – .69

Nota: *=basada en la categorización realizada por Muñiz et al. (2011) para la evaluación de test: inadecuada ($r < .60$); adecuada pero con algunas carencias ($.60 \leq r < .70$); adecuada ($.70 \leq r < .80$); buena ($.80 \leq r < .85$), y excelente ($r \geq .85$).

8.2. Estudio de variables relacionadas con las actitudes disfuncionales depresivas

Previo a la realización de los análisis propiamente dichos, se estudiaron las relaciones con las actitudes disfuncionales depresivas de las variables que podrían contemplarse como variables de control para controlar el efecto terceras variables sobre las relaciones entre las actitudes disfuncionales depresivas y las variables objeto de interés. Por ello se estudiaron las variables sociodemográficas, así como aquellas que según la literatura podían estar relacionadas con las actitudes disfuncionales depresivas y las variables de interés para este estudio mediante dos estrategias. La primera de ellas fue conocer cómo se distribuían las variables mencionadas en las dos muestras de interés, la población general y la población de víctimas incluyendo los diferentes grupos diagnósticos clasificados como variable independiente del estudio. La segunda estrategia fue realizar el mismo procedimiento de relacionar las mencionadas variables con la variable dependiente del estudio, las actitudes disfuncionales depresivas, tanto en la muestra de víctimas como en la muestra total del estudio incluyendo la muestra de población general. Los análisis y sus resultados se detallan en la tabla 32.

En relación con la comparación entre poblaciones, en primer lugar, en función de los resultados de la entrevista diagnóstica estructurada se crearon junto con el grupo de *población general* ($n = 549$), los siguientes cinco grupos de personas víctimas del terrorismo para realizar comparaciones entre los mismos en las medidas de actitudes disfuncionales depresivas: *víctimas sin diagnóstico* ($n = 404$), *víctimas con trastorno depresivo*, entre los que se incluían personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y de distimia ($n = 44$), *víctimas con TEPT* ($n = 41$), *víctimas con trastorno depresivo + TEPT* ($n = 75$), *víctimas con otros trastornos emocionales distintos al TEPT*

o a los trastornos depresivos, entre los que se incluían víctimas con trastornos de ansiedad como fobias específicas, trastorno de pánico y/o agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno de ansiedad generalizada ($n = 123$). Posteriormente, se procedió a analizar si había diferencia en la distribución de las variables sociodemográficas, clínicas y de interés en función de los grupos mencionados. Como puede verse en la tabla 32 en la población víctimas de terrorismo existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución del sexo, sintomatología depresiva, número de episodios depresivos y los años que han pasado desde el evento en los diferentes grupos diagnósticos. Cuando se tiene en cuenta a las dos poblaciones en su conjunto entre los mencionados grupos existen diferencias en edad, sexo, nivel de estudios, sintomatología depresiva, y en las tres variables relacionadas con el evento traumático: número de eventos, edad en el suceso y los años que han pasado desde entonces.

En referencia al estudio de la relación de cada una de las variables sociodemográficas, así como las variables clínicas y de interés con las actitudes disfuncionales depresivas, en la población víctimas de terrorismo se encontró que el estado civil y el sexo influían en la variable dependiente y entre las variables clínicas tanto la sintomatología depresiva como el número de episodios depresivos previos. En el total de la muestra, incluyendo tanto a las víctimas como a la población general, las variables que mostraron diferencias significativas son la sintomatología depresiva y el número de eventos traumáticos vivido.

Tras analizar los resultados de este análisis previo se decidió tener en cuenta como covariables para realizar los análisis posteriores objeto de la presente tesis aquellas variables que influían en la variable dependiente, en este caso, las actitudes disfuncionales depresivas medidas con la DAS-A-R, y aquellas que han resultado de interés para la presente investigación y que, de la misma manera, se ha comprobado que influyen en la

variable dependiente. Esta decisión permite eliminar el efecto de cualquier variable que pudiera tener relación con la variable dependiente y permitirá poder interpretar que los cambios observados en las actitudes disfuncionales dependen del grupo diagnóstico, variable independiente, tal y como se requiere en los supuestos estadísticos que definen los análisis de varianza (Tejedor, 1989). Por lo que, aunque haya diferencias entre las poblaciones, si directamente esas variables no afectan a la relación que se quiere medir, no sería necesario incluirlas como covariables.

Por ello, tras examinar los datos expuestos y con el fin de mantener un criterio conservador, se tuvieron en cuenta como covariables aquellas que influían en las actitudes disfuncionales depresivas en ambas poblaciones así como aquellas que lo hacían solo en la población víctimas del terrorismo y que no formaban parte del constructo cuya relación con las actitudes disfuncionales se pretendía medir (p. ej., dado que los síntomas depresivos forman parte del constructo trastorno depresivo mayor, no se incluyó como covariable la sintomatología depresiva). En consecuencia, las variables estado civil, sexo y número de eventos traumáticos fueron las que se controlaron como covariables en los ANCOVA.

Tabla 32. Relación de las variables sociodemográficas y otras variables recogidas en la literatura y su relación con la variable dependiente e independiente objeto de este estudio, para cada población

	Población Víctimas		Población General ⁺ y Víctimas	
	DAS-A-R (VD)	Grupo Diagnóstico (VI) [±]	DAS-A-R (VD)	Grupo Diagnóstico (VI) ^{±±}
Edad	$r(687) = .062$	$F(4,687) = .296$	$r(1235) = -.028$	$F(5,1235) = 29.48^{***}$
Estado Civil	$t(686) = 34.84^{***}$	$\chi^2(4, N=687) = 2.97$	$t(1235) = 2.92$	$\chi^2(5, N=1236) = 10.99$
Sexo	$t(686) = 63.41^{***}$	$\chi^2(4, N=687) = 21.89^{***}$	$t(1235) = 1.28$	$\chi^2(5, N=1236) = 22.86^{***}$
Estudios	$F(3,685) = 1.73$	$\chi^2(12, N=685) = 14.71$	$F(3,1231) = 1.49$	$\chi^2(15, N=1232) = 42.97^{***}$
Sintomatología depresiva	$r(687) = .437^{**}$	$F(4,687) = 187,40^{***}$	$r(1235) = .425^{**}$	$F(5,1236) = 170.23^{***}$
Episodios depresivos previos	$r(687) = .177^{***}$	$F(4,687) = 41.28^{***}$	s.d.	s.d.
Edad a la que ocurrió el evento traumático	$r(623) = .071$	$F(4,623) = 1.82$	$r(1095) = .030$	$F(5,1090) = 3.30^{**}$
Años que han pasado desde el evento) ⁺	$r(623) = .021$	$F(4,623) = 6.36^{***}$	$r(1093) = .020$	$F(5,1094) = 65.95^{***}$
Número de eventos traumáticos	$r(687) = .052$	$F(4,687) = 3.28$	$r(1235) = .080^*$	$F(5,1236) = 129.79^{***}$

Nota. DAS-A-R: puntuación total en la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. [±]= cinco categorías diagnósticas: *víctimas sin diagnóstico* ($n = 404$), *víctimas con trastorno depresivo*, entre los que se incluían personas con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor y de distimia ($n = 44$),

víctimas con TEPT ($n = 41$), víctimas con trastorno depresivo + TEPT ($n = 75$), víctimas con otros trastornos emocionales distintos al TEPT o a los trastornos depresivos, entre los que se incluían víctimas con trastornos de ansiedad como fobias específicas, trastorno de pánico y/o agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno de ansiedad generalizada ($n = 123$). ^{##}= seis categorías incluyendo las 5 categorías diagnósticas mencionadas para las víctimas de terrorismo y el grupo de *población general* ($n = 549$). ⁺ = se tuvieron en cuenta para los análisis tan solo a aquellas personas de la población general que no hubieran pasado por un atentado terrorista. VD = variable dependiente. VI=variable independiente. s.d. = Sin datos * = Valor estadísticamente significativo con $p < .05$, ** = Valor estadísticamente significativo con $p < .01$. *** = Valor estadísticamente significativo $p < .001$. Para el cruce de dos variables continuas se recoge el valor del estadístico r de Pearson; para el cruce de variables continuas con no continuas, se recoge el valor de la prueba F del correspondiente ANOVA, y para el cruce de variables no continuas, se recoge el valor de la prueba chi^2 .

8.3. Relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y la sintomatología de estrés postraumático en víctimas del terrorismo

Para contrastar la primera hipótesis que se formuló, se tomó como referencia la muestra de víctimas de terrorismo ($N = 687$) y se realizó un análisis de regresión con el fin de conocer las variables emocionales psicopatológicas relacionadas con las actitudes disfuncionales depresivas y el peso que tenían.

Previo a este análisis y tal y como se presenta en la tabla 33, se calcularon, en el total de la muestra de víctimas del terrorismo, las correlaciones de Pearson entre las medidas de actitudes disfuncionales depresivas de la DAS-A-R —su puntuación total y las puntuaciones de sus subescalas— y las variables sociodemográficas que han mostrado en estudios previos alguna relación con las diferencias individuales en actitudes disfuncionales depresivas, en concreto, sexo, edad, estado civil (casado/a o viviendo en pareja vs. otros estados) y nivel de estudios, así como algunas variables relacionadas con la experiencia del atentado terrorista y de otros acontecimientos traumáticos, en concreto, el número de sucesos traumáticos previos, la edad a la que ocurrió el atentado terrorista y los años transcurridos desde el atentado terrorista.

Este análisis correlacional mostró que existían correlaciones estadísticamente significativas, aunque pequeñas (rango, en valor absoluto, entre .07 y .08), entre variables sociodemográficas como el estado civil y el sexo con alguna de las medidas de las actitudes disfuncionales depresivas entre las que se incluyen la puntuación total en la DAS-A-R y la puntuación en la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento, pero que ninguna otra variable sociodemográfica ni ninguna variable relacionada con el atentado terrorista o la experiencia de otros acontecimientos

traumáticos estaban relacionadas con las medidas de actitudes disfuncionales depresivas. La variable estado civil presentó una relación negativa, considerada pequeña según los estándares de Cohen (1988), tanto con la puntuación total de la DAS-A-R, $r(687) = -.07$, $p < .05$, como con la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento, $r(684) = -.07$, $p < .05$. Datos que indican que las personas solteras puntúan significativamente más en la DAS tanto en su puntuación global como en la escala de perfeccionismo. Por su parte, la variable sexo estaba relacionada de manera negativa con la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento, $r(687) = -.08$, $p < .05$. Lo que significa que los hombres puntúan significativamente más en la DAS en la escala de perfeccionismo.

En relación con las variables emocionales psicopatológicas y tal y como puede apreciarse en la tabla mencionada, tanto los síntomas depresivos y de estrés postraumático como los síntomas de ansiedad y los episodios depresivos previos mostraron correlaciones estadísticamente significativas con las tres medidas de actitudes disfuncionales depresivas. En el caso de los síntomas emocionales, estas correlaciones estaban, en tamaño, alrededor de los valores considerados, según los estándares de Cohen (1988), como una correlación moderada (.30), en concreto, en el rango entre .30 y .43. En el caso de los episodios depresivos previos, las correlaciones eran, en tamaño, ligeramente superiores a los valores considerados como una correlación pequeña (.10), en concreto, en el rango entre .14 y .17.

Respecto a la relación entre las propias medidas de actitudes disfuncionales depresivas de la DAS-A-R, se encontraron correlaciones entre ellas que eran grandes, según los estándares del tamaño del efecto de Cohen, de manera que, tal y como se observa en la tabla 33, las correlaciones entre las puntuaciones de las subescalas y la puntuación total en el instrumento oscilaba entre .84 y .93, mientras que la correlación

entre las puntuaciones de la subescala de perfeccionismo y las de la subescala de dependencia alcanzó un valor de .61.

Tabla 33. *Correlaciones de las medidas de actitudes disfuncionales de la DAS-A-R con las medidas de las variables de control y las medidas de sintomatología emocional, y media y desviación típica (DT) de dichas medidas en la muestra de víctimas de terrorismo*

Medidas	Correlación con la DAS-A-R			Media	DT
	Total	Perfeccionismo	Dependencia		
Predictores de control					
Sexo	-.04	-.08*	.03	—	—
Edad	.06	.04	.05	50.86	13.95
Nivel de estudios	-.03	-.03	-.01	3.08	0.74
Estado civil	-.07*	-.07*	-.06	—	—
Ansiedad (BAI)	.38***	.36***	.30***	10.80	12.72
Episodios depresivos previos	.17***	.14**	.16***	0.61	1.17
Número de sucesos traumáticos previos	.05	.06	-.004	3.08	1.37
Edad a la que ocurrió el atentado terrorista	.07	.04	.06	26.23	14.80
Años que han pasado desde el atentado terrorista	.02	.04	-.01	24.53	11.41
Predictores de interés					
Depresión (BDI-II)	.43***	.42***	.33***	11.17	12.49
Estrés postraumático (PCL-5)	.42***	.41***	.32***	15.67	18.12
Variables criterio					
DAS-A-R total	—	—	—	43.53	17.99

Medidas	Correlación con la DAS-A-R			Media	DT
	Total	Perfeccionismo	Dependencia		
DAS-A-R perfeccionismo	.93***	—	—	22.30	11.28
DAS-A-R dependencia	.84***	.61***	—	18.14	7.69

Nota. Las variables que mostraban correlaciones estadísticamente significativas con alguna medida de actitudes disfuncionales depresivas con al menos con $p < .05$ aparecen en negrita. BAI = puntuación total en el Inventario de Ansiedad de Beck. BDI-II: puntuación total en el Inventario de Depresión de Beck-II. DAS-A-R dependencia: puntuación en la subescala de dependencia de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R perfeccionismo: puntuación en la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R total: puntuación total en la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. PCL-5: puntuación total en la Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático, versión 5. *Correlación estadísticamente significativa con $p < .05$. **Correlación estadísticamente significativa con $p < .01$. ***Correlación estadísticamente significativa con $p < .001$.

Sin embargo, cuando las seis variables que correlacionaban significativamente con alguna o con todas las medidas de actitudes disfuncionales depresivas —sexo, estado civil, sintomatología depresiva, de estrés postraumático y de ansiedad y episodios depresivos— se incluyeron en los análisis de regresión múltiple, sus resultados, que se presentan en la tabla 34, indicaron que, en un modelo que explicaba el 19.6% de la varianza de las puntuaciones totales en actitudes disfuncionales depresivas [$R^2 = .196$, $F = 20.29$, $p < .001$], tan solo el sexo y la sintomatología depresiva se asociaban significativamente con dichas puntuaciones ($p < .006$ y $.001$, respectivamente), pero no el resto de variables que correlacionaban bivariadamente.

El tamaño y el signo de los coeficientes beta y de las correlaciones parciales que se recogen en la tabla 34 indicaban que la sintomatología depresiva era la variable más importante para explicar la varianza de las puntuaciones totales en actitudes

disfuncionales depresivas (r parcial = .175), seguida del sexo (r parcial = -.111), de manera que un nivel más elevado de sintomatología depresiva y el ser hombre estaban asociados, por ese orden de importancia, con un mayor nivel de actitudes disfuncionales depresivas globales.

Tabla 34. *Regresión de las medidas de depresión y estrés postraumático sobre las medidas de actitudes disfuncionales (modelos que incluyen la sintomatología ansiosa como variable de control)*

Actitudes disfuncionales / Predictores	Beta	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>r</i> parcial
DAS-A-R total				
Predictores de control				
Sexo	-.10	-2.49	.013	-.111
Estado civil	-.05	-1.33	.182	-.060
Ansiedad (BAI)	.05	0.76	.443	.034
N.º de episodios depresivos	.03	0.72	.472	.032
Predictores de interés				
Depresión (BDI-II)	.30	3.96	.001	.175
Estrés postraumático (PCL-5)	.09	1.21	.224	.055
DAS-A-R perfeccionismo				
Predictores de control				
Sexo	-.15	-3.74	.001	-.165
Estado civil	-.07	-1.71	.087	-.077
Ansiedad (BAI)	.01	0.23	.813	.011
N.º de episodios depresivos	.00	-0.03	.998	.000
Predictores de interés				
Depresión (BDI-II)	.31	4.16	.001	.183
Estrés postraumático (PCL-5)	.12	1.59	.112	.071
DAS-A-R dependencia				
Predictores de control				
Sexo	.00	.12	.900	.006
Estado civil	-.01	-.33	.736	-.015
Ansiedad (BAI)	.10	1.33	.183	.060
N.º de episodios depresivos	.03	.85	.392	.038

Actitudes disfuncionales / Predictores	Beta	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>r</i> parcial
Predictores de interés				
Depresión (BDI-II)	.19	2.45	.014	.109
Estrés postraumático (PCL-5)	.02	.36	.715	.016

Nota. Los predictores estadísticamente significativos con $p < .05$ aparecen en negrita. BAI = puntuación total en el Inventario de Ansiedad de Beck. BDI-II: puntuación total en el Inventario de Depresión de Beck-II. DAS-A-R dependencia: puntuación en la subescala de dependencia de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R perfeccionismo: puntuación en la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R total: puntuación total en la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. PCL-5: puntuación total en la Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático, versión 5.

De forma similar, los resultados de la tabla 34 indicaban que, en un modelo que explicaba el 20% de la varianza de las puntuaciones en actitudes disfuncionales de perfeccionismo [$R^2 = .200$, $F = 20.76$, $p < .001$], la variable sexo y la sintomatología depresiva se asociaban significativamente con esas actitudes ($p < .001$ y $.001$, respectivamente), pero no el resto de variables que correlacionaban bivariadamente con dichas actitudes. El tamaño y el signo de los coeficientes beta y de las correlaciones parciales que se recogen en la tabla mencionada indicaban que la sintomatología depresiva era la variable más importante para explicar la varianza de las actitudes disfuncionales de perfeccionismo (r parcial = $.183$), seguida de cerca por el sexo (r parcial = $-.165$), de forma que un nivel más elevado de sintomatología depresiva y ser hombre estaban asociados, por ese orden de importancia, con un mayor nivel de actitudes disfuncionales de perfeccionismo o evaluación del rendimiento.

También de forma similar, los resultados de la tabla 34 indicaban que, en un modelo que explicaba el 10.8% de la varianza de las puntuaciones en actitudes disfuncionales de dependencia [$R^2 = .108$, $F = 10.06$, $p < .001$], tan solo la sintomatología depresiva se asociaba significativamente con dichas actitudes ($p = .014$), pero no el resto de variables

que correlacionaban bivariadamente con esas actitudes. Los signos del coeficiente beta y de la correlación parcial que se recogen en la tabla mencionada indicaban que a mayor nivel de sintomatología depresiva (r parcial = .10), mayor nivel de actitudes disfuncionales de dependencia.

Los resultados de los análisis de regresión múltiple descritos no se vieron afectados por problemas de colinealidad, ya que, en cada uno de los análisis, todos los índices de tolerancia fueron superiores a .27 y todos los FIV fueron superiores a 1.05, pero inferiores a 3.86, y, por tanto, alejados de los valores recogidos en Field (2013) como indicadores potenciales de riesgo de colinealidad.

Se observó, al realizar los análisis de regresión anteriormente mencionados, que el tamaño total (N) de la muestra de víctimas del terrorismo, se reducía de 652 a 505 personas, ya que 150 personas no habían completado la medida de sintomatología de ansiedad (BAI) como parte del protocolo. Por ello, entendiendo que la pérdida de casos era notable, se procedió a realizar los mismos análisis de regresión anteriormente presentados, pero sin incluir la medida de sintomatología ansiosa como variable de control dentro del modelo. En este caso, los análisis previos para comprobar la posible existencia de problemas de colinealidad entre los predictores también mostraron índices de tolerancia adecuados, con valores superiores a .34, y todos los FIV también eran adecuados según Field (2013), con valores superiores a 1.08, pero inferiores a 2.91.

Al excluir la medida de ansiedad (BAI) de los análisis de regresión, estos análisis mostraron que, en un modelo que explicaba el 21.3% de la varianza de las puntuaciones totales en actitudes disfuncionales depresivas [$R^2 = .213$, $F = 34.90$, $p < .001$], el sexo y la sintomatología de estrés postraumático y depresiva se asociaban significativamente con dichas puntuaciones ($p < .006$, .012 y .001, respectivamente), pero no el estado civil ni el número de episodios depresivos previos. El tamaño y el signo de los coeficientes beta y

de las correlaciones parciales que se recogen en la tabla 35 indicaban que la sintomatología depresiva era la variable más importante para explicar la varianza de las puntuaciones totales en actitudes disfuncionales depresivas (r parcial = .203), seguida del sexo (r parcial = -.121) y de la sintomatología de estrés postraumático (r parcial = .098), de manera que un nivel más elevado de sintomatología depresiva, el ser hombre y un nivel más elevado de sintomatología de estrés postraumático estaban asociados, por ese orden de importancia, con un mayor nivel de actitudes disfuncionales depresivas globales.

De forma similar, en relación con las actitudes disfuncionales de perfeccionismo, los resultados de la tabla 35 indicaban que, en un modelo que explicaba el 21.2% de la varianza de las puntuaciones en dichas actitudes [$R^2 = .212$, $F = 34.85$, $p < .001$], las variables sociodemográficas sexo y estado civil se asociaban significativamente con esas actitudes disfuncionales ($p < .001$ y $p = .023$, respectivamente), así como la sintomatología depresiva y la de estrés postraumático ($p < .001$ y $p = .012$, respectivamente), pero no el número de episodios depresivos previos. El tamaño y el signo de los coeficientes beta y de las correlaciones parciales que se recogen en la tabla mencionada indicaban que la sintomatología depresiva era la variable más importante para explicar la varianza de las actitudes disfuncionales de perfeccionismo (r parcial = .203), seguida por el sexo (r parcial = -.171), la sintomatología de estrés postraumático (r parcial = .09) y el estado civil (r parcial = .08), de tal manera que un nivel más elevado de sintomatología depresiva, ser hombre, un nivel más elevado de sintomatología de estrés postraumático y no estar casado o no convivir con pareja estable estaban asociados, por ese orden de importancia, con un mayor nivel de actitudes disfuncionales de perfeccionismo o evaluación del rendimiento.

También de forma similar, los resultados de la tabla 35 indicaban que, en un modelo que explicaba el 11,8% de la varianza de las puntuaciones en actitudes disfuncionales de

dependencia [$R^2 = .118$, $F = 17.33$, $p < .001$], nuevamente la sintomatología depresiva y la de estrés postraumático se asociaban significativamente con dichas actitudes ($p = .001$ y $p = .049$ respectivamente), pero no el resto de variables que correlacionaban bivariadamente con dichas actitudes disfuncionales de dependencia. El signo y el tamaño de los coeficientes beta y de las correlaciones parciales que se recogen en la tabla mencionada indicaban que la sintomatología depresiva era la variable más importante para explicar la varianza de las actitudes disfuncionales de dependencia (r parcial = .13), seguida de la sintomatología de estrés postraumático (r parcial = .07), de forma que a mayor nivel de sintomatología depresiva y de estrés postraumático, mayor nivel de actitudes disfuncionales de dependencia.

Tabla 35. Regresión de las medidas de depresión y de estrés postraumático sobre las medidas de actitudes disfuncionales (modelos que no incluye la sintomatología ansiosa como variable de control)

Actitudes disfuncionales / Predictores	Beta	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>r</i> parcial
DAS-A-R total				
Predictores de control				
Sexo	-.11	-3.11	.002	-.121
Estado civil	-.06	-1.85	.063	-.073
N.º de episodios depresivos	.03	0.86	.385	.034
Predictores de interés				
Depresión (BDI-II)	.31	5.27	.000	.203
Estrés postraumático (PCL-5)	.14	2.50	.012	.098
DAS-A-R perfeccionismo				
Predictores de control				
Sexo	-.16	-4.41	.000	-.171
Estado civil	-.08	-2.27	.023	-.089
N.º de episodios depresivos	.00	0.03	.976	.001
Predictores de interés				
Depresión (BDI-II)	.31	5.27	.000	.203
Estrés postraumático (PCL-5)	.15	2.53	.012	.099

Actitudes disfuncionales / Predictores	Beta	t	P	r parcial
DAS-A-R dependencia				
Predictores de control				
Sexo	.003	-.077	.938	-.003
Estado civil	-.02	-.66	.504	-.026
N.º de episodios depresivos	.05	-.07	.204	.050
Predictores de interés		3.39		
Depresión (BDI-II)	.21	1.96	.001	.132
Estrés postraumático (PCL-5)	.12	1.27	.049	.077

Nota. Los predictores estadísticamente significativos con $p < .05$ aparecen en negrita. BAI = puntuación total en el Inventario de Ansiedad de Beck. BDI-II: puntuación total en el Inventario de Depresión de Beck-II. DAS-A-R dependencia: puntuación en la subescala de dependencia de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R perfeccionismo: puntuación en la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R total: puntuación total en la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. PCL-5: puntuación total en la Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático, versión 5.

Finalmente, dado que la medida de sintomatología de estrés postraumático, la PCL-5, contiene ítems que miden específicamente las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo que proponen los nuevos criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-5 para el TEPT, pero que podrían confundirse con las actitudes disfuncionales depresivas y con los síntomas anímicos depresivos (ítems 9, 10 y 11), se examinaron las relaciones de la sintomatología de estrés postraumático y de la sintomatología depresiva con las actitudes disfuncionales depresivas utilizando una medida de sintomatología de estrés postraumático que excluía dichos ítems para así comprobar si los resultados variaban utilizando como medida de sintomatología de estrés postraumático los 16 síntomas comunes de la PCL-S y PLC-5. En este caso al utilizar la que podríamos denominar PCL-

16 los resultados del análisis de regresión se mantienen tanto incluyendo la sintomatología ansiosa como sin incluirla en el modelo y con las tres medidas de actitudes disfuncionales depresivas: la puntuación global y las dos subescalas².

² Los análisis de regresión múltiple de la versión PCL-16 para la puntuación total de la DAS-A-R indicaron que, en un modelo que explicaba el 19.6% de la varianza de las puntuaciones totales en actitudes disfuncionales depresivas [$R^2 = .196$, $F = 20.22$, $p < .001$], tan solo el sexo y la sintomatología depresiva se asociaban significativamente con dichas puntuaciones ($p = .013$ y $p < .001$, respectivamente), pero no el resto de variables que correlacionaban bivariadamente. El tamaño de los coeficientes beta y de las correlaciones parciales indicaban que un nivel más elevado de sintomatología depresiva (r parcial = .181), y ser hombre (r parcial = -.111), estaban asociados, por ese orden de importancia, con un mayor nivel de actitudes disfuncionales depresivas globales. Por su parte, el modelo que no tenía en cuenta la sintomatología ansiosa explicaba el 21.2% de la varianza de las puntuaciones totales en actitudes disfuncionales depresivas [$R^2 = .212$, $F = 34.82$, $p < .001$], el sexo y la sintomatología depresiva y la postraumática se asociaban significativamente con dichas puntuaciones ($p = .003$, $p < .001$, $p = .015$ respectivamente). El tamaño de los coeficientes beta y de las correlaciones parciales indicaban que la sintomatología depresiva era la variable más importante para explicar la varianza de las puntuaciones totales en actitudes disfuncionales depresivas (r parcial = .209), seguida del sexo (r parcial = -.122) y la sintomatología de estrés postraumático (r parcial = .032).

Para las actitudes relacionadas con perfeccionismo, los resultados indicaban que, en un modelo que explicaba el 19,9% de la varianza de las puntuaciones en actitudes disfuncionales de perfeccionismo [$R^2 = .199$, $F = 20.56$, $p < .001$], la variable sexo y la sintomatología depresiva se asociaban significativamente con esas actitudes (ambas $p < .001$), pero no el resto de variables que correlacionaban bivariadamente. El tamaño de los coeficientes beta y de las correlaciones parciales indicaban que, un nivel más elevado de sintomatología depresiva (r parcial = .192), y ser hombre (r parcial = .166) estaban asociados, por ese orden de importancia, con un mayor nivel

de actitudes disfuncionales de perfeccionismo. Por su parte, el modelo que no tenía en cuenta la sintomatología ansiosa explicaba el 21.1% de la varianza de las puntuaciones totales en actitudes disfuncionales de perfeccionismo [$R^2 = .211$, $F = 34.47$, $p < .001$], y el sexo, el estado civil, la sintomatología depresiva y la postraumática se asociaban significativamente con dichas puntuaciones ($p < .001$, $p = .021$, $p < .001$, $p = .027$ respectivamente). El tamaño de los coeficientes beta y de las correlaciones parciales indicaban que un nivel más elevado de sintomatología depresiva (r parcial = .217), ser hombre (r parcial = .171), no estar casado o conviviendo con pareja estable (r parcial = -.091), un nivel más elevado de sintomatología de estrés postraumático (r parcial = .087), estaban asociados, por ese orden de importancia, con un mayor nivel de actitudes disfuncionales de perfeccionismo.

De forma similar, en relación con las actitudes relacionadas con dependencia, en un modelo que explicaba el 10.8% de la varianza de las puntuaciones en actitudes disfuncionales de dependencia [$R^2 = .108$, $F = 10.07$, $p < .001$], tan solo la sintomatología depresiva se asociaba significativamente con dichas actitudes ($p = .014$), pero no el resto de variables que correlacionaban bivariadamente. Los signos del coeficiente beta y de la correlación parcial indicaban que a mayor nivel de sintomatología depresiva (r parcial = .10), mayor nivel de actitudes disfuncionales de dependencia. Por su parte, el modelo que no tenía en cuenta la sintomatología ansiosa explicaba el 11,3% de la varianza de las puntuaciones totales en actitudes disfuncionales depresivas de dependencia [$R^2 = .113$, $F = 17.57$, $p < .001$], y tanto la sintomatología depresiva como la de estrés postraumático se asociaban significativamente con dichas puntuaciones ($p = .001$ y $.027$, respectivamente). Los signos de los coeficientes beta y de las correlaciones parciales indicaban que a más nivel de sintomatología depresiva (r parcial = .12) y de estrés postraumático (r parcial = .08), mayor nivel de actitudes disfuncionales de dependencia. Los resultados de los análisis de regresión múltiple descritos no se vieron afectados por problemas de colinealidad, ya que, en cada uno de los análisis, todos los índices de tolerancia eran superiores a .25 y todos los FIV eran inferiores a 3.86 adecuados según Field (2013).

8.4. Comparación en actitudes disfuncionales depresivas entre víctimas del terrorismo

Para comprobar las hipótesis 2, 3, 4 y 5, referidas a las comparaciones entre los niveles de actitudes disfuncionales depresivas de las víctimas del terrorismo en función de si no presentaban diagnóstico o sí lo presentaban, y en su caso entre qué diagnósticos las víctimas de terrorismo presentaban mayor nivel de actitudes disfuncionales depresivas, se compararon los niveles medios de actitudes disfuncionales depresivas evaluados con la DAS-A-R en la muestra total de víctimas del terrorismo ($n = 687$).

En primer lugar la muestra de víctimas de atentados terroristas fue agrupada en función de los diagnósticos DSM-IV de TDM, TEPT, otros diagnósticos, que incluían otros trastornos de ansiedad como trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo o fobia, o víctimas sin diagnóstico. Los diagnósticos descritos habían sido evaluados a partir de la entrevista diagnóstica SCID-I VC por parte de psicólogos formados para tal fin. Así, la muestra de víctimas se distribuyó de la siguiente manera en función de los diagnósticos recibidos: el 5.96% mostraba TEPT ($n = 41$), el 6.40% sufría TDM ($n = 44$), el 10,91% tenía TEPT y TDM (TEPT + TDM) ($n = 75$), 17.90% sufría otros diagnósticos ($n = 123$), y el 58.8% no presentaba ningún diagnóstico (Sin D(x)) ($n = 404$).

Los niveles medios de las diferentes medidas sintomatológicas recogidas tanto de la DAS-A-R como de sus subescalas junto con sus desviaciones típicas se muestran en la tabla 36. Por su parte, las medias marginales y el error típico se resumen en la tabla 37.

Tabla 36. Medias y desviaciones típicas en la DAS-A-R, la PCL-5, el BAI y el BDI-II en los subgrupos de víctimas en función de los diagnósticos de trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos depresivos o de ningún diagnóstico (sin D(x)) u otros diagnósticos en la muestra de víctimas del terrorismo

	Víctimas sin D(x) (n = 404)	Víctimas con trast. depresivos (n = 44)	Víctimas con TEPT (n = 41)	Víctimas con TEPT + trast. depresivos (n = 75)	Otros D(x) (n = 123)
DAS-A-R	39.07 (15.50)	52.02 (18.90)	51.87 (21.80)	53.42 (20.73)	46.33 (17.31)
DAS-A-R Perfeccionismo	19.86 (9.79)	26.34 (12.20)	27.73 (13.68)	28.05 (13.10)	23.52 (11.14)
DAS-A-R Dependencia	16.39 (6.78)	22.18 (9.03)	20.75 (8.47)	21.41 (8.83)	18.14 (7.69)
PCL-5	6.18 (8.82)	30.25 (17.47)	36.97 (15.30)	43.92 (16.18)	17.06 (14.95)
BDI-II	4.71 (5.63)	25.43 (13.12)	21.00 (13.20)	29.82 (12.18)	12.63 (10.27)
BAI	4.06 (5.45)	24.10 (13.08)	21.17 (14.16)	27.10 (12.96)	12.31 (11.55)

Nota. BAI = puntuación total en el Inventario de Ansiedad de Beck. BDI-II: puntuación total en el Inventario de Depresión de Beck-II. DAS-A-R dependencia: puntuación en la subescala de dependencia de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R perfeccionismo: puntuación en la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R total: puntuación total en la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. PCL-5: puntuación total en la Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático, versión 5. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis).

Los resultados del ANCOVA realizado sobre la DAS-A-R, considerando el grupo diagnóstico con cinco niveles o subgrupos (víctimas del terrorismo con TEPT, víctimas con trastornos depresivos, víctimas con TEPT + trastornos depresivos, víctimas con otros diagnósticos y víctimas sin diagnóstico psicológico) como factor intersujetos y, como covariables, el sexo, el estado civil y el número de sucesos, revelaron un efecto estadísticamente significativo para el grupo diagnóstico, $F(4, 679) = 20.47, p < .001$, de manera que, tras controlar las variables sociodemográficas y las relacionadas con el suceso traumático que influían en la variable dependiente, existían diferencias estadísticamente significativas en función de la psicopatología que presentaban las víctimas del terrorismo. Los resultados se mantienen al analizar las subescalas. Concretamente, para las actitudes disfuncionales relacionadas con perfeccionismo se encontró un efecto estadísticamente significativo para el grupo diagnóstico, $F(4, 679) = 16.45, p < .001$, y, para las actitudes disfuncionales relacionadas con dependencia, también se encontró un efecto significativo para el grupo diagnóstico, $F(4, 679) = 15.28, p < .001$. Por lo que a nivel de actitudes disfuncionales depresivas específicas también había diferencias entre los grupos diagnósticos detallados.

La prueba *post hoc* Bonferroni realizada permitió dar respuesta a las hipótesis planteadas sobre las diferencias particulares entre grupos. De tal manera que de forma coherente con la segunda hipótesis, las víctimas del terrorismo con trastornos depresivos o TEPT presentan más actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas sin trastorno mental, (DAS-A-R, M ajustada = 52.33, 51.73 y 38.79, respectivamente). Por añadidura, aunque no se presentó como hipótesis de este trabajo, los datos también mostraron que las víctimas con otros diagnósticos emocionales entre los que se incluyen los trastornos de ansiedad presentaron más actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas sin trastorno (M ajustada = 46.99).

Tabla 37. Medias marginales estimadas y su error típico en la DAS-A-R y sus subescalas, en los subgrupos de víctimas en función de los diagnósticos de trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastornos depresivos o de ningún diagnóstico (sin D(x)) u otros diagnósticos en la muestra de víctimas del terrorismo

	Víctimas sin D(x) (n = 404)	Víctimas con T Depresivos (n = 44)	Víctimas con TEPT (n = 41)	Víctimas con TEPT + T Depresivos (n = 75)	Otros D(x) (n = 123)
DAS-A-R	38.79 (0.85)	52.33 (2.57)	51.73 (2.65)	53.72 (1.96)	46.99 (1.54)
DAS-A-R Perfeccionismo	19.66 (0.53)	26.57 (1.62)	27.55 (1.67)	28.31 (1.24)	24.01 (0.97)
DAS-A-R Dependencia	16.33 (0.37)	22.27 (1.12)	20.83 (1.15)	21.41 (0.85)	19.72 (0.67)

Nota. Todos los valores son medias ajustadas tras controlar el efecto de las variables sexo, estado civil y número de eventos traumáticos vividos, que fueron significativas en el análisis ANCOVA (con error típico entre paréntesis).

En la misma dirección apuntan los datos relacionados con las subescalas. Es decir, los resultados de las pruebas *post hoc* de Bonferroni confirmaron que las víctimas del terrorismo con trastornos depresivos o TEPT presentan significativamente más actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas sin trastorno, tanto en la subescala de perfeccionismo (DAS-A-R-Perfeccionismo, M ajustada = 26.57, 27.55 y 19.66, respectivamente), como en la de dependencia (DAS-A-R-Dependencia, M ajustada = 22.27, 20.83 y 16.35 respectivamente).

En las tablas 36 y 37 se pueden encontrar las medias y medias ajustadas detalladas junto con las de otros grupos para una visión general, y en la tabla 38 se detallan las diferencias de medias junto con el error típico entre paréntesis y su significación para la medida de actitudes depresivas globales o puntuación DAS-A-R y para las subescalas perfeccionismo y dependencia.

Tabla 38. *Diferencias de medias en la DAS-A-R, DAS-A-R Perfeccionismo y DAS-A-R Dependencia entre los subgrupos de víctimas del terrorismo y entre éstos y resultados de las pruebas post hoc de Bonferroni comparando dos a dos los grupos (en cada fila, el grupo de referencia en la comparación es el de la primera columna)*

	Víctimas sin diagnóstico (n = 404)	Víctimas con T depresivo (n = 44)	Víctimas con TEPT (n = 41)	Víctimas con TEPT + T depresivo (n = 75)	Víctimas con otros Dx (n = 123)
DAS-A-R					
Víctimas sin diagnóstico	---	-13.53*** (2.72)	-12.93*** (2.79)	-14.92*** (2.14)	-8.19*** (1.77)
Víctimas con T. depresivo		---	0.59 (3.69)	-1.39 (3.23)	5.33 (2.99)
Víctimas con TEPT			---	-1.98 (3.32)	4.74 (3.07)
Víctimas con TEPT + T. depresivo				---	6.73 (2.49)
Víctimas con otros Dx					---
DAS-A-R Perfeccionismo					
Víctimas sin diagnóstico	---	-6.90*** (1.72)	-7.89*** (1.76)	-8.65*** (1.35)	-4.35*** (1.12)
Víctimas con T depresivo		---	-0.98 (2.33)	-1.74 (2.04)	2.55 (1.88)

	Víctimas sin diagnóstico (n = 404)	Víctimas con T depresivo (n = 44)	Víctimas con TEPT (n = 41)	Víctimas con TEPT + T depresivo (n = 75)	Víctimas con otros Dx (n = 123)
Víctimas con TEPT			---	-0.75 (2.08)	3.54 (1.93)
Víctimas con TEPT + T depresivo				---	4.29 (1.57)
Víctimas con otros Dx					---
<i>DAS-A-R Dependencia</i>					
Víctimas sin diagnóstico	---	-5.93*** (1.18)	-4.50** (1.21)	-5.08*** (0.93)	-3.39*** (0.77)
Víctimas con T depresivo		---	1.43 (1.60)	0.85 (1.40)	2.54 (1.30)
Víctimas con TEPT			---	-0.58 (1.43)	1.10 (1.33)
Víctimas con TEPT + T depresivo				---	1.69 (1.08)
Víctimas con otros Dx					---

Nota. DAS-A-R dependencia: puntuación en la subescala de dependencia de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R perfeccionismo: puntuación en la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R total: puntuación total en la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. D(x)= Diagnóstico. Todos los valores son diferencias de medias entre los grupos (con errores típicos entre paréntesis). * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

En contra de lo esperado en la Hipótesis 3, las víctimas con trastornos depresivos no tienen más actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas con TEPT y tampoco tienen más que las víctimas con TEPT aquellas que presentan la comorbilidad de TEPT + trastorno depresivo, ni en sus puntuación total (DAS-A-R, M ajustada = 52,33, 53,73 y

51,72, respectivamente), ni en las subescalas (DAS-A-R-perfeccionismo, M ajustada = 26,57, 27,55 y 28,31, respectivamente y DAS-A-R- Dependencia, M ajustada = 22,27, 21,41 y 21,41 respectivamente). Los resultados de las pruebas *post hoc* de Bonferroni indicaron que las víctimas del terrorismo con trastorno depresivo o con la comorbilidad TEPT no presentan significativamente más actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas con TEPT único, y tampoco se observan esos valores en la diferencia entre diagnósticos en las subescalas DAS-A-R-perfeccionismo y DAS-A-R-dependencia.

De la misma manera, en contra de lo que añade la hipótesis 4, que relaciona la comorbilidad frente al diagnóstico único de TEPT o TDM, las víctimas que presentan la comorbilidad TEPT + trastorno depresivo no presentan más actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas con solo trastorno depresivo, ni en la puntuación de actitudes disfuncionales global (DAS-A-R, M ajustada grupo TDM = 52.33; M ajustada grupo trastorno depresivo + TEPT = 53.73), ni en las subescalas (DAS-A-R-perfeccionismo, M ajustada = 26.57 y 27.55, respectivamente y DAS-A-R-Dependencia, M ajustada = 22.27 y 21.41 respectivamente) tal y como muestra el análisis de diferencias por pares *post hoc* de Bonferroni.

Es decir, de la información recabada al poner a prueba ambas hipótesis, se puede observar que las víctimas con trastorno depresivo presentaron aunque no de manera significativa una media algo menor en el nivel de actitudes disfuncionales que la comorbilidad TEPT + trastorno depresivo y algo mayor que las víctimas que presentaban TEPT como se detalla en la tabla 38, sin que esas diferencias de medias resulten estadísticamente significativas. Además, analizando la comparación comorbilidad vs. diagnóstico único, el grupo de comorbilidad presenta actitudes disfuncionales depresivas que aunque algo mayores, resultan estadísticamente similares al grupo de TEPT y al de trastorno depresivo.

Tras comparar los diagnósticos y en contra de lo hipotetizado en la hipótesis 5, las víctimas con TEPT no muestran significativamente más actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas con otros trastornos (DAS-A-R, M ajustada = 53.72 y 46.99, respectivamente), pero tampoco lo hacen las víctimas con trastorno depresivo (DAS-A-R, M ajustada = 52.33) ni el grupo de víctimas que presentaba la comorbilidad TEPT + trastorno depresivo (DAS-A-R, M ajustada = 53.72) tal y como muestra el análisis post hoc de Bonferroni. Esto es así con la puntuación total y con ambas subescalas. En el caso de la subescala perfeccionismo, se ha encontrado que a pesar de que la media es algo mayor en los grupos de víctimas con trastorno depresivo (DAS-A-R, M ajustada = 26.57) ni el grupo de víctimas que presentaba la comorbilidad TEPT + trastorno depresivo (DAS-A-R, M ajustada = 28.31), ni el grupo de víctimas con TEPT (DAS-A-R, M ajustada = 27.55) presentaban significativamente más que el grupo de víctimas con otros trastornos (DAS-A-R, M ajustada = 24,01). Los resultados se repiten en el caso de las actitudes disfuncionales de dependencia (M ajustada = 22.27, 21.41 y 20.83, respectivamente, frente a 19.72).

8.5.Comparación en actitudes disfuncionales depresivas entre víctimas del terrorismo y población general

Para comprobar la sexta hipótesis planteada, se compararon los niveles medios de actitudes disfuncionales depresivas evaluados con la DAS-A-R en la muestra total de víctimas del terrorismo ($n = 687$) con los niveles medios de la muestra total de la población general ($n = 548$). Las medias y las desviaciones típicas obtenidas en dichas medidas en ambas poblaciones se recogen en la tabla 39.

Los resultados del ANCOVA realizado sobre las actitudes disfuncionales depresivas medidas con la DAS-A-R tomando como factor de medidas independientes el tipo de muestra (víctimas del terrorismo frente a población general) y como covariables el sexo, el estado civil y el número de sucesos, revelaron un efecto no estadísticamente significativo para el tipo de muestra, aunque con tendencia a la significación, $F(1, 1230) = 3.55, p = .059$. De manera que, tras controlar las variables sociodemográficas y relacionadas con atentados terroristas que influían significativamente en las actitudes disfuncionales depresivas, las víctimas de atentados terroristas presentaban niveles más altos de actitudes disfuncionales depresivas que la población general, pero no significativamente mayores, contrariamente a lo esperado como se puede observar en la tabla 40 la M ajustada se sitúa en 43,20 frente a 40,97, respectivamente.

De la misma manera se analizó la relación con ANCOVA entre las subescalas de la DAS-A-R y tomando como factor de medidas independientes el tipo de muestra. Para subescala de perfeccionismo los análisis revelaron igualmente un efecto no estadísticamente significativo para el tipo de muestra, $F(1,1230) = 3,213, p = .073$, de manera que, tras controlar las variables sociodemográficas y relacionadas con atentados terroristas que influían significativamente en las actitudes disfuncionales, las víctimas de atentados terroristas no presentaban niveles significativamente más altos de actitudes disfuncionales depresivas ligadas a perfeccionismo que la población general (M ajustada = 22,04 frente a 20,74).

En la misma dirección que los análisis previos, al tener en cuenta la subescala de actitudes disfuncionales depresivas relacionadas con dependencia, los análisis volvieron a reflejar un efecto no estadísticamente significativo para el tipo de muestra, $F(1,1231) = 2,05, p = .152$ en la que la M ajustada se situaba en 17,41 en la población general frente a 18,14 en las víctimas de terrorismo, tal y como se detalla en la tabla 40.

Tabla 39. Medias y desviaciones típicas en la DAS-A-R, la PCL-5 el BAI y el BDI-II en las muestras de víctimas del terrorismo y de la población general y en función de los diagnósticos de trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno depresivo, o de ningún diagnóstico (sin D(x)) u otros diagnósticos en la muestra de víctimas del terrorismo

	Población general (n = 548)	Víctimas (n = 687)	Víctimas sin D(x) (n = 404)	Víctimas con T Depresivos (n = 44)	Víctimas con TEPT (n = 41)	Víctimas con TEPT + T Depresivos (n = 75)	Otros D(x) (n = 123)
DAS-A-R	40.56 (15.04)	43.53 (17.99)	39.07 (15.50)	52.02 (18.90)	51.87 (21.80)	53.42 (20.73)	46.33 (17.31)
DAS-A-R Perfeccionismo	20.42 (8.84)	22.30 (11.28)	19.86 (9.79)	26.34 (12.20)	27.73 (13.68)	28.05 (13.10)	23.52 (11.14)
DAS-A-R Dependencia	17.41 (6.84)	18.14 (7.69)	16.39 (6.78)	22.18 (9.03)	20.75 (8.47)	21.41 (8.83)	19.59 (7.34)
PCL-5	14.32 (14.71)	15.67 (18.12)	6.18 (8.82)	30.25 (17.47)	36.97 (15.30)	43.92 (16.18)	17.06 (14.95)
BDI-II	9.36 (7.57)	11.17 (12.49)	4.71 (5.63)	25.43 (13.12)	21.00 (13.20)	29.82 (12.18)	12.63 (10.27)
BAI	--	10.80 (12.72)	4.06 (5.45)	24.10 (13.08)	21.17 (14.16)	27.10 (12.96)	12.31 (11.55)

Nota. BAI = puntuación total en el Inventario de Ansiedad de Beck. BDI-II: puntuación total en el Inventario de Depresión de Beck-II. DAS-A-R dependencia: puntuación en la subescala de dependencia de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A, versión revisada. DAS-A-R perfeccionismo: puntuación en la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A, versión revisada. DAS-A-R total: puntuación total en la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A, versión revisada. PCL-5: puntuación total en la Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático para el DSM-5. D(x)= Diagnóstico. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis).

8.4. Comparación en actitudes disfuncionales depresivas entre víctimas del terrorismo según diagnóstico y la población general

Por último, para poder responder a la séptima y octava hipótesis formuladas y correspondientes también con el tercer objetivo del presente trabajo, se comparó respecto a sus niveles de actitudes disfuncionales depresivas mediante el correspondiente análisis de varianza el grupo de población general ($n = 548$) con el grupo de víctimas y los diferentes grupos diagnósticos entre sí y que se distribuían de la siguiente forma: el 5.96% mostraba TEPT ($n = 41$), el 6.4% sufría trastornos depresivos ($n = 44$), el 10.91% tenía TEPT y trastornos depresivos (TEPT + T Depresivos) ($n = 75$), 17.9% sufría otros diagnósticos ($n = 123$), y el 58.8% no presentaba ningún diagnóstico (Sin D(x)) ($n = 404$).

En la tabla 39 puede observarse el valor medio en actitudes disfuncionales de cada categoría así como la desviación típica, mientras que en la tabla 40 se recogen las medias marginales y los errores típicos tras controlar las variables que influían en las actitudes disfuncionales.

Tras los análisis previos de comparación entre variables sociodemográficas y los diferentes grupos y muestras, así como el análisis de las variables que influían en las actitudes disfuncionales depresivas, se tuvieron en cuenta el sexo, el estado civil y el número de eventos traumáticos vividos como covariables en la realización del ANCOVA sobre la puntuación total de la DAS-A-R con el grupo de participantes como factor intersujetos (con seis niveles correspondientes a los cinco grupos de víctimas y al grupo de la población general). Este ANCOVA arrojó un efecto estadísticamente significativo para el factor grupo de participantes, $F(5,1226) = 18,47$, $p < .001$. De la misma manera se efectuaron análisis ANCOVA para las dos subescalas de la DAS-A-R en los que

también se encontraron efectos estadísticamente significativos, tanto para la subescala de perfeccionismo, $F(5, 1226) = 15.68, p < .001$, como para la subescala de dependencia, $F(5, 1226) = 13.17, p < .001$.

Para entender entre qué grupos en concreto existían diferencias significativas en sus puntuaciones en la DAS-A-R y las subescalas, se aplicaron pruebas *post hoc* de Bonferroni comparando dos a dos los seis grupos de participantes. Los resultados de dichas comparaciones con las diferencias de medias, el error típico y su significación entre grupos para la puntuación total DAS-A-R y sus subescalas se recogen resumidamente en la tabla 41.

Tal y como se esperaba en función de la hipótesis 7, las víctimas con diagnóstico de trastorno depresivo o de TEPT o con la comorbilidad TEPT + trastorno depresivo, obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la DAS-A-R (M ajustada = 52,00, 51,68 y 53,47, respectivamente) que la población general (M ajustada = 40,97).

Por su parte, y en contra de lo esperado en la hipótesis 8, las víctimas del terrorismo sin diagnóstico no presentan significativamente más actitudes disfuncionales depresivas que la población general, de hecho presentan menos aunque esa diferencia no es estadísticamente significativa (M ajustada = 38,81, y 40,97, respectivamente). De la misma manera resulta en el caso de las actitudes disfuncionales que identifican las subescalas. En este caso, las actitudes ligadas a perfeccionismo reflejan que la media ajustada en las víctimas sin diagnóstico se sitúa en 19.60 mientras que en la población general en 20,74; por su parte en las ligadas a dependencia reflejan que la media ajustada de 16,47. Es decir, las víctimas del terrorismo sin diagnóstico presentan más actitudes disfuncionales depresivas de perfeccionismo y menos actitudes disfuncionales de dependencia que la población general, aunque no de manera estadísticamente significativa.

Tabla 40. Medias marginales estimadas y errores típicos en la DAS-A-R y sus subescalas, en los subgrupos de víctimas en función de los diagnósticos de trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno depresivo, sin diagnóstico (sin D(x)) u otros diagnósticos en la muestra de víctimas del terrorismo y en la población general

	Población general (n = 548)	Víctimas (n = 687)	Víctimas sin D(x) (n = 404)	Víctimas con T. depresivo (n = 44)	Víctimas con TEPT (n = 41)	Víctimas con TEPT + T. depresivo (n = 75)	Otros D(x) (n = 123)
DAS-A-R	40.97 (0.81)	43.20 (0.70)	38.81 (0.84)	52.00 (2.47)	51.68 (2.55)	53.47 (1.88)	46.68 (1.50)
DAS-A-R Perfeccionismo	20.74 (0.49)	22.04 (0.49)	19.60 (0.52)	26.35 (1.52)	27.48 (1.57)	28.09 (1.16)	23.73 (0.92)
DAS-A-R Dependencia	17.41 (0.35)	18.14 (0.35)	16.47 (0.37)	22.21 (1.09)	20.89 (1.12)	21.46 (0.83)	19.77 (0.66)

Nota. DAS-A-R dependencia: puntuación en la subescala de dependencia de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R perfeccionismo: puntuación en la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R total: puntuación total en la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. D(x)= Diagnóstico. T. = Trastorno. Todos los valores son medias ajustadas tras controlar el efecto de las variables sexo, estado civil y número de sucesos traumáticos vividos (con error típico entre paréntesis), ya que algunas de ellas resultaron estadísticamente significativas en los ANCOVA.

Tabla 41. *Diferencias de medias en DAS-A-R, DAS-A-R Perfeccionismo y DAS-A-R Dependencia entre la población general, los subgrupos de víctimas del terrorismo y entre éstos, y resultados de las pruebas post hoc de Bonferroni comparando dos a dos los grupos (en cada fila, el grupo de referencia en la comparación es el de la primera columna)*

	Población general (n = 520)	Víctimas sin diagnóstico (n = 404)	Víctimas con T. depresivo (n = 44)	Víctimas con TEPT (n = 41)	Víctimas con TEPT + T. depresivo (n = 75)	Víctimas con otros Dx (n = 123)
DAS-A-R						
Población general	---	1.87 (1.23)	-11.31*** (2.66)	-10.99** (2.73)	-12.78*** (2.09)	-5.99* (1.76)
Víctimas sin diagnóstico		---	-13.18*** (2.57)	-12.86*** (2.64)	-14.65*** (2.03)	-7.86*** (1.67)
Víctimas con T. depresivo			---	0.32 (3.50)	-1.47 (3.06)	5.31 (2.83)
Víctimas con TEPT				---	-1.79 (3.13)	4.99 (2.91)
Víctimas con TEPT + T. depresivo					---	6.78 (2.36)
Víctimas con otros Dx						---
DAS-A-R Perfeccionismo						
Población general	---	0.99 (0.75)	-5.76** (1.64)	-6.89** (1.68)	-7.50*** (1.29)	-3.14 (1.08)
Víctimas sin diagnóstico		---	-6.75*** (1.58)	-7.88*** (1.63)	-8.42*** (1.25)	-4.13** (1.03)
Víctimas con T. depresivo			---	-1.13 (2.15)	-1.73 (1.88)	2.61 (1.74)
Víctimas con TEPT				---	-0.60 (1.93)	3.75 (1.79)

	Población general (n = 520)	Víctimas sin diagnóstico (n = 404)	Víctimas con T. depresivo (n = 44)	Víctimas con TEPT (n = 41)	Víctimas con TEPT + T. depresivo (n = 75)	Víctimas con otros Dx (n = 123)
Víctimas con TEPT + T depresivo					---	4.35* (1.45)
Víctimas con otros Dx						---
<i>DAS-A-R Dependencia</i>						
Población general	---	0.82 (0.54)	-4.92*** (1.17)	-3.59** (1.20)	-4.16*** (0.92)	-2.47* (0.78)
Víctimas sin diagnóstico		---	-5.74*** (1.14)	-4.42** (1.17)	-4.99*** (0.90)	-3.30*** (0.74)
Víctimas con T depresivo			---	1.32 (1.55)	0.75 (1.35)	2.44 (1.25)
Víctimas con TEPT				---	-0.57 (1.38)	1.11 (1.28)
Víctimas con TEPT + T depresivo					---	1.69 (1.04)
Víctimas con otros Dx						---

Nota. DAS-A-R dependencia: puntuación en la subescala de dependencia de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R perfeccionismo: puntuación en la subescala de perfeccionismo o evaluación del rendimiento de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. DAS-A-R total: puntuación total en la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A versión revisada. D(x)= Diagnóstico. Todos los valores son diferencias de medias entre los grupos (con error típico entre paréntesis). * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

8.5. Sintomatología clínicamente significativa de estrés postraumático y depresión en las víctimas del terrorismo con o sin TEPT o TDM y en la población general

Con el fin de poder clarificar resultados como que el grupo de víctimas con TDM o el de la comorbilidad TEPT + trastorno depresivo no puntuaran significativamente por encima del grupo de TEPT como cabría esperar siguiendo la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck, y por otra parte que el grupo de trastorno depresivo no se diferenciara significativamente del resto de grupos diagnósticos. E incluso clarificar resultados no esperables como que las víctimas sin trastornos mentales no puntuaran significativamente más alto en la DAS-A-R que las personas de la población general. Se compararon los niveles medios de sintomatología de estrés postraumático medidos por la PCL-5, y de depresión medidos por el BDI-II de los diferentes grupos, con las puntuaciones de corte que en cada instrumento reflejan distintos niveles de gravedad clínicamente significativos.

En la tabla 42 se recogen las medias y desviaciones típicas y la interpretación clínica de la puntuación media de la que se extrae que los grupos de víctimas que presentan trastorno depresivo o TEPT o la comorbilidad muestran una puntuación media clínicamente significativa en la PCL-5 y por encima del punto de corte que representa una sintomatología depresiva moderada en el BDI-II. Es decir, niveles sintomatológicos altos y muy parecidos. De hecho entre los grupos TDM y TEPT no existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de sintomatología de estrés postraumático ni depresiva.

Para comprobarlo, se realizó un ANCOVA sobre la sintomatología depresiva y otro sobre la de estrés postraumático, considerando el grupo diagnóstico con cinco niveles o subgrupos (víctimas del terrorismo con TEPT, víctimas con TDM, víctimas con TEPT + TDM, víctimas con otros diagnósticos y víctimas sin diagnóstico psicológico) como factor intersujetos y el sexo, el número de sucesos y la historia previa de sucesos como covariables. Estos ANCOVA revelaron un efecto estadísticamente significativo para el grupo diagnóstico tanto para la sintomatología depresiva, $F(5, 1204) = 161.26, p = .001$, como para la de estrés postraumático, $F(5, 1204) = 138.17, p = .001$. Las correspondientes pruebas de Bonferroni indicaron que los grupos TDM y TEPT no diferían significativamente en sintomatología depresiva (una diferencia de 4.1, $p = .294$) ni en sintomatología de estrés postraumático (una diferencia de 5.5, $p = .275$).

Sin embargo, en el caso del grupo de comorbilidad de víctimas con TEPT + TDM los datos aunque se muestran igualmente clínicamente significativos en la sintomatología de estrés postraumático y en la sintomatología depresiva la interpretación entra en el rango de grave, cabe señalar que presentan significativamente más síntomas depresivos que el grupo de TDM (una diferencia de 4.6, $p = .045$). Y en relación con la sintomatología de estrés postraumático, el grupo de comorbilidad de víctimas con TEPT + TDM presenta un nivel de sintomatología similar al grupo TEPT (una diferencia de 5.2, $p = .169$), y significativamente mayor que el grupo TDM (una diferencia de 10.8, $p < .001$).

Las pruebas también revelaron que los tres grupos de víctimas con trastornos mentales (con TDM, con TEPT y con TEPT + TDM) presentaban niveles de sintomatología depresiva significativamente superiores a los de los grupos de víctimas sin diagnóstico y de personas de la población general ($p < .001$ en todos los casos), no así en el caso de otros trastornos como indicó la prueba de Bonferroni.

Tabla 42. Puntuaciones medias en sintomatología de estrés postraumático (PCL-5) y de depresión (BDI-II) de los grupos de participantes e interpretación de las mismas en función de su significación clínica

Grupo	PCL-5*	Interpretación	BDI-II*	Interpretación
Población general	14.32 (14.71)	No significativo	9.36 (7.57)	Sintomatología mínima: 0-13
Víctimas sin D(x)	6.18 (8.82)	No significativo	4.71 (5.63)	Sintomatología mínima: 0-13
Víctimas con trastorno depresivo	30.25 (17.47)	Significativo (>25)	25.43 (13.12)	Sintomatología moderada: 19-27
Víctimas con TEPT	36.97 (15.30)	Significativo (>25)	21.00 (13.20)	Sintomatología moderada: 19-27
Víctimas con trastorno depresivo + TEPT	43.92 (16.18)	Significativo (>25)	29.82 (12.18)	Sintomatología grave: 28-63
Víctimas con otros trastornos	17.06 (14.95)	No significativo	12.63 (10.27)	Sintomatología mínima: 0-13

Nota. BDI-II: puntuación total en el Inventario de Depresión de Beck-II. PCL-5: puntuación total en la Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático, versión 5. *Los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis).

Capítulo 9:

Resumen de los resultados

En primer lugar, los datos muestran que entre las variables sociodemográficas que han mostrado en estudios previos alguna relación con las diferencias individuales en actitudes disfuncionales depresivas, tan solo el estado civil y el sexo han mostrado dicha relación en la presente muestra de víctimas de atentados terroristas, en concreto, el estado civil mostró una relación pequeña y positiva con las actitudes disfuncionales depresivas globales y con las de perfeccionismo ($r(687) = -.07, p < .05$ y $r(684) = -.07, p < .05$, respectivamente), mientras que el sexo mostró una relación pequeña y negativa con las actitudes disfuncionales depresivas de perfeccionismo ($r(687) = -.08, p < .05$).

Por su parte, en relación con las variables clínicas, tanto los síntomas depresivos y de estrés postraumático como los síntomas de ansiedad y los episodios depresivos previos mostraron correlaciones estadísticamente significativas con las tres medidas de actitudes disfuncionales. En el caso de los síntomas emocionales, estas correlaciones estaban, en tamaño, alrededor de los valores considerados según los estándares de Cohen (1988), en el rango entre .30 y .43; y en el caso de los episodios depresivos previos, las correlaciones eran, en tamaño, ligeramente superiores a los valores considerados como una correlación pequeña, en el rango entre .14 y .17.

Sin embargo, cuando esas seis variables que correlacionaban significativamente con alguna o con todas las medidas de actitudes disfuncionales depresivas se incluyeron en los análisis de regresión múltiple se encontró que: (1) un nivel más elevado de sintomatología depresiva y el hecho de ser hombre estaban asociados, por ese orden de importancia, a un mayor nivel de las actitudes disfuncionales depresivas globales (r parcial = .175 y -.111, respectivamente) y a un mayor nivel de actitudes disfuncionales depresivas de perfeccionismo o evaluación del rendimiento (r parcial = .183 y -.165, respectivamente); y (2) que a mayor nivel de sintomatología depresiva, mayor nivel de actitudes disfuncionales de dependencia (r parcial = .10).

Además se encontró que, al analizar los datos sin incluir la sintomatología ansiosa, la sintomatología de estrés postraumático también parecía estar asociada a las actitudes disfuncionales globales, de perfeccionismo y de dependencia, y siempre por detrás de las variables de sintomatología depresiva y de sexo. Concretamente, en el caso de las actitudes disfuncionales globales, la relación con la sintomatología depresiva (r parcial = .203) se situaba en primera lugar, seguida del sexo (r parcial = -.121), y de la sintomatología de estrés postraumático (r parcial = .098); en el caso de perfeccionismo, en primer lugar se situaba la relación con la sintomatología depresiva (r parcial = .203), seguida de cerca por el sexo (r parcial = -.171), la sintomatología de estrés postraumático (r parcial = .09) y el estado civil (r parcial = .08), y, por último, en el caso de las actitudes de dependencia, en primer lugar se situaba la relación con la sintomatología depresiva (r parcial = .13), seguida de la sintomatología de estrés postraumático (r parcial = .07).

En segundo lugar, tras controlar las variables sociodemográficas y las relacionadas con el suceso traumático que influían en la variable dependiente, se ha encontrado que existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de actitudes disfuncionales depresivas en función de la psicopatología que presentaban las víctimas del terrorismo. Esta diferencia se ha encontrado tanto en el nivel general de actitudes disfuncionales depresivas medidas con la DAS-A-R, $F(4, 679) = 20.47, p < .001$, como en el nivel de las actitudes disfuncionales de perfeccionismo, $F(4, 679) = 16.45, p < .001$, y de las actitudes disfuncionales de dependencia, $F(4, 679) = 15.28, p < .001$.

En concreto, en la comparación entre las víctimas, tal y como se ilustra en la figura 7, se ha encontrado, en general, que: (1) las víctimas del terrorismo que presentan un trastorno mental ansioso, depresivo o de estrés postraumático presentan más actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas que no presentan ningún trastorno (DAS-A-R, M ajustada = 46.33, 52.33, 51.73 y 38.79, respectivamente); (2) las víctimas del

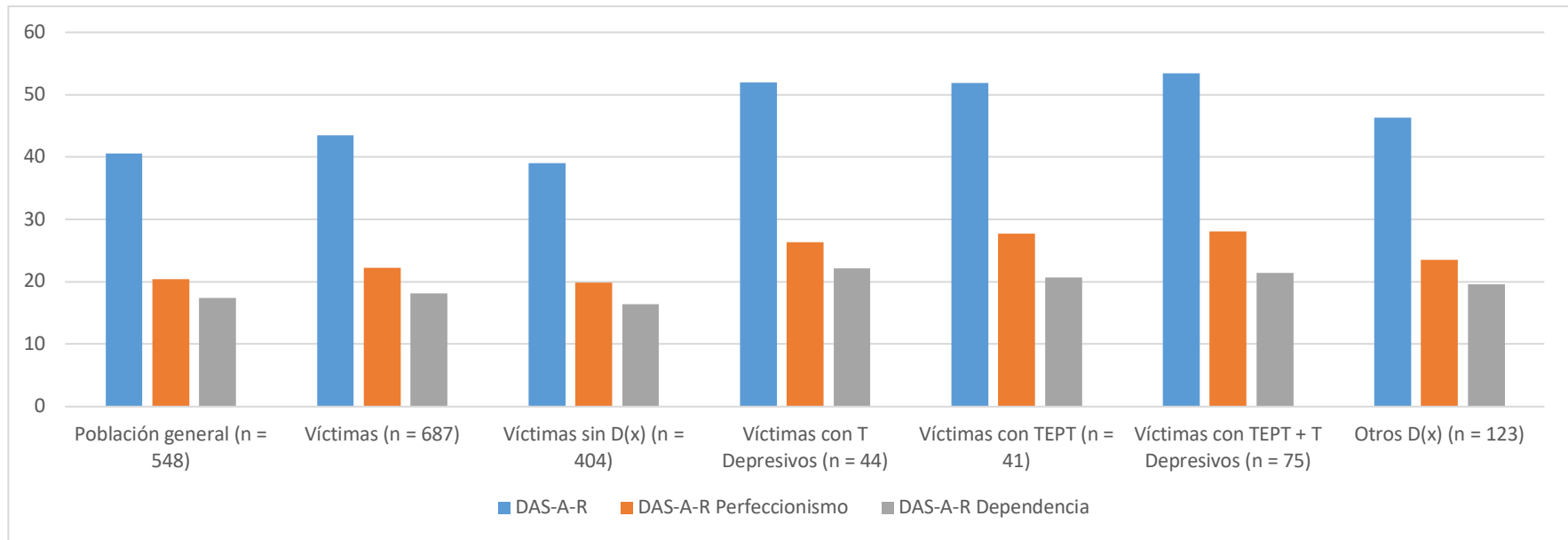
terrorismo con trastorno depresivo o con TEPT presentan más actitudes disfuncionales depresivas específicas ligadas a perfeccionismo (DAS-A-R, M ajustada = 26.34 y 27.73, respectivamente) y a dependencia (DAS-A-R, M ajustada = 22.18 y 20.75, respectivamente) que las víctimas sin trastorno; (3) no hay diferencias entre el nivel de las actitudes disfuncionales de los grupos de trastorno depresivo o la comorbilidad TEPT + trastorno depresivo y las víctimas que presentan TEPT (DAS-A-R, M ajustada = 52.02, 53.42 y 51.87, respectivamente) y tampoco en las actitudes ligadas a perfeccionismo y a dependencia, y (4) los grupos con trastorno depresivo, con TEPT o con la comorbilidad TEPT + trastorno depresivo además presentan altos niveles de sintomatología depresiva considerada grave según los baremos clínicos del propio inventario (Beck et al., 2011).

En tercer lugar, este estudio tuvo como objetivo conocer si existían diferencias entre el nivel de actitudes disfuncionales depresivas de las víctimas del terrorismo en comparación con el nivel de la población general. Al respecto y tras controlar las variables sociodemográficas y las relacionadas con el suceso traumático que influían en la variable dependiente, se ha encontrado que, tal y como se ilustra en la figura 7, no existen de manera general diferencias estadísticamente significativas en la presencia de actitudes disfuncionales depresivas entre las víctimas del terrorismo y la población general, $F(1, 1230) = 3.55, p = .059$. Las víctimas de atentados terroristas presentaban niveles más altos de actitudes disfuncionales depresivas que la población general, pero no significativamente mayores contrariamente a lo esperado (M ajustada = 43.20 frente a 40.97 respectivamente). Además, los resultados se mantuvieron en la misma dirección cuando se analizaron las subescalas de perfeccionismo y dependencia. Por otro lado, al analizar las diferencias entre los diferentes grupos diagnósticos de la población víctimas del terrorismo y la población general, sí se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de actitudes disfuncionales depresivas en

función de la psicopatología que presentaban las víctimas del terrorismo. Estas diferencias se encuentran tanto respecto al nivel total de actitudes, $F(5, 1226) = 18.47, p < .001$, como respecto a las actitudes de perfeccionismo, $F(5, 1226) = 15.68, p < .001$, y a las actitudes de dependencia, $F(5, 1226) = 13.17, p < .001$. En concreto, los resultados muestran que, por un lado, aquellas víctimas con trastornos depresivos, con TEPT o con la comorbilidad TEPT + trastorno depresivo (M ajustada = 52.0, 51.68 y 53.47, respectivamente) presentan más actitudes disfuncionales depresivas generales que la población general (M ajustada = 40.97). De la misma manera, presentan niveles más elevados de actitudes disfuncionales depresivas ligadas a perfeccionismo y dependencia.

Por último, en contra de lo esperado, las víctimas sin trastorno muestran menos actitudes disfuncionales depresivas que la población general, aunque esa diferencia no fue estadísticamente significativa (M ajustada = 38.83, y 40.18, respectivamente). El mismo efecto aparece en las subescalas de perfeccionismo y dependencia.

Figura 7. Puntuaciones medias de la DAS-A-R en su puntuación global y las subescalas de perfeccionismo y dependencia en función de la muestra de población y víctimas del terrorismo clasificadas según el grupo diagnóstico



Capítulo 10:

Discusión

En primer lugar, cabe destacar la novedad del presente trabajo, dado que, hasta la fecha, tan solo se ha encontrado un estudio piloto previo y muy reciente (Fausor et al., 2021) que haya estudiado específicamente la relación de las actitudes disfuncionales depresivas con el estrés postraumático en víctimas de terrorismo y tan solo cuatro estudios que hayan estudiado esa relación en víctimas de otros acontecimientos traumáticos, todos los cuales, como se ha expuesto con detalle en la parte teórica de esta tesis doctoral, presentan importantes limitaciones metodológicas. En consecuencia, y dado que la presente tesis ha tratado de superar las limitaciones metodológicas de la escasísima literatura científica previa y ha ampliado el estudio piloto de Fausor et al. (2021) al contar con una muestra de participantes más grande y al abordar nuevos objetivos científicos, el estudio empírico incluido en esta tesis doctoral ha permitido, por primera vez, un estudio más en profundidad de la relación entre actitudes disfuncionales depresivas y estrés postraumático.

El primer objetivo de la presente tesis doctoral era examinar la relación de las actitudes disfuncionales depresivas con la sintomatología de estrés postraumático y la sintomatología depresiva en víctimas del terrorismo. Los resultados correlacionales señalan que además de existir una relación pequeña, positiva y significativa entre ciertas variables sociodemográficas y las actitudes disfuncionales depresivas que indican, en concreto, que ser soltero está relacionado con tener más actitudes disfuncionales depresivas globales y de perfeccionismo y ser hombre lo está con niveles más elevados de actitudes disfuncionales de perfeccionismo, también existen relaciones positivas y moderadas de la sintomatología depresiva, de ansiedad y de estrés postraumático y del número de episodios depresivos con tres medidas de actitudes disfuncionales depresivas, una global y otras dos relacionadas con las actitudes de perfeccionismo y de dependencia. Este resultado es consistente con los del único estudio previo que relaciona las actitudes

disfuncionales depresivas y los síntomas de estrés postraumático (Fodor Kiga y Perczel Forintos, 2013), aunque en una pequeña muestra de pacientes con TEPT ($N = 22$) que fueron víctimas de otros acontecimientos traumáticos. Sin embargo, el presente trabajo amplía los resultados de ese estudio, ya que además de encontrar esas correlaciones, se examinó, mediante análisis de regresión múltiple, la relación específica de las variables mencionadas controlando el papel que pudieran estar desempeñando el resto de variables.

En el presente trabajo, tras analizar la relación específica de las variables que presentaban una relación significativa con las actitudes disfuncionales y controlar su efecto, se encontró que un nivel más elevado de sintomatología depresiva y ser hombre estaban asociados, por ese orden de importancia, a un mayor nivel de las actitudes disfuncionales depresivas globales. Por otro lado, se encontró, además, que al analizar los datos sin incluir la sintomatología ansiosa, la sintomatología de estrés postraumático también parecía estar asociada de manera independiente de la sintomatología depresiva a las actitudes disfuncionales depresivas globales, aunque siempre por detrás de la sintomatología depresiva y del sexo en la magnitud de su relación con las actitudes disfuncionales depresivas.

Estos resultados ponen de relevancia, pues, que, a la hora de explicar las diferencias individuales en actitudes disfuncionales, parece que: (1) el peso importante recae sobre la sintomatología depresiva una vez controlado el efecto de los otros síntomas emocionales; (2) las actitudes disfuncionales depresivas no guardan relación con los síntomas de ansiedad, una vez controlado el efecto de los síntomas depresivos y de estrés postraumático, y (3) la sintomatología de estrés postraumático guarda una cierta relación con las actitudes disfuncionales depresiva independientemente del efecto de la sintomatología depresiva. Estos hallazgos son relevantes para la hipótesis de la especificidad de contenido que teorizó Beck al indicar que “el esquema que se activa es

el que postula la respuesta afectiva” (Beck, 1967, p 288), por lo que según la hipótesis cada trastorno tendría un perfil cognitivo específico cuyo contenido difiere del de otros trastornos psicológicos (Beck y Clark, 1988). En este caso, y coherentemente con dicha hipótesis, en la población víctimas de terrorismo coincide que la sintomatología depresiva es la variable más importante para explicar la varianza de las actitudes disfuncionales depresivas. También, de forma coherente con dicha hipótesis, la sintomatología de ansiedad no guarda ninguna relación significativa con las actitudes disfuncionales depresivas una vez que se controla el efecto de la sintomatología depresiva. Sin embargo, y, en principio, contrariamente a la hipótesis de especificidad de contenido de Beck, la sintomatología de estrés postraumático también mostró una relación significativa con las actitudes disfuncionales depresiva incluso tras controlar el efecto de la sintomatología depresiva. Sin embargo, dado el solapamiento sintomatológico que existe entre los constructos de depresión y estrés postraumático, solapamiento que se supone mayor desde la perspectiva del DSM-5, quizá ese hallazgo de una relación entre sintomatología de estrés postraumático y actitudes disfuncionales depresivas independientemente de la sintomatología depresiva no sea un problema de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck si no de la forma en que se conceptualiza la depresión y el estrés postraumático y, en este sentido, dicho hallazgo sea coherente con la hipótesis de la especificidad de contenida en la medida en que refleja dicho solapamiento sintomatológico. Sobre este tema se volverá más adelante.

En cualquier caso, y en la misma línea de lo expuesto en referencia a la relación entre sintomatología emocional y actitudes disfuncionales en el marco de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck, estudios como el de Hankin et al. (2004) encontraron que la vivencia de eventos negativos son un factor de riesgo general y que la relación entre la sintomatología y las actitudes es específica, ya que en su estudio, Harkin

et al. (2004) hallaron que la interacción de esos eventos negativos con las actitudes disfuncionales depresivas predecía la sintomatología depresiva, pero no así la ansiosa, y tanto cinco semanas después de que hubiesen ocurrido los eventos negativos como, incluso, dos años después. No obstante, y como se mencionara también en el apartado de limitaciones del presente estudio, en el campo de las víctimas de terrorismo sería necesario poder realizar estudios de seguimiento, longitudinales o experimentales que permitan poder comprobar cómo se mantiene la relación entre actitudes disfuncionales depresivas y sintomatología depresiva o de estrés postraumático a lo largo del tiempo, tal y como formularon Hankin et al. (2004) para la sintomatología depresiva, y, a su vez, permitan también comprobar una posible relación de causa-efecto entre las actitudes disfuncionales y la sintomatología emocional, ya que el presente proyecto de tesis se basa en un diseño transversal que no puede dar respuesta a esta cuestión.

Por otro lado, es interesante señalar, además, que en la presente tesis doctoral la relación entre actitudes disfuncionales depresivas y sintomatología depresiva o de estrés postraumático se ha evidenciado no solo en relación con una medida global de las actitudes disfuncionales depresivas, sino también en relación con medidas específicas de tipos distintos de actitudes disfuncionales depresivas. Este hallazgo es relevante para la literatura científica sobre la importancia del estudio de las actitudes disfuncionales específicas. Ya en 1995, Brown y su equipo encontraron que las actitudes disfuncionales perfeccionistas como “mi vida no tiene sentido si no tengo éxito”, pero no otro tipo de actitudes disfuncionales depresivas, predecían la sintomatología depresiva en una muestra de 72 estudiantes universitarios tras obtener sus primeras calificaciones académicas universitarias (Brown et al., 1995). El presente estudio aporta, de manera novedosa, resultados sobre las subescalas de la DAS-A-R que permiten una mejor apreciación del perfil cognitivo de la persona, ya que, como señalaba Sanz (1993, p. 149), las subescalas

“evalúan grupos específicos de actitudes disfuncionales temáticamente más homogéneos” y permiten una evaluación más adecuada de las diferencias entre la depresión y otros constructos psicopatológicos como, por ejemplo, la ansiedad o el TEPT. En concreto, la presente tesis arroja información sobre las actitudes disfuncionales más específicas de perfeccionismo o evaluación del rendimiento y de dependencia.

La inclusión de las subescalas resulta novedosa con respecto a los cuatro estudios que relacionan actitudes disfuncionales y las consecuencias postraumáticas tras un evento traumático, ya que o bien no examinaron el papel de las subescalas de actitudes disfuncionales depresivas o bien no encontraron resultados significativos al respecto (Akbaba Turkoglu et al., 2015; Çakır et al., 2014; Fodor Kiga y Perczel Forintos, 2013; Platt y Freyd, 2012). Los resultados de la presente tesis doctoral muestran que: (1) un nivel más elevado de sintomatología depresiva y ser hombre estaban asociados, por ese orden de importancia, a un mayor nivel de actitudes disfuncionales depresivas de perfeccionismo; y (2) a mayor nivel de sintomatología depresiva, mayor nivel de actitudes disfuncionales de dependencia. Por otro lado, además se encontró que al analizar los datos sin incluir la sintomatología ansiosa, la sintomatología de estrés postraumático también parecía estar asociada con las actitudes disfuncionales de perfeccionismo y de dependencia, aunque siempre por detrás de las variables de sintomatología depresiva y de sexo en cuanto a la magnitud de sus relaciones con dichas actitudes. Estos hallazgos resaltan, de nuevo, la hipótesis de la especificidad de contenido cognitivo relacionada con la sintomatología emocional expuesta por Beck (1967; Beck y Clark, 1988). Estos datos además, favorecen nuevas líneas de investigación que tengan en cuenta, además de las actitudes depresivas, actitudes de contenido específico relacionadas con el estrés postraumático en el que se pueda esclarecer el papel de unas y otras en el cuadro de estrés postraumático.

Asimismo, los resultados encontrados sobre la relación entre la sintomatología de estrés postraumático, la sintomatología depresiva y las actitudes disfuncionales depresivas resultan relevantes dado que constatan, en esta muestra y a nivel cognitivo, el solapamiento existente entre las definiciones sintomáticas de TEPT y TDM en el manual DSM-5. Cabe resaltar en esta dirección que, la definición del TEPT en el nuevo manual DSM-5 incluye, entre sus criterios diagnósticos sintomáticos, alteraciones cognitivas negativas que resultan similares a los síntomas cognitivos negativos que definen el TDM según tanto el DSM-5 como su anterior versión, el DSM-IV (p. ej., pensamientos negativos sobre el yo que incluyen sentimientos excesivos de inutilidad o culpabilidad). En ese sentido, el hecho de que en el presente estudio se haya explorado la relación entre las actitudes disfuncionales depresivas y un cuestionario de sintomatología de estrés postraumático, la PCL-5, que contiene dos ítems que miden específicamente creencias negativas sobre uno mismo, los demás o el mundo, o sobre la culpabilidad, puede conllevar la existencia de solapamiento de síntomas en los instrumentos utilizados. Sin embargo, y en pro de esclarecer esta cuestión, en este estudio también se realizaron los análisis con una versión del instrumento de sintomatología de estrés postraumático, la PCL-16, que incluía los síntomas comunes a la PCL-S y la PCL-5 y que, por tanto, excluía no contenía los ítems que evalúan esas creencias. Precisamente, los resultados obtenidos con la PCL-16 fueron similares a los obtenidos con la PCL-5 tanto en relación con la medida de las actitudes disfuncionales depresivas globales como con las dos medidas de las actitudes disfuncionales depresivas más específicas, esto es, las subescalas de las actitudes disfuncionales de perfeccionismo y de dependencia.

En algún caso y al hilo de lo mencionado, se podría entender que también pudiera existir un solapamiento entre las medidas de síntomas utilizadas: el BAI, la PCL y el BDI. Los datos de colinealidad de los análisis de regresión no son indicadores de problemas

graves de multicolinealidad en relación con las medidas de síntomas utilizados, aunque no descartan que exista un cierto solapamiento sintomático entre dichas medidas. En ese sentido, cabe destacar que la coincidencia sintomática también aparece a nivel diagnóstico cuando se habla de TDM, TEPT o trastornos de ansiedad. Es decir, existen síntomas que aparecen en las definiciones diagnósticas de los tres tipos de trastornos o al menos en dos de ellos, lo que implica que los diagnósticos no son puros. De hecho, en la dirección de evitar los solapamientos es en la que apunta la CIE-11 de la OMS (2021) al definir el cuadro de TEPT a partir de los tres grupos de síntomas nucleares del trastorno que lo distinguen de otros trastornos emocionales y no se solapan con los síntomas de estos últimos. Así, en la CIE-11, el TEPT se caracteriza por los siguientes síntomas: 1) volver a experimentar el acontecimiento traumático en el presente en forma de vívidos recuerdos intrusivos, *flashbacks* o pesadillas; 2) evitar pensamientos y recuerdos del acontecimiento traumático, o evitar actividades, situaciones o personas que recuerden el acontecimiento, y 3) percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada que se reflejarían, por ejemplo, en hipervigilancia o en una reacción de sobresalto aumentada ante cualquier estímulo inocuo. Quizá los datos encontrados y la polémica existente puedan dar pie a líneas de investigación futuras centradas en el estudio de los síntomas puros de cada trastorno.

El segundo objetivo de la presente tesis doctoral planteaba un acercamiento categorial a la cuestión de la relación entre actitudes disfuncionales depresivas y estrés postraumático, en concreto, un acercamiento con el fin de conocer la relación específica de las actitudes disfuncionales depresivas con los cuadros psicopatológicos de TEPT, trastornos depresivos, con la comorbilidad entre ambos, con otros trastornos emocionales (de ansiedad) y con la ausencia de diagnósticos psicopatológicos. Los resultados de este estudio reflejan que existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de

actitudes disfuncionales depresivas en función de la psicopatología que presentaban las víctimas del terrorismo tanto en el nivel total de actitudes como en las actitudes ligadas a perfeccionismo y a dependencia.

En concreto, los resultados de la presente tesis doctoral muestran que: (1) las víctimas del terrorismo con trastorno depresivo o TEPT presentan más actitudes disfuncionales depresivas que las víctimas sin trastorno; (2) las víctimas que presentan la comorbilidad TEPT + trastorno depresivo presentan una media de actitudes disfuncionales depresivas mayor, aunque estadísticamente similar, que la de las víctimas con un único diagnóstico tanto de trastorno depresivo como de TEPT; (3) el nivel de actitudes disfuncionales tanto globales como específicas de perfeccionismo y dependencia es muy similar en todos los grupos que presentan algún trastorno emocional, y (4) las víctimas del terrorismo con cualquier trastorno psicopatológico emocional presentan niveles de actitudes disfuncionales depresivas significativamente por encima del nivel que presentan las víctimas sin trastorno.

La clara diferencia entre el nivel de actitudes disfuncionales depresivas entre las personas con y sin psicopatología, ponen de manifiesto, en general, que los procesos cognitivos tienen una gran importancia en la singularidad de la respuesta al trauma y también en la definición de un hecho como traumático (Boals, 2018). Sin embargo, la respuesta personal al hecho traumático, más allá de señalar las diferencias individuales también recoge la necesidad de identificar los factores de vulnerabilidad que puedan conllevar el desarrollo de psicopatología incluso años después, factores entre los cuales se podría incluir la presencia de actitudes disfuncionales depresivas. De hecho, la teoría cognitiva de Beck describe que con la sucesión de acontecimientos vitales se van asociando experiencias a reglas de funcionamiento y se van desarrollando esquemas o actitudes disfuncionales, entendidas como “patrones cognitivos estables que son la base

para transformar los datos en cogniciones” (Beck et al., 1983 p. 20). La elaboración cognitiva y el contenido que se genera a lo largo de nuestras experiencias determinan, por tanto, el significado y el valor que esa persona da a sus experiencias cotidianas. Por ello, las actitudes disfuncionales constituirían la vulnerabilidad que contribuiría junto con otros factores etiológicos como la vivencia de un hecho estresante, por ejemplo, la vivencia de un atentado terrorista, al desarrollo de la psicopatología.

Los resultados hallados en la presente tesis doctoral indicarían que, según los criterios DSM-IV que recoge la SCID-I VC, instrumento utilizado en la presente investigación para realizar los diagnósticos psicopatológicos, no habría diferencias en actitudes disfuncionales depresivas tanto si las víctimas presentan un cuadro depresivo como si presentan un cuadro de estrés postraumático y tampoco habría diferencias entre un cuadro único y la comorbilidad entre ambos, en contra de lo esperado.

Por un lado, estos hallazgos pueden hacer pensar en que el mencionado factor cognitivo pueda ser uno de los componentes comunes entre ambas categorías diagnósticas que se hipotetizaba al señalar la alta comorbilidad TEPT + TDM que existe en la población de víctimas de terrorismo, comorbilidad que oscila entre 8.6% (Shear et al., 2006) y 47.3% (Gillespie et al., 2002). Pero también, el mismo hecho de que no exista una diferencia clara en actitudes disfuncionales depresivas entre el grupo de trastorno depresivo y el de TEPT, junto con el resultado de que el grupo de comorbilidad no tenga mayores niveles que el grupo con TEPT, y que tampoco se diferencien de otros trastornos de ansiedad, podría contradecir en parte lo que presupone la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck en su teoría cognitiva de la depresión que predeciría que precisamente en las víctimas con trastorno depresivo las actitudes disfuncionales depresivas medidas por la DAS-A-R serían especialmente elevadas. Sin embargo, cabe destacar que a nivel sintomatológico en este estudio se han encontrado niveles

clínicamente moderados-graves de sintomatología depresiva en el grupo de víctimas con comorbilidad TEPT + TDM y niveles moderados en el grupo de víctimas con TEPT y similares al nivel de sintomatología depresiva del grupo de víctimas con TDM, datos, todos ellos, que indicarían una elevada presencia de síntomas relacionados con el estado de ánimo en el cuadro postraumático. El estudio de Castro y Pérez (2004) concluyó que las actitudes disfuncionales depresivas discriminan bien casos de depresión y no depresión cuando se utiliza el BDI para evaluar la sintomatología depresiva. En tal caso, las puntuaciones altas en sintomatología depresiva son las que están relacionadas con las actitudes disfuncionales depresivas. En el caso de los grupos psicopatológicos de la muestra de víctimas de terrorismo de la presente tesis doctoral, las puntuaciones en sintomatología depresiva se encuentran precisamente elevadas en todos los grupos. Por lo que la intensidad sintomática encontrada junto con la relación independiente que mantiene la sintomatología depresiva con las actitudes disfuncionales depresivas en otros estudio así como la similitud en el nivel de actitudes disfuncionales entre los grupos que presentan psicopatología en la presente tesis doctoral pueden sugerir la relevancia de medir las actitudes disfuncionales depresivas especialmente en personas que presenten sintomatología depresiva.

Por tanto, los resultados del presente estudio también apoyan parcialmente la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck, aunque sugieren la necesidad de refinar sus propuestas respecto a las actitudes disfuncionales que son comunes y específicas de cada trastorno psicológico o la necesidad de revisar las actitudes disfuncionales supuestamente específicas de la depresión que contiene la DAS-A o ambas necesidades.

Además, los datos relativos a la similitud en el nivel de cualquier tipo de actitudes disfuncionales depresivas entre los grupos diagnósticos contrastan con otros estudios

previos que indicaban que los sujetos depresivos, en comparación a los ansiosos, podrían sobre todo exhibir más actitudes excesivamente perfeccionistas acerca de sí mismos, más actitudes inapropiadas para determinar las vulnerabilidades o debilidades distintivas de uno mismo y más actitudes de dependencia (p. ej., Clark, Beck y Stewart, 1990; Sanz y Avia, 1993, Estudio 4).

Por su parte, la similitud entre los grupos con trastornos depresivos, con TEPT y con otros trastornos emocionales, entre los que se incluyen los trastornos de ansiedad, resultan sorprendentes en el marco de la citada teoría y además difieren de los datos encontrados en el estudio Fausor et al. (2021) que encontraron que las víctimas con TEPT o con TEPT + TDM presentaban niveles más elevados de actitudes disfuncionales depresivas de logro-perfeccionismo que las víctimas con otros trastornos emocionales distintos al TEPT o al TDM. En ese sentido, el estudio mencionado no diferencia por cuestiones metodológicas relacionados con el pequeño tamaño muestral el diagnóstico de TEPT y el diagnóstico de trastorno depresivo, haciendo comparaciones entre tres grupos, un grupo con TEPT, TDM o TEPT y TDM frente a un segundo grupo con otros diagnósticos distintos a los anteriores y frente a un tercer grupo sin ningún diagnóstico, cuestión que en este estudio sí se ha examinado con más detalle al crear cinco grupos diagnósticos diferenciados, aunque esta diferenciación haya conllevado examinar grupos con un número menor de participantes. Lo que da a entender que quizá, en su conjunto, sí hay diferencias con otros trastornos, pero al diferenciar cada cuadro, según los resultados de esta presente investigación, tanto los cuadros psicopatológicos ligados a depresión o estrés postraumático como los de ansiedad (agrupados como otros diagnósticos) presentarían un nivel similar de actitudes disfuncionales.

Por otro lado, y continuando con lo mencionado, habría que tener en cuenta el hecho de que en este estudio se ha evaluado el diagnóstico utilizando la entrevista diagnóstica

SCID-I VC que ofrece los diagnósticos DSM-IV y no recoge las novedades aportadas por el DSM-5 en cuanto a la inclusión de un criterio diagnóstico sintomático en el que se describen “alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s)”. Como se ha venido comentando, los síntomas cognitivos que señala el DSM-5 serían similares a las cogniciones que Beck, en su teoría cognitiva de la depresión, denomina “triada cognitiva negativa”. Por lo que, aunque en este estudio se ha contemplado el análisis sintomatológico con y sin el síntoma referido a las creencias y los resultados de ambos análisis han sido similares, sería interesante poder contrastar los datos con un instrumento diagnóstico que incluya los nuevos criterios diagnósticos del DSM-5.

Por último, el tercer objetivo de la presente tesis doctoral tenía como fin conocer si existen diferencias entre el nivel de actitudes disfuncionales depresivas de las víctimas del terrorismo en comparación con el nivel de la población general. Los resultados obtenidos indican que: (1) de manera general no existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de actitudes disfuncionales depresivas entre las víctimas del terrorismo y la población general; (2) sin embargo, sí aparecen diferencias entre los grupos de víctimas con trastorno depresivo, TEPT o TEPT + trastorno depresivo en comparación a las personas de la población general, de manera que las víctimas con dichos trastornos presentan niveles más elevados de actitudes disfuncionales depresivas que las personas de la población general; y (3) las víctimas sin diagnóstico presentan niveles similares de actitudes disfuncionales depresivas globales y ligadas a perfeccionismo y dependencia que la población general.

Las diferencias entre los grupos con trastorno depresivo, TEPT, TEPT + trastorno depresivo de la población víctimas del terrorismo y la población general van en consonancia con los resultados encontrados en el estudio de Platt y Freyd (2012), que

señalaban que el hecho de vivir acontecimientos traumáticos estaba relacionado con presentar mayores niveles de actitudes disfuncionales depresivas, aunque en este caso la muestra utilizada no era de víctimas de terrorismo sino de estudiantes universitarios; además reflejan el impacto cognitivo que supone pasar por una experiencia traumática como puede ser un atentado terrorista, ya que se sabe que cuando una persona experimenta en sí misma o en un ser querido la experiencia de un evento traumático, los esquemas cognitivos básicos se modifican (Janoff-Bulman, 1992).

Además, parece que las diferencias encontradas entre los mencionados diagnósticos y los grupos de víctimas sin diagnóstico y de la población general, apuntan por un lado a que aunque el TEPT sea diagnosticado con los criterios del DSM-IV, que son en los que se basa la entrevista diagnóstica SCID-I VC utilizada en la presente investigación, las víctimas con trastorno depresivo, TEPT o con TEPT + trastorno depresivo presentan alteraciones cognitivas negativas, tal y como apunta el nuevo manual diagnóstico DSM-5. Y por otro lado, al encuadrarlo dentro de la teoría cognitiva de Beck, que indica que las alteraciones cognitivas negativas son producto de la activación de actitudes disfuncionales, se entienden también los resultados encontrados en los que las víctimas con trastorno depresivo, TEPT o con TEPT + trastorno depresivo presentan niveles mayores de alteraciones cognitivas negativas que aquellas que no presentan diagnóstico, resultados que contradicen el sorprendente hallazgo del estudio de Akbaba Turkoglu et al. (2015) en el que el grupo control, de voluntarios sanos, presentaba un mayor nivel de actitudes disfuncionales depresivas que el grupo de pacientes depresivos.

Por último, es interesante señalar que las víctimas de terrorismo sin diagnóstico y las personas de la población general nos mostraban diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sus niveles de actitudes disfuncionales depresivas, y que, en todo caso, había menos actitudes disfuncionales depresivas globales y específicas de

perfeccionismo y dependencia en las víctimas del terrorismo sin diagnóstico, aunque la diferencia con la población general no resultara estadísticamente significativa. Estos resultados apuntan a la necesidad de investigar los recursos de afrontamiento y la elaboración cognitiva de las víctimas de terrorismo que no presentan diagnóstico psicopatológico. No hay que olvidar que la mayoría de las personas que sufren un atentado terrorista no desarrollarán trastornos mentales como consecuencia de los atentados terroristas y conseguirán recuperarse sin secuelas psicopatológicas significativas (García-Vera y Sanz, 2016). La literatura científica indica que habrá personas que tras la experiencia de un atentado terrorista logren mantener un equilibrio sin que otras áreas de su vida se vean afectadas, es decir, desarrollarán procesos de resiliencia (Poseck et al., 2006). Incluso habrá personas que serán capaces de encontrar aspectos positivos de la vivencia de la experiencia adversa, por ejemplo, identificando aprendizajes nuevos o valorando más ciertas áreas de su vida. Estas personas que pueden identificar beneficios tras haber pasado por una experiencia traumática experimentan un proceso de crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun, 2004), lo que subraya la importancia de realizar investigaciones específicas a este respecto con el fin de conocer los mecanismos que subyacen y que contribuyen, tras un acontecimiento traumático, a la menor presencia de psicopatología y de actitudes disfuncionales e, incluso, a la presencia de beneficios psicológicos.

10.1. Limitaciones de este estudio

Los resultados y conclusiones que se han expuesto previamente sobre la relación entre actitudes disfuncionales depresivas y sintomatología de estrés postraumático y sobre la presencia de las actitudes disfuncionales depresivas en el TEPT y en otros diagnósticos

psicopatológicos deben matizarse teniendo en cuenta algunas limitaciones reconocidas del presente estudio que cabe mencionar.

En primer lugar, cabe señalar las muestras de participantes. Ambas muestras, tanto la población de víctimas de atentados terroristas como la de población general de la Comunidad de Madrid, son muestras de conveniencia, es decir, no fueron seleccionadas por ningún procedimiento aleatorio. La primera se seleccionó con la colaboración de la AVT y la segunda, con la colaboración de estudiantes universitarios mediante la técnica de la bola de nieve. Estas limitaciones de muestreo ponen de manifiesto la necesidad de contemplar algunas cautelas a la hora de generalizar los resultados hallados y la necesidad de replicarlos. No obstante, no hay que obviar que la AVT es la asociación de víctimas del terrorismo mayoritaria en España y que cuenta con más de 4 800 asociados entre personas heridas en un atentado y familiares directos de personas fallecidas o heridas en un atentado (Asociación Víctimas del Terrorismo, 2021). En España, a fecha de 15 de septiembre de 2017, la Subdirección General de Ayudas a Víctimas del Terrorismo y de Atención Ciudadana del Ministerio de Interior de España (2017) tenía reconocidas oficialmente como víctimas del terrorismo a 13 446 personas, excluyendo las 1 431 personas fallecidas en atentado terrorista reconocidas oficialmente como víctimas e incluyendo a 4 819 personas heridas en atentados terroristas y a 4 698 familiares de primer grado de las personas fallecidas en atentado terrorista. Sobre la base del número de familiares de primer grado de las personas fallecidas en atentado y teniendo en cuenta el número de personas heridas en atentados terroristas, se podría estimar en 15 821 personas el número de familiares de primer grado de las personas heridas en atentados terroristas, por lo que, sumando este número al número de víctimas oficialmente reconocidas señalado anteriormente, se podría calcular que en España hay un total aproximado de 25 407 víctimas del terrorismo, incluyendo heridos, familiares de

fallecidos y familiares de heridos. Por tanto, aunque una muestra de víctimas reclutada entre los miembros de la AVT no supone la selección aleatoria de una muestra de la población de víctimas del terrorismo de España, hay que reconocer que las víctimas asociadas a la AVT suponen un porcentaje importante (18.9%) del número total de la población de víctimas del terrorismo de España.

En segundo lugar, el presente estudio responde a un diseño transversal, lo que supone que más allá de constatar la relación de las actitudes disfuncionales depresivas con el TEPT y la sintomatología depresiva, no es posible concluir nada sobre la relación causa y efecto. En esta dirección, sería interesante que futuras investigaciones pudieran replicar este estudio teniendo en cuenta diseños metodológicos que pudieran arrojar más información sobre la relación de las actitudes disfuncionales depresivas con la sintomatología depresiva y con el TEPT. Por ejemplo, mediante diseños de corte longitudinal que permitieran conocer si las actitudes disfuncionales suponen un factor de vulnerabilidad en el desarrollo del TEPT o en su mantenimiento.

En tercer lugar, en relación con los instrumentos de evaluación, se ha utilizado la versión breve de la DAS-A, o DAS-A-R de de Graaf et al. (2009), como medida de las actitudes disfuncionales depresivas, instrumento no validado específicamente en víctimas de terrorismo, lo cual podría constituir una limitación de este estudio. Aun así, posiblemente no supone un gran problema dado que, por ejemplo, al comparar las subescalas de la DAS-A-R y las subescalas de la versión completa de la DAS-A, la cual sí ha sido validada específicamente en víctimas españolas del terrorismo (Fausor et al., 2021), se observa que son muy parecidas. De hecho, 9 de los 11 ítems (81.8% de los ítems) de la subescala de perfeccionismo de la DAS-A-R están presentes en la subescala homóloga, la subescala de logro, de la adaptación española de la DAS-A, de manera que 9 de los 13 ítems de esta última subescala (69% de sus ítems) son los mismos que en la

subescala de perfeccionismo de la DAS-A-R. En el caso de la escala de dependencia de la DAS-A-R, todos sus seis ítems (100% de los ítems) forman parte de la subescala homóloga, la subescala de dependencia, de la adaptación española de la DAS-A, de forma que 6 de los 8 ítems de esta última subescala (75% de sus ítems) son los mismos que en la subescala de dependencia de la DAS-A-R.

En cuarto lugar, una limitación igualmente relacionada con los instrumentos tendría que ver con la evaluación específica de las actitudes disfuncionales. Teniendo en cuenta la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck (Beck y Clark, 1988), en especial en su aplicación a las actitudes disfuncionales, hipótesis que, de alguna manera, es compartida por otros autores como Janoff-Bulmann, (1992) cuando subrayan el papel de las actitudes y creencias relacionadas con la experiencia de situaciones traumáticas, hubiera sido deseable administrar un instrumento de medida de creencias disfuncionales ligadas específicamente a la sintomatología de estrés postraumático vinculada a atentados terroristas y, de esta manera, haber podido comparar el peso específico de las actitudes disfuncionales depresivas y de las actitudes disfuncionales traumáticas.

De la misma manera, hubiera sido deseable contar con un instrumento que evaluara de forma específica la resiliencia, el crecimiento postraumático o las fortalezas psicológicas, para así poder ofrecer datos sobre la presencia de estas características entre las víctimas de atentados terroristas sin trastorno mental y que, además, no presentan actitudes disfuncionales depresivas. Ninguno de estos supuestos eran el objeto específico de este estudio y, por tanto, no se tuvieron en cuenta en su momento; no obstante, podría ser interesante plantearlos para investigaciones futuras.

10.2. Implicaciones clínicas

Los resultados encontrados en la presente investigación aportan información relevante para la práctica clínica con víctimas de atentados terroristas.

En primer lugar y aludiendo al proceso de evaluación, cabe reseñar que el uso de test para la evaluación psicológica está recomendado por los Colegios Oficiales de Psicólogos, sin embargo a veces su uso queda relegado debido, en parte, al tiempo necesario para poder completarlos, en especial, por la cantidad de ítems que componen dichos test. Esta investigación aporta la utilidad de usar un instrumento breve, de tan solo 17 ítems, para la detección de las actitudes disfuncionales depresivas que comparado con el uso de la versión original de 40 ítems en el estudio de Fausor et al. (2021) ha arrojado, en parte, resultados similares y, en parte, resultados novedosos, pero también relevantes.

Además, los resultados del estudio empírico de la presente tesis doctoral destacan la importancia de poder hacer seguimiento a las víctimas y atender a los factores de vulnerabilidad que describen los diferentes modelos explicativos, factores entre los cuales se pueden encontrar las actitudes disfuncionales depresivas dado que existe una relación entre la sintomatología de estrés postraumático y depresiva y la presencia de las mencionadas actitudes.

Por otro lado, dado que la presencia del contenido cognitivo depresivo está más presente en los grupos que presentan más psicopatología, los resultados de esta investigación enfatizan la importancia de tener en cuenta ese factor cognitivo. Es decir, los datos obtenidos en la presente tesis doctoral apoyan la relevancia de medir las actitudes disfuncionales depresivas, así como grupos específicos de actitudes disfuncionales temáticamente más homogéneos, en personas que presenten sintomatología depresiva y de estrés postraumático, ya que, como muestran dichos

resultados, existe una relación entre la sintomatología y los productos cognitivos mencionados que además es muy similar en los diagnósticos ansioso-depresivos y postraumático y que no se presenta en las personas que no tienen diagnóstico. Recoger estos datos ayuda al profesional clínico a dibujar un perfil psicológico o psicopatológico completo e individual de la persona a la que atiende y que va más allá del síntoma.

En segundo lugar, las aportaciones de este estudio a su vez abarcan implicaciones en el proceso de intervención terapéutica que cabe mencionar. En esta dirección y al hilo de lo avanzado previamente, la evaluación de recursos cognitivos específicos presentes en las víctimas de atentados terroristas resulta beneficiosa a nivel de intervención, ya que facilita el ajuste de los paquetes de tratamiento validados científicamente para las víctimas de terrorismo incluso a muy largo plazo (Gesteira et al., 2018b). Muchos de los paquetes de intervención enfocados en el trabajo sobre el trauma apuntan, además, a la importancia del trabajo cognitivo como elemento central de la intervención dado que describen que la persistencia del cuadro de TEPT estaría ligada a una valoración negativa de la situación vivida, y a estrategias cognitivo conductuales deficientes que no permiten modificar las valoraciones (Ehlers y Clark, 2000; Gillespie et al., 2002). En este punto, los resultados de la presente investigación permitirán a los terapeutas poder identificar las creencias específicas que novedosamente se han encontrado relacionadas con los cuadros de trastornos depresivos, TEPT y su comorbilidad, como son las actitudes disfuncionales depresivas que presentan las víctimas del terrorismo a las que atienden y poder intervenir sobre ellas en el proceso de tratamiento. En esta dirección, los resultados de una reciente tesis doctoral realizada por uno de los miembros de nuestro equipo de investigación (Reguera, 2021) ilustran los beneficios en la mejora del paciente víctimas de terrorismo que conlleva el trabajo sobre las actitudes disfuncionales depresivas.

En tal caso, el conocimiento de los factores de vulnerabilidad asociados como las actitudes disfuncionales depresivas, además, les permitirá priorizar los objetivos terapéuticos y trabajar directamente sobre las actitudes disfuncionales que presenten con el fin no únicamente de intervenir sobre la sintomatología presente, sino también de intervenir sobre un factor de vulnerabilidad que permita la prevención futura de recaídas o recurrencias en dicha sintomatología.

Por último, el hecho de conocer, gracias a la presente investigación, que las víctimas que no presentan diagnóstico presentan niveles mucho menores de actitudes disfuncionales depresivas, inclusive menores actitudes disfuncionales ligadas a dependencia o perfeccionismo que aquellas que sí presentan algún diagnóstico incluso a muy largo plazo, apunta a la necesidad en la detección rápida de las necesidades psicológicas de las víctimas. De esta manera se podrían establecer programas de detección de los factores de vulnerabilidad con el fin de trabajar en ellos, por ejemplo, a través de talleres desde las propias asociaciones de víctimas, seminarios o charlas psicoeducativas que permitan a las víctimas adecuar el contenido de la propia experiencia vivida y prevenir así la aparición de síntomas que deriven en cuadros psicopatológicos más graves.

10.3. Líneas futuras

Dados los resultados encontrados, se considera de interés seguir esta línea de investigación con el fin de aportar más datos que arrojen información más estable sobre el peso y la presencia de las actitudes disfuncionales depresivas en el estrés postraumático.

Como se ha comentado previamente, sería interesante que futuras investigaciones pudieran replicar este estudio con el fin de mejorar o contemplar otros diseños

metodológicos que pudieran añadir información sobre la relación de las actitudes disfuncionales en el estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas, contemplando, por ejemplo, diseños longitudinales que permiten establecer mejor la dirección de la supuesta causalidad.

Otra de las áreas interesantes a investigar, y dadas las implicaciones clínicas que tiene el presente trabajo, sería conocer si el trabajo sobre las actitudes disfuncionales depresivas mantienen la mejora sintomática de las víctimas tras una intervención cognitivo conductual centrada en el trauma a medio y largo plazo.

Por otro lado, sería interesante poder estudiar pormenorizadamente el citado factor cognitivo en las víctimas que no presentan ningún diagnóstico. Esto es así porque, por un lado, representan un alto porcentaje de población de víctimas del terrorismo. Por ejemplo, en el presente estudio, el 58.8% de las víctimas no presentaba ningún diagnóstico psicopatológico ($n = 404$). Por otro lado, porque su estudio junto con el estudio de otros recursos de afrontamiento u otras características o fortalezas psicológicas como apoyo social o crecimiento postraumático, podría esclarecer la importancia del trabajo con los factores cognitivos y su seguimiento, para así potenciarlo en las personas que desarrollan algún tipo de psicopatología mencionado.

CONCLUSIONES

**Factores cognitivos de vulnerabilidad al estrés postraumático en
víctimas de atentados terroristas:**

Las actitudes disfuncionales depresivas

Capítulo 11:

Conclusiones

Tras el análisis teórico y empírico que se ha realizado en la presente tesis doctoral sobre la relación de las actitudes disfuncionales depresivas con el estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas y sobre su posible papel con factor cognitivo de vulnerabilidad al estrés postraumático, se podría concluir lo siguiente respecto a esta temática:

1. Existe una relación directa moderada entre sintomatología de estrés postraumático y las actitudes disfuncionales depresivas globales y las actitudes relacionadas con perfeccionismo y dependencia en víctimas del terrorismo. Así mismo esa relación también aparece con otras variables emocionales como depresión y ansiedad.
2. Sin embargo, el papel de las actitudes disfuncionales en el cuadro de estrés postraumático no queda del todo claro y podría ser muy secundario, ya que los análisis de regresión apuntan que, a pesar de que esa relación existe e incluso es independiente de la relación que guardan dichas actitudes y dichos síntomas con la depresión, la sintomatología depresiva es la que explica un mayor porcentaje de las diferencias individuales tanto en las actitudes disfuncionales depresivas globales como en las actitudes disfuncionales depresivas específicamente relacionadas con el perfeccionismo y con la dependencia.
3. Los resultados de las comparaciones de grupo apuntan a que las víctimas que que presentan un trastorno mental ansioso, depresivo o de estrés postraumático muestran más actitudes disfuncionales globales y específicas de perfeccionismo y dependencia que las víctimas que no presentan ningún trastorno.
4. No existe una distinción clara en cuanto a sus niveles de actitudes disfuncionales depresivas entre las víctimas del terrorismo que presentan solo

trastorno depresivo, solo TEPT y la comorbilidad de TEPT + trastorno depresivo, todas las cuales muestran niveles similares de cualquier tipo de actitudes disfuncionales depresivas, sean de perfeccionismo o de dependencia.

5. En relación con la sintomatología emocional, en este estudio se han encontrado niveles clínicamente graves de sintomatología depresiva en las víctimas del terrorismo con comorbilidad de TEPT + trastornos depresivo y niveles moderados en las víctimas del terrorismo con solo TEPT que son, además, similares a los que muestran las víctimas del terrorismo con solo trastorno depresivo. Este hallazgo subraya la elevada presencia de síntomas relacionados con el estado de ánimo en el cuadro de estrés postraumático.
6. Las víctimas del terrorismo que presentan un trastorno mental ansioso, depresivo o de estrés postraumático manifiestan más actitudes disfuncionales depresivas que la población general y también más actitudes disfuncionales específicas ligadas a perfeccionismo y dependencia, lo que señala la vulnerabilidad de este colectivo y la necesidad de atender no solo a los síntomas que presentan sino también a factores de riesgo como pueden ser las actitudes disfuncionales depresivas.
7. En comparación con la población general, las víctimas sin trastorno mental asociado presentan niveles similares de actitudes disfuncionales depresivas, tanto en general como específicas de perfeccionismo y dependencia, lo que invita a seguir profundizando en el estudio de los recursos de las víctimas desde un marco de salud, no solo desde la psicopatología.

Referencias

- Adams, S. W., Bowler, R. M., Russell, K., Brackbill, R. M., Li, J. y Cone, J. E. (2019). Ptsd and comorbid depression: social support and self-efficacy in world trade center tower survivors 14-15 years after 9/11. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*, 11(2), 156–164. <https://doi.org/10.1037/tra0000404>
- Adler, A. D., Strunk, D. R. y Fazio, R. H. (2015). What changes in cognitive therapy for depression? an examination of cognitive therapy skills and maladaptive beliefs. *Behavior Therapy*, 46(1), 96–96. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.001>
- Akbaba, T. S., Essizoglu, A., Kosger, F. y Aksaray, G. (2015). Relationship between dysfunctional attitudes and childhood traumas in women with depression. *The International Journal of Social Psychiatry*, 61(8), 796–801. <https://doi.org/10.1177/0020764015585328>
- Alford, B. A., Beck, A. T. y Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. Guilford.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C. y Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of abnormal psychology*, 115(1), 145–156. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.1.145>
- American Psychiatric Association (1983). *Dsm-III : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson

American Psychiatric Association (1988). *Dsm-III-r : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. (Orig. 1994).

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Masson. (Orig. 2000).

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. American Psychiatric Publishing.

Ankri, Y. L. E., Bachar, E. y Shalev, A. Y. (2010). Reactions to terror attacks in ultra-orthodox jews: the cost of maintaining strict identity. *Psychiatry*, 73(2), 190–7. <https://doi.org/10.1521/psyc.2010.73.2.190>

Arce, D. G. (2019). On the human consequences of terrorism. *Public Choice*, 178(3-4), 371–396. <https://doi.org/10.1007/s11127-018-0590-9>

Arnosó, M., Bilbao, M. A., Techio E., Páez, D., Iraurgui, I., Kanyangara, P., Rimé, B., Pérez-Sales, P. Y y Berinstain, C. (2011). Violencia colectiva y creencias básicas sobre el mundo, los otros y el yo. Impacto y reconstrucción. *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*, 247-277.

Asociación Víctimas del Terrorismo. (2021). *Quiénes somos*. <https://avt.org/es/d/avt>

Baldomero, E. B., Arrate, M. L. C., Pérez-Rodríguez, M. M. y Baca-García, E. (2004). Trastornos mentales en las víctimas de atentados terroristas y sus familiares. *Medicina clínica*, 122(18), 681-685.

- Bar-Haim, Y., Holoshitz, Y., Eldar, S., Frenkel, T. I., Muller, D., Charney, D. S., Pine, D. S., Fox, N. A. y Wald, I. (2010). Life-threatening danger and suppression of attention bias to threat. *The American Journal of Psychiatry*, *167*(6), 694–8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09070956>
- Barco, D. I. (2010). Entre el 11-S y el 11-M: El terrorismo fundamentalista a principios del siglo XXI. In *Novísima: II Congreso Internacional de Historia de Nuestro Tiempo* (pp. 97-112). Universidad de La Rioja.
- Barlow, D. H., Raffa, S. D. y Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder.
- Barnett, P. A. y Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological bulletin*, *104*(1), 97.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, *9*(4), 324-333.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1971). Cognition, affect, and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, *24*(6), 495-500.
- Beck, A. T. (1979a). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Beck, A. T. (1979b). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.

- Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. En S. Rachman y J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91–109). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, *62*(9), 953-959.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée De Brouwer.
- Beck, A. T. y Alford, B. A. (2014). Depression : causes and treatment (Second). University of Pennsylvania Press. <https://doi.org/10.9783/9780812290882>
- Beck, A. T. y Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, *4*(4), 596-619.
- Beck, A. T. y Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, *62*, 397-409.
- Beck, A. T. y Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 1-24.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A. y Weissman, A. N. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychological Assessment*, *3*(3), 478-483. <https://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.3.3.478>
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I. y Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*(3), 179.

- Beck, A. T., Davis, D. D. y Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw B., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Pearson Educación.
- Beck, A. T., y Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research*, *1*(1), 23–36.
<https://doi.org/10.1080/10615808808248218>
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española de Sanz, J.). Pearson Educación.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. J. Clayton, y J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression. Old controversies and new approaches* (pp 265-284). New York: Raven Press.
- Beck, C. D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad* Brouwer DD, editor. *EEUU: Brouwer*,

- Beck, J. G., Jacobs-Lentz, J., Jones, J. M., Olsen, S. A. y Clapp, J. D. (2014). Understanding posttrauma cognitions and beliefs. *Facilitating Resilience and Recovery Following Trauma*, , 167-190.
- Beevers, C. G., Strong, D. R., Meyer, B., Pilkonis, P. A. y Miller, I. R. (2007). Efficiently assessing negative cognition in depression: an item response theory analysis of the Dysfunctional Attitude Scale. *Psychological assessment*, *19*(2), 199–209. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.199>
- Berninger, A., Webber, M. P., Niles, J. K., Gustave, J., Lee, R., Cohen, H. W., Kelly, K., Corrigan, M. y Prezant, D. J. (2010). Longitudinal study of probable post-traumatic stress disorder in firefighters exposed to the World Trade Center disaster. *American Journal of Industrial Medicine*, *53*(12), 1177-1185.
- Blackburn, I. M., Jones, S. y Lewin, R. (1986). Cognitive style in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, *25*(4), 241-251.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A. y Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(1), 125.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. y Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey. *The American Journal of Psychiatry*, *151*(7), 979–86.

- Bleich, A., Gelkopf, M. y Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in israel. *Jama*, 290(5), 612–20.
- Boals, A. (2018). Trauma in the eye of the beholder: Objective and subjective definitions of trauma. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 77-89. <https://dx.doi.org/10.1037/int0000050>
- Bomyea, J., Risbrough, V. y Lang, A. J. (2012). A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 630-641. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.008>
- Bowler, R. M., Harris, M., Li, J., Gocheva, V., Stellman, S. D., Wilson, K., Alper, H., Schwarzer, R. y Cone, J. E. (2012). Longitudinal mental health impact among police responders to the 9/11 terrorist attack. *American Journal of Industrial Medicine*, 55(4), 297-312.
- Bremner, J. D., Randall, P., Scott, T. M., Bronen, R. A., Seibyl, J. P., Southwick, S. M., Delaney, R. C., McCarthy, G., Charney, D. S. y Innis, R. B. (1995). Mri-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 973–81.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van, O. M. y Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the icd-11 proposals for diagnosing ptsd and complex ptsd. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>

- Brewin, C. R., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, *103*(4), 670–86. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.103.4.670>
- Brown, G. P. y Beck, A. T. (2002). Dysfunctional attitudes, perfectionism, and models of vulnerability to depression. In G. L. Flett y P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 231–251). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-010>
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G. y Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*(3), 431-435. <https://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.104.3.431>
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G. y Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*(3), 431–5. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.104.3.431>
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G., y Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*(3), 431-435. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.104.3.431>
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B. y Neill, W. T. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, *20*(8), 1041-1065. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00030-6](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00030-6)

- Cakir, U., Gunduz, N., Turan, H., Gules, E. y Aker, T. (2014). Cognitive schemas of women those have major depressive disorder comorbid with sexual trauma related posttraumatic stress disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 15(3), 200–200. <https://doi.org/10.5455/apd.43503>
- Calleja, J. M. (2006). *Algo habrá hecho: odio, muerte y miedo en Euskadi* (Ser. Espasa fórum). Espasa Calpe.
- Calleja, J. M., y Sánchez-Cuenca, I. (2006). *La derrota de ETA, de la primera a la última víctima*. Adhara Publicaciones.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Togal, J. J., González-Ordi, H. y Iruarrizaga, I. (2004). *Los atentados terroristas del 11-M en Madrid: La proximidad de la residencia de las áreas afectadas*. *Ansiedad y Estrés*, 10.
- Carmassi, C., Akiskal, H. S., Yong, S. S., Stratta, P., Calderani, E., Massimetti, E., Akiskal, K. K., Rossi, A. y Dell'Osso, L. (2013). Post-traumatic stress disorder in dsm-5: estimates of prevalence and criteria comparison versus DSM-IV-tr in a non-clinical sample of earthquake survivors. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 843–848. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.020>
- Carro, I. L., Bernal, I. L. y Veá, H. B. (1998). La depresión en Cuba: Validación del inventario de depresión de Beck y de la escala de actitudes disfuncionales en población Cubana. *Avances En Psicología Clínica Latinoamericana*,
- Castro, W. P. y Pérez, L. P. (2004). La predicción diferencial del nivel de depresión por las variables nivel de actividad, actitudes disfuncionales y estilo atributivo en

función de la puntuación y la medida de depresión utilizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 27-53.

Chía-Chávez, E., Bilbao, M. A., Páez, D., Iraurgi, I. y Martín-Beristain, C. (2011). La importancia de los eventos traumáticos y su vivencia: el caso de la violencia colectiva. *Superando La Violencia Colectiva Y Construyendo Cultura De Paz, Madrid: Fundamentos*, , 165-205.

Chioqueta, A. P. y Stiles, T. C. (2006). Factor structure of the dysfunctional attitude scale (form a) and the automatic thoughts questionnaire: an exploratory study. *Psychological Reports*, 99(1), 239–47. <https://doi.org/10.2466/pr0.99.1.239-247>

Chioqueta, A. P. y Stiles, T. C. (2007). Dimensions of the dysfunctional attitude scale (das-a) and the automatic thoughts questionnaire (atq-30) as cognitive vulnerability factors in the development of suicide ideation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(5), 579–589. <https://doi.org/10.1017/S1352465807003803>

Chioqueta, A. P., y Stiles, T. C. (2004). Psychometric properties of the norwegian version of the dysfunctional attitude scale (form a). *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(2), 83–86. <https://doi.org/10.1080/16506070410023951>

Clark, D. A. y Beck, A. T. (1989). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. En Kendall PC, Watson D.(Eds.) *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*.

- Clark, D. A., Beck, A. T. y Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(6), 958. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.6.958>
- Clark, D. A., Beck, A. T. y Stewart, B. L. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99(2), 148-155. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.99.2.148>
- Cobos Redondo, B., Navarro, R., Morán, N., Altungy, P., Gesteira, C., Fausor, R., Reguera, B., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2021). La Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL) en víctimas del terrorismo: análisis comparativo de las propiedades psicométricas de su aplicación telefónica frente a presencial. *Ansiedad y Estrés*, 27(2), 140-148. <https://doi.org/10.5093/anyes2021a19>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2ª ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Combs, C. C. (2017). *Terrorism in the twenty-first century*. Routledge.
- Cone, J. E., Li, J., Kornblith, E., Gocheva, V., Stellman, S. D., Shaikh, A., Schwarzer, R. y Bowler, R. M. (2015). Chronic probable ptsd in police responders in the world trade center health registry ten to eleven years after 9/11. *American Journal of Industrial Medicine*, 58(5), 483–93. <https://doi.org/10.1002/ajim.22446>
- Conejo-galindo, J., Medina, Ó., Fraguas, D., Terán, S., Sainz-cortón, E. y Arango, C. (2007). Psychopathological sequelae of the 11 march terrorist attacks in

madrid. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(1), 28–34. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0758-7>

Conybeare, D., Behar, E., Solomon, A., Newman, M. G. y Borkovec, T. D. (2012). The PTSD Checklist-Civilian Version: reliability, validity, and factor structure in a nonclinical sample. *Journal of clinical psychology*, 68(6), 699–713. <https://doi.org/10.1002/jclp.21845>

COVITE, (2018). Qué es el terrorismo. Una guía didáctica. <https://covite.org/wp-content/uploads/2019/03/Guia-educativa-terrorismo-COVITE-2018.pdf>

Coyne, J. C. y Gotlib, I. (1986). Studying the role of cognition in depression: Well-trodden paths and cul-de-sacs. *Cognitive Therapy and Research*, 10(6), 695-705.

Curran, P. S., Bell, P., Murray, A., Loughrey, G., Roddy, R. y Roche, L. G. (1990). Psychological consequences of the enniskillen bombing. *British Journal of Psychiatry*, 156(4), 479–482. <https://doi.org/10.1192/bjp.156.4.479>

D'Alessandro, D. U. y Burton, K. D. (2006). Development and validation of the dysfunctional attitudes scale for children: tests of beck's cognitive diathesis-stress theory of depression, of its causal mediation component, and of developmental effects. *Cognitive Therapy and Research*, 30(3), 335–353. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9046-5>

de Graaf, L. E., Roelofs, J. y Huibers, M. J. H. (2009). Measuring dysfunctional attitudes in the general population: the dysfunctional attitude scale (form a) revised. *Cognitive Therapy and Research*, 33(4), 345–355. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9229-y>

De la Calle, L. y Sánchez-Cuenca, I. (2004). La selección de víctimas en ETA. *Revista Española De Ciencia Política*, (10), 53-79.

Departamento de Seguridad nacional (DNS). (2019). <https://www.dsn.gob.es/es/actualidad/infografias/atentados-yihadistas-con-victimas-mortales-europa-desde-2015>

Department of State Bureau of Counterterrorism and Countering Violent Extremism. Annex of Statistical Information: Country Reports on Terrorism 2018. <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/10/DSG-Statistical-Annex-2018.pdf>

Development Services Group, Inc. y Global Terrorism Trends and Analysis Center (GTTA), (2019). Annex of Statistical Information: Country Reports on Terrorism 2018. <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/10/DSG-Statistical-Annex-2018.pdf>

DiMaggio, C. y Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: a meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13(5), 559–566. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2005.11.083>

DiMaggio, C., Galea, S. y Li, G. (2009). Substance use and misuse in the aftermath of terrorism. a bayesian meta-analysis. *Addiction*, 104(6), 894–904. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02526.x>

Dolberg, O. T., Barkai, G., Leor, A., Rapoport, H., Bloch, M. y Schreiber, S. (2010). Injured civilian survivors of suicide bomb attacks: from partial PTSD to recovery or to traumatization. Where is the turning point?. *The world journal of biological*

psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry, 11(2 Pt 2), 344–351. <https://doi.org/10.3109/15622970701624579>

Dozois, D. J. A. y Beck, A. T. (2008). In Dobson K. D., DJA (Ed.), *Cognitive Schemas, Beliefs and Assumptions*. Elsevier Academic Press INC. <https://10.1016/B978-0-08-045078-0.00006-X>

Duffy, M., Gillespie, K. y Clark, D. M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial. *Bmj*, 334(7604), 1147. <https://doi.org/10.1136/bmj.39021.846852.BE>

Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M. y McGlashan, T. H. (2006). Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 106–115. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.06.003>

Dykman, B. M. y Johll, M. (1998). Dysfunctional attitudes and vulnerability to depressive symptoms: a 14-week longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 22(4), 337–352. <https://doi.org/10.1023/A:1018705112077>

Ebrahimi, A., Samouei, R., Mousavii, S. G. y Bornamanesh, A. R. (2013). Development and validation of 26-item dysfunctional attitude scale. *Asia-Pacific Psychiatry : Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 5(2), 101-107. <https://http://dx.doi.org/10.1111/appy.12020>

- Echeburúa, E., Del Corral, P. y Amor, P. J. (2004). *Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. Clínica Y Salud. Investigación Empírica En Psicología*, 15(3), 273–292.
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2006). Predictors of Chronic Posttraumatic Stress Disorder: Trauma Memories and Appraisals. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 39–55). The Guilford Press.
- El mundo (2021). La dictadura del terror. https://www.elmundo.es/eta/negociaciones/treguas_eta.html
- Elliot, J., (2019). Del Terror a Napoleón. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/historiayvida/historia-contemporanea/20190719/47314144924/del-terror-a-napoleon.html>
- Europol (2007). European union terrorism situation and trend report 2007 (TE-SAT, 2007). <https://www.europol.europa.eu/content/publication/te-sat-2007-eu-terrorism-situation-trend-report-1467>
- Eysenck, H. J. (1975). The structure of social attitudes. *British Journal of Social y Clinical Psychology*, 14(4), 323–331. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1975.tb00188.x>

Fausor R., García-Vera M.P., Morán N., Cobos B., Navarro R., Sánchez-Marqueses J.M., Gesteira C., Liébana S. y Sanz J (en prensa). Depressive Dysfunctional Attitudes and Posttraumatic Stress in Victims of Terrorist Attacks.

Fausor, R., García-Vera, M. P., Morán, N., Cobos Redondo, B., Navarro, R., Sánchez-Marqueses, J. M., Gesteira, C., Liébana, S., y Sanz, J. (2021). *Depressive dysfunctional attitudes and post-traumatic stress in victims of terrorist attacks*. Manuscrito bajo revisión editorial.

Fausor, R., Sanz-García, A., Morán, N., Sánchez-Marqueses, J. M., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2022). Dysfunctional attitudes in victims of terrorism: validity evidence of the DAS-A. *Psicothema*, 34(1).

Fausor, R., Sanz-García, A., Morán, N., Sánchez-Marqueses, J. M., García-Vera, M. P. y Sanz, J. (en prensa). Dysfunctional attitudes in victims of terrorism: validity evidence of the DAS-A. *Psicothema*.

Fekih-romdhane, F., Chennoufi, L. y Cheour, M. (2017). PTSD and Depression Among Museum Workers After the March 18 Bardo Museum Terrorist Attack. *Community Mental Health Journal*, 53(7), 852-858. <https://http://dx.doi.org/10.1007/s10597-017-0085-z>

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. sage.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I)*. Biometric Research Department.

First, M. B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Gibbon, M. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión Clínica (SCID-I)*. Masson.

- Fleurkens, P., Rinck, M. y van Minnen, A. (2011). Specificity and generalization of attentional bias in sexual trauma victims suffering from posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(6), 783–787. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.03.014>
- Foa, E. B. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. *Review of Psychiatry*, 12, 273-303.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V. y Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 459-473. <https://doi.org/10.1002/jts.2490060405>
- Fodor, K. E. y Perczel Forintos, D. (2013). Dysfunctional attitudes and ways of coping in a clinical sample of PTSD patients. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudomanyos Folyoirata*, 28(1), 5.
- Fonseca, C., Garro, E., Martín, J. A. y Rodríguez-Uribes, J. (2013). Informe sobre la situación procesal de los atentados perpetrados por organizaciones terroristas con resultado de muerte entre 1960 y 2014. Caso vasco.
- Fouladgar, F., Dawood, S. y Khan, N. (2017). Cross-cultural validation of Dysfunctional Attitude Scale. *Pakistan Journal of Clinical and Social Psychology*, 15(1), 11-19.
- Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 548-556. <https://doi.org/10.1002/jts.21840>

Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A. y Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 750-769.
<https://doi.org/10.1002/da.20767>

Fuertes Rocañín, J. C., Martínez Sánchez, O., Gómez Soto, M. C. y de la Gándara Martín, J. (1999). El "síndrome del Norte": ¿mito o realidad? (segunda parte). *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 8, 19-34.

Fundación Miguel Ángel Blanco, (2021). Miguel Ángel Blanco, su vida. Su vida - [Fundación Miguel Ángel Blanco \(fmiguelangelblanco.es\)](http://Fundación Miguel Ángel Blanco (fmiguelangelblanco.es))

Fundación Víctimas del Terrorismo (2019). *Víctimas del terrorismo. Asesinados por ETA, GRAPO y otros grupos y atentados del 11 de marzo*.
<http://www.fundacionvt.org>

Fundación Víctimas del Terrorismo (2020a). *Víctimas del terrorismo. Asesinados por ETA*. <https://fundacionvt.org/victimas-de-eta/>

Fundación Víctimas del Terrorismo (2020b). *Víctimas del terrorismo. Asesinados por GRAPO*. <https://fundacionvt.org/victimas-de-grapo>

Fundación Víctimas del Terrorismo (2020c). *Víctimas del terrorismo. Asesinados por yihadismo*. <https://fundacionvt.org/victimas-yihadismo>

Fundación Víctimas del Terrorismo (2020d). *Víctimas del terrorismo. Asesinados por otros grupos terroristas*. <https://fundacionvt.org/victimas-de-otros-grupos-terroristas>

- Gabriel, R., Ferrando, L., Cortón ES, Mingote, C., García-Camba E, Liria, A. F. y Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist attack: an epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(6), 339–46.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M. y Kilpatrick, D. (2003). Trends of probable post-traumatic stress disorder in new york city after the september 11 terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158(6), 514–24. <https://doi.org/10.1093/aje/kwg187>
- García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2010). *Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas: una revisión de la literatura empírica*. Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2016). *Repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas en las víctimas adultas y su tratamiento: estado de la cuestión*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2017). *Psychopathological consequences of terrorism: the prevalence of post-traumatic stress disorder in victims of terrorist attacks*. Bentham.
- García-Vera, M. P., Sanz, J. y Gutiérrez, S. (2016). *A systematic review of the literature on posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks*. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.

- Gentes, E. L., Dennis, P. A., Kimbrel, N. A., Rissling, M. B., Beckham, J. C. y Calhoun, P. S. (2014). Dsm-5 posttraumatic stress disorder: factor structure and rates of diagnosis. *Journal of Psychiatric Research*, 59, 60–67.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.08.014>
- Gesteira Santos, C. (2016). Eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para trastornos por estrés traumático, depresivos y de ansiedad a largo plazo en víctimas de atentados terroristas. (Tesis doctoral). UCM,
- Gesteira, C., García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2018a). Porque el Tiempo no lo Cura Todo: Eficacia de la Terapia Cognitivo-conductual Centrada en el Trauma para el Estrés. postraumático a muy Largo Plazo en Víctimas de Terrorismo. *Clínica Y Salud*, 29(1), 9-13. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a3>
- Gil, S. (2005). Pre-traumatic personality as a predictor of post-traumatic stress disorder among undergraduate students exposed to a terrorist attack: a prospective study in israel. *Personality and Individual Differences*, 39(4), 819–827.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.03.007>
- Gil, S. y Caspi, Y. (2006). Personality traits, coping style, and perceived threat as predictors of posttraumatic stress disorder after exposure to a terrorist attack: a prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 904-909.
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000242124.21796.f8>
- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A., y Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour research and therapy*, 40(4), 345–357.
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00004-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00004-9)

<https://www.start.umd.edu/gtd/search/Results.aspx?search=y&x=54&y=3>

Gonzalo, D., Kleim, B., Donaldson, C., Moorey, S. y Ehlers, A. (2012). How Disorder-Specific are Depressive Attributions? A Comparison of Individuals with Depression, Post-Traumatic Stress Disorder and Healthy Controls. *Cognitive therapy and research*, 36(6), 731–739. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9429-0>

Greenberg, M. S. y Beck, A. T. (1989). Depression versus anxiety: a test of the content-specificity hypothesis. *Journal of abnormal psychology*, 98(1), 9–13. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.98.1.9>

Greene, T., Itzhaky, L., Bronstein, I. y Solomon, Z. (2018). Psychopathology, risk, and resilience under exposure to continuous traumatic stress: A systematic review of studies among adults living in southern Israel. *Traumatology: An International Journal*, 24(2), 83-103. <https://dx.doi.org/10.1037/trm0000136>

Gutiérrez Camacho, S. (2016). *Prevalencia de trastornos psicológicos en población española víctima de atentados terroristas (Doctoral thesis)*

Gutiérrez, S., Sanz, J., García-Vera, M. P., Gesteira, S., Morán, N., Fausor, R., Cobos, B. y Navarro, R. (2021). *Time doesn't heal all wounds: prevalence of mental disorders in victims of terrorism six to 39 years after attacks*. Manuscrito bajo revisión editorial.

Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N. y Haefffel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive*

Hankin, B. L., Fraley, R. C. y Abela, J. R. Z. (2005). Daily depression and cognitions about stress: evidence for a traitlike depressogenic cognitive style and the prediction of depressive symptoms in a prospective daily diary study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(4), 673–685.

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. y Alonso, J. (2006). *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España*. Elsevier Doyma.

Hautzinger, M., Luka, U. y Trautmann, R. D. (1985). Skala dysfunktionaler Einstellungen—Eine deutsche Version der Dysfunctional Attitude Scale. *Diagnostica*,

Hill, C. V., Oei, T. P. y Hill, M. A. (1989). An empirical investigation of the specificity and sensitivity of the Automatic Thoughts Questionnaire and Dysfunctional Attitudes Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(4), 291–311. <https://doi.org/10.1007/BF00961529>

Hobfoll, S. E., Tracy, M. y Galea, S. (2006). The impact of resource loss and traumatic growth on probable PTSD and depression following terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 867–78. <https://doi.org/10.1002/jts.20166>

Hollon, S. D., Kendall, P. C. y Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of abnormal psychology*, 95(1), 52–59. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.95.1.52>

- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C. y Karatzias, T. (2018). Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and Behavioral Correlates. *Journal of traumatic stress*, 31(2), 174–180. <https://doi.org/10.1002/jts.22272>
- Hyland, P., Shevlin, M., McNally, S., Murphy, J., Hansen, M. y Elklit, A. (2016). Exploring differences between the ICD-11 and DSM-5 models of PTSD: Does it matter which model is used?. *Journal of anxiety disorders*, 37, 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.11.002>
- Ingram, R. E. (1989). Unique and shared cognitive factors in social anxiety and depression: Automatic thinking and self-appraisal. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8(2), 198–208. <https://doi.org/10.1521/jscp.1989.8.2.198>
- Ingram, R. E. y Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. En R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 3–21). Academic Press.
- Ingram, R. E., Miranda, J. y Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. Guilford Press New York.
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2020). <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/10/yfile=02002.px#!tabs-tabla>
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7(2), 113–136. <https://doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.113>

Janoff-Bulman, R. (1999). Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events. *Coping: The Psychology of what Works*, , 305-323. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195119343.003.0014>

Janoff-Bulman, R. (2010). *Shattered assumptions*. Simon and Schuster.

Jolly, J. B. y Dykman, R. A. (1994). Using self-report data to differentiate anxious and depressive symptoms in adolescents: cognitive content specificity and global distress? *Cognitive Therapy and Research*, 18(1), 25–37. <https://doi.org/10.1007/BF02359393>

Katz, D. E., Laposa, J. M., Hawley, L. L., Quigley, L. y Rector, N. A. (2019). Cognitive moderation of cbt: disorder-specific or transdiagnostic predictors of treatment response. *Cognitive Therapy and Research*, 43(5), 803–818. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10009-y>

Kaya, C., Chan, F., Brickham, D., Allen, M., Sari, E., Şanal Mustafa y Topal, T. (2019). Investigating the measurement structure of the turkish version of the dysfunctional attitudes scale-9. *Current Psychology : A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 40(7), 3198–3205. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00252-7>

Keller, F., Kirchner, I. y Pössel, P. (2010). Die Skala dysfunktionaler Einstellungen für Jugendliche (DAS-J). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000054>

Kuester, A., Köhler, K., Ehring, T., Knaevelsrud, C., Kober, L., Krüger-Gottschalk, A., Schäfer, I., Schellong, J., Wesemann, U., y Rau, H. (2017). Comparison of dsm-5

and proposed icd-11 criteria for ptsd with dsm-iv and icd-10: changes in ptsd prevalence in military personnel. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1).

Kwon, S. M. y Oei, T. P. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive therapy and research*, 16(3), 309-328. <https://doi.org/10.1007/BF01183284>

Lewinsohn, P. M., Joiner, T. E., Jr, y Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 110(2), 203–215. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.2.203>

Lobbestael, J., Leurgans, M. y Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical psychology y psychotherapy*, 18(1), 75–79. <https://doi.org/10.1002/cpp.693>

Lowell, A., Suarez-Jimenez, B., Helpman, L., Zhu, X., Duroskey, A., Hilburn, A., Schneier, F., Gross, R. y Neria, Y. (2018). 9/11-related PTSD among highly exposed populations: a systematic review 15 years after the attack. *Psychological medicine*, 48(4), 537–553. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002033>

Lyons H. A. (1971). Psychiatric sequelae of the Belfast riots. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 118(544), 265–273. <https://doi.org/10.1192/bjp.118.544.265>

Macavei, B. (2006) Dysfunctional Attitudes Scale, Form A; norms for the Romanian population. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 6(2), 157-171.

- Macleod, C. (2012). Cognitive bias modification procedures in the management of mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 114–20. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32834fda4a>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van, O. M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B. y Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for icd-11. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (Wpa)*, 12(3), 198–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Mathews, A. y MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual review of clinical psychology*, 1, 167–195. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916>
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González-Ordi, H., Muñoz, M. Y Casado, M. I. (2005). Evolución de las consecuencias psicológicas por los atentados del 11-M. *Ansiedad y estrés*. Vol. 2, 2-4.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, 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*. Vol. 2, 2-4.
- Miller E., LaFree G., Dugan L., (2020). Global Terrorism Database (GTD). <https://www.start.umd.edu/research-projects/global-terrorism-database-gtd>

Ministerio del Interior, 15 de septiembre de 2017.

[http://www.interior.gob.es/documents/10180/1210621/fallecidos_terrorismo_inde
mnizados_02_01_2015.pdf/8e8df51d-947b-462a-a6d8-130e3f4d7f79](http://www.interior.gob.es/documents/10180/1210621/fallecidos_terrorismo_inde
mnizados_02_01_2015.pdf/8e8df51d-947b-462a-a6d8-130e3f4d7f79)

Moreno Pérez, N. (2016). Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas: un estudio de efectividad con trastornos mentales a muy largo plazo. (Tesis doctoral). UCM.

Moreno, N., Sanz, J., García-Vera, M. P., Gesteira, C., Gutiérrez, S., Zapardiel, A., Cobos, B. y Marotta-Walters, S. (2019). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for terrorism victims with very long-term emotional disorders. *Psicothema*, 31(4), 400–406.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2018.165>

Moshier, S. J., Lee, D. J., Bovin, M. J., Gauthier, G., Zax, A., Rosen, R. C., Keane, T. M. y Marx, B. P. (2019). An Empirical Crosswalk for the PTSD Checklist: Translating DSM-IV to DSM-5 Using a Veteran Sample. *Journal of traumatic stress*, 32(5), 799–805. <https://doi.org/10.1002/jts.22438>

Mukhtar, F. y Oei, T. P. (2010). Exploratory and confirmatory factor validation of the Dysfunctional Attitude Scale for Malays (DAS-Malay) in Malaysia. *Asian journal of psychiatry*, 3(3), 145–151. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2010.07.007>

Muñiz, J., Fernández-Hermida, J. R., Fonseca-Pedrero, E., Campillo-Álvarez, Á. y Peña-Suárez, E. (2011). Evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 113-128.

Muñoz, J. J. y Navas, E. (2007). *El daño psicológico en las víctimas del terrorismo*.
Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.

National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START).
(2017a). Global Terrorism Database [globalterrorismdb_0617dist].
<http://www.start.umd.edu/gtd>

National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism
(2017b). “*Annex of Statistical Information: Country Reports on Terrorism
2016*.” Final report prepared for the United States Department of State. College
Park, MD: START,
2017. <https://www.state.gov/documents/organization/272485.pdf>

National Counterterrorism Center (2009). *NCTC 2008 Report on terrorism*. Recuperado
el 22 de junio de 2020: [http://www.fbi.gov/stats-
services/publications/terror_08.pdf](http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_08.pdf) 453

National Counterterrorism Center (2010). *NCTC 2009 Report on terrorism*.
<http://www.state.gov/documents/organization/141114.pdf>

National Counterterrorism Center (2011). *NCTC 2010 Report on terrorism*.
http://www.dni.gov/files/documents/2010_report_on_terrorism.pdf

National Counterterrorism Center (2012a). *NCTC 2011 Report on terrorism*.
<http://fas.org/irp/threat/nctc2011.pdf>

National Counterterrorism Center (2012b). Annex of Statistical Information. En Bureau
of Counterterrorism, *Country Reports on Terrorism 2011*. United States

<http://www.state.gov/documents/organization/195768.pdf>

Nelson, L.D., Stern, S.L. y Cicchetti, D.V. The Dysfunctional Attitude Scale: How well can it measure depressive thinking?. *J Psychopathol Behav Assess* 14, 217–223 (1992). <https://doi.org/10.1007/BF00962629>

Neria, Y., Olfson, M., Gameroff, M. J., Wickramaratne, P., Gross, R., Pilowsky, D. J., Blanco, C., Manetti-Cusa, J., Lantigua, R., Shea, S. y Weissman, M. M. (2008). The mental health consequences of disaster-related loss: findings from primary care one year after the 9/11 terrorist attacks. *Psychiatry*, 71(4), 339–348. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.4.339>

Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E. y Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65(3), 207–239. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173>

North, C. S., Pfefferbaum, B., Narayanan, P., Thielman, S., McCoy, G., Dumont, C., Kawasaki, A., Ryosho, N., Kim, Y. S. y Spitznagel, E. L. (2005). Comparison of post-disaster psychiatric disorders after terrorist bombings in Nairobi and Oklahoma City. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 186, 487–493. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.6.487>

Oficina de Maite Pagazaurtundúa (2017). Datos y situación de las víctimas. En defensa de la libertad y la seguridad frente al fanatismo del sXXI. In *Libro blanco y negro del terrorismo en Europa*. https://iugm.es/wp-content/uploads/2017/06/Libro_Blanco_Negro.pdf

- Ohrt, T. y Thorell, L. (1998). Dysfunctional Attitude Scale (DAS). Psychometrics and norms of the Swedish version. *Behaviour Therapy*, 27(3), 105-113, <https://doi.org/10.1080/02845719808408501>
- Ohrt, T., Thorell, L. H., Sjödin, I. y d'Elia, G. (1998). Are dysfunctional attitudes in depressive disorder trait or state dependent?. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 97(6), 419–422. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10025.x>
- Oliver, J. M., Murphy, S. L., Ferland, D. R. y Ross, M. J. (2007). Contributions of the cognitive style questionnaire and the dysfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(1), 51-69. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-006-9067-0>
- Peñate, W., Perestelo, L., Bethencourt, J. M. y Ramírez, G. (2009). La predicción del nivel de depresión por variables cognitivas, conductuales y temperamentales en un intervalo de seis meses. *Psicothema*, 21(3), 341-346.
- Pietrzak, R. H., Feder, A., Singh, R., Schechter, C. B., Bromet, E. J., Katz, C. L., Reissman, D. B., Ozbay, F., Sharma, V., Crane, M., Harrison, D., Herbert, R., Levin, S. M., Luft, B. J., Moline, J. M., Stellman, J. M., Udasin, I. G., Landrigan, P. J. y Southwick, S. M. (2014). Trajectories of PTSD risk and resilience in World Trade Center responders: an 8-year prospective cohort study. *Psychological medicine*, 44(1), 205–219. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000597>
- Platt, M. y Freyd, J. (2012). Trauma and negative underlying assumptions in feelings of shame: An exploratory study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 370–378. <https://doi.org/10.1037/a0024253>

- Poseck, B. V., Baquero, B. C. y Jiménez, M. L. V. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1),40-49.
- Power, M. J., Duggan, C. F., Lee, A. S. y Murray, R. M. (1995). Dysfunctional attitudes in depressed and recovered depressed patients and their first-degree relatives. *Psychological medicine*, 25(1), 87–93.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700028117>
- Price, M. y van Stolk-Cooke, K. (2015). Examination of the interrelations between the factors of PTSD, major depression, and generalized anxiety disorder in a heterogeneous trauma-exposed sample using DSM 5 criteria. *Journal of affective disorders*, 186, 149–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.012>
- Quiñones, Á, Ramírez, P., Cid, J., Melipillán, R., Ugarte, C. y Florenzano, R. (2018). Cuestionario de esquemas de Young CEY-S3: Propiedades psicométricas en una muestra chilena mixta. *Terapia Psicológica*, 36(3), 144-155. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082018000300144>
- Real Academia Española (2014). Terrorismo. En *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.) (Avance de la vigésima tercera edición). Recuperado el 27 de mayo de 2015 de: <http://lema.rae.es/drae/?val=terrorismo>
- Reguera Briz, B. (2021). Papel de las actitudes y creencias disfuncionales en el tratamiento psicológico de las víctimas de terrorismo que sufren depresión. (Tesis doctoral). UCM.

- Reissman, D. B. y Luft, B. J. (2015). Post-disaster stressful life events and WTC-related posttraumatic stress, depressive symptoms, and overall functioning among responders to the World Trade Center disaster. *Journal of psychiatric research*, 61, 97–105. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.11.010>
- Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(5), 748–756. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.5.748>
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Odriozola-González, P., Barbero-Rubio, A., López-López, J. C., Eisenbeck, N., Budziszewska, L. y Gil, E. (2015). Factor structure and psychometric properties of the Spanish version of the " Dysfunctional Attitude Scale-Revised". *Psicología Conductual*, 23(2), 287. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.10.002>
- Sánchez Cuenca, I. (2009a). La violencia terrorista en la transición española a la democracia. *Historia Del Presente*, 14(2), 9-24.
- Sánchez-Cuenca, I. (2009b). Analyzing temporal variation in the lethality of ETA. *Revista Internacional De Sociología*, 67(3), 609-629.
- Sanz Fernández, J., Gutiérrez, S., Gesteira Santos, C. y García Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el " Inventario de depresión de Beck-II"(BDI-II). *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 22(1), 37-59.
- Sanz, J. (1991). Hacia un modelo de depresión desde la psicología de los constructos personales de Kelly. *Boletín De Psicología*, (33), 7-40.

- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales De Psicología*, 9(2), 133-170.
- Sanz, J. (2013). Evaluación de los trastornos del estado de ánimo en adultos: depresión. En J. L. Graña Gómez, M. E. Peña Fernández y J. M. Andreu Rodríguez (Eds.), *Manual docente de psicología clínica legal y forense*, 2ª (ed.) 2, 165-227. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense
- Sanz, J. y Avia, M. D. (1994). Cognitive specificity in social anxiety and depression: self-statements, self-focused attention, and dysfunctional attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13(2), 105–137.
<https://doi.org/10.1521/jscp.1994.13.2.105>
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 19(67), 707-746.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1994). Algunas consideraciones adicionales sobre la versión española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20(73), 669-673.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2008). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. *Manual De Psicopatología*, 2, 271-298.
- Sanz, J., Altungy, P., Reguera, B., Navarro, R., Gesteira, C., Sanz-García, A., Morán, N., Cobos Redondo, B., Fausor, R., y Garcia-Vera, M. P. (2021). *Psychometric validation of the Spanish version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Manuscrito bajo revision editorial.

- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, 16(2), 121–142.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., García-Vera, M. P., Gesteira, C., y Morán, N. (2017). *Posttraumatic stress, anxiety, and depressive disorders in victims of 2004 Madrid train bombings six to ten years after 3/11*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239–288.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1994). Algunas consideraciones sobre la versión española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 669-673.
- Sargin, A. E., Uca, O., Kose, S. y Türkçapar, H. (2018). Reliability, validity, and factorial structure of the Turkish version of the Luebeck Questionnaire for Recording Preoperational Thinking (Turkish LQPT). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(2), 191–198. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1411575>
- Scher, C. D., Ingram, R. E. y Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar

depression. *Clinical psychology review*, 25(4), 487–510.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.01.005>

Schönfeld, S. y Ehlers, A. (2006). Overgeneral memory extends to pictorial retrieval cues and correlates with cognitive features in posttraumatic stress disorder. *Emotion (Washington, D.C.)*, 6(4), 611–621. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.611>

Seirmarco, G., Neria, Y., Insel, B., Kiper, D., Doruk, A., Gross, R. y Litz, B. (2012). Religiosity and mental health: Changes in religious beliefs, complicated grief, posttraumatic stress disorder, and major depression following the September 11, 2001 attacks. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(1), 10–18. <https://doi.org/10.1037/a0023479>

Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R. y Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 44(2), 87–102. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753>

Sescosse, M. G., Blázquez, F. P., Campos, T. G. y Arocena, F. L. (2014). Modelos cognitivo conductuales del trastorno por estrés postraumático. *Uaricha.Revisita De Psicología*, 11(25), 35-55.

Shalev, A. Y. y Freedman, S. (2005). PTSD following terrorist attacks: a prospective evaluation. *The American journal of psychiatry*, 162(6), 1188–1191.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1188>

Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A. y Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months

after September 11, 2001. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(9), 1291–1297. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.9.1291>

Sobel, A. A., Resick, P. A. y Rabalais, A. E. (2009). The effect of cognitive processing therapy on cognitions: impact statement coding. *Journal of traumatic stress*, 22(3), 205–211. <https://doi.org/10.1002/jts.20408>

Şoflău, R. y David, D. O. (2017). A Meta-Analytical Approach of the Relationships Between the Irrationality of Beliefs and the Functionality of Automatic Thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 41(2), 178-192. <https://10.1007/s10608-016-9812-y>

Somer, E., Ruvio, A., Soref, E. y Sever, I. (2005). Terrorism, distress and coping: High versus low impact regions and direct versus indirect civilian exposure. *Anxiety, Stress, and Coping*, 18(3), 165-182. <https://doi.org/10.1080/10615800500205918>

Sosa, C. D. y Capafóns, J. I. (2005). *Estrés postraumático*. Síntesis.

Spinhoven, P., Bockting, C. L. H., Kremers, I. P., Schene, A. H., Mark, J. y Williams, G. (2007). The endorsement of dysfunctional attitudes is associated with an impaired retrieval of specific autobiographical memories in response to matching cues. *Memory*, 15(3), 324–338. <https://doi.org/10.1080/09658210701256555>

Sprang, G. (1999). Post-disaster stress following the Oklahoma City bombing: An examination of three community groups. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(2), 169–183. <https://doi.org/10.1177/088626099014002005>

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2015). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2014*. Final

report prepared for the United States Department of State. College Park, MD:
START. <http://www.state.gov/documents/organization/239628.pdf>

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism)
(2016). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2015*. Final
report prepared for the United States Department of State. College Park, MD:
START. <https://2009-2017.state.gov/documents/organization/257738.pdf>

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism)
(2017). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2016*.
Country Reports on Terrorism 2016. Final report prepared for the United States
Department of State. College Park, MD:
START. <https://www.state.gov/documents/organization/272485.pdf>

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism)
(2018). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2017*. Final
report prepared for the United States Department of State. College Park, MD:
START. https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/04/crt_2017.pdf

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism)
(2019). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2018*. Final
report prepared for the United States Department of State. College Park, MD:
START. https://www.start.umd.edu/sites/default/files/publications/local_attachments/START_GTD_TerrorismIn2018_Oct2018.pdf

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism)
(2020). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2019*. Final
report prepared for the United States Department of State. College Park, MD:

START.https://www.start.umd.edu/pubs/START_GTD_GlobalTerrorismOverview2019_July2020.pdf

Subdirección General de Ayuda a Víctimas del Terrorismo y de Atención Ciudadana del Ministerio del Interior. (2017). *Respuesta fechada el 15 de septiembre de 2017 respecto a la solicitud de información pública sobre el número de personas reconocidas oficialmente como víctimas del terrorismo y planteada a través del Portal de Transparencia de la Administración General del Estado.* <https://transparencia.gob.es/>

Tajima, M., Akiyama, T., Numa, H., Kawamura, Y., Okada, Y., Sakai, Y., Miyake, Y., Ono, Y. y Power, M. J. (2007). Reliability and validity of the Japanese version of the 24-item Dysfunctional Attitude Scale. *Acta neuropsychiatrica*, 19(6), 362–367. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2007.00203.x>

Tanaka, N., Uji, M., Hiramura, H., Chen, Z., Shikai, N. y Kitamura, T. (2006). Cognitive patterns and depression: study of a Japanese university student population. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 60(3), 358–364. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01514.x>

Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (2004). Target Article: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Tejedor, F. J. (1989). Eliminación del efecto de la covariable en los diseños de análisis de covarianza. *Revista Española de Pedagogía*, 429-441.

Thompson-Hollands, J., Jun, J. J. y Sloan, D. M. (2017). The Association Between Peritraumatic Dissociation and PTSD Symptoms: The Mediating Role of Negative

Beliefs About the Self. *Journal of traumatic stress*, 30(2), 190–194.
<https://doi.org/10.1002/jts.22179>

Ubillos, S., Mayordomo, S. y Basabe, N. (2005). Percepción de riesgo, reacciones emocionales y el impacto del 11-M. *Revista De Psicología Social*, 20(3), 301-313.

Uher, R., Payne, J. L., Pavlova, B. y Perlis, R. H. (2014). Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depression and anxiety*, 31(6), 459–471. <https://doi.org/10.1002/da.22217>

Vázquez, C. (2005). *Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EE. UU.) y del 11M, 2004 (Madrid, España): Mitos y realidades*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139.

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. <https://doi.org/10.1017/S1138741600005989>

Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B., y Vecina Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49.

Vîslă, A., Holtforth, M.g. y David, D. Descriptive/Inferential Cognitive Processes and Evaluative Cognitive Processes: Relationships Among Each Other and with

Emotional Distress. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther* 33, 148–159 (2015).
<https://doi.org/10.1007/s10942-015-0207-x>

Vogt, D. S., Shipherd, J. C. y Resick, P. A. (2012). Posttraumatic maladaptive beliefs scale: evolution of the personal beliefs and reactions scale. *Assessment*, 19(3), 308–317. <https://doi.org/10.1177/1073191110376161>

Watson, D. y Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological bulletin*, 96(3), 465–490.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.96.3.465>

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A. y Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility*. Comunicación presentada en la 9ª Conferencia Anual de la International Society for Traumatic Stress Studies, 24-27 de octubre, San Antonio, Texas.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P. y Schnurr, P. P. (2013). The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5). Scale available from the National Center for PTSD at <https://ptsd.va.gov>, 10

Weissman, A. N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study. *Dissertation Abstracts International*, 40(3-B), 1389–1390.

Weissman, A. N. y Beck, A. T. (1978). Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A Preliminary Investigation. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association (62nd, Toronto, Ontario, Canada, March 27-31, 1978

- Williams, J. M., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. y Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of abnormal psychology*, 109(1), 150–155.
<https://doi.org/10.1037//0021-843x.109.1.150>
- Wisco, B. E., Miller, M. W., Wolf, E. J., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., Keane, T. M., Rosen, R. C. y Friedman, M. J. (2016). The impact of proposed changes to ICD-11 on estimates of PTSD prevalence and comorbidity. *Psychiatry research*, 240, 226–233.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.043>
- Wong, D. F., Chan, K. S. y Lau, Y. (2008). The reliability and validity of the Chinese version of the Dysfunctional Attitudes Scale Form A (DAS-A) in a community sample. *International journal of psychiatry in medicine*, 38(2), 141–152.
<https://doi.org/10.2190/PM.38.2.b>
- World Health Organization (1968). CIE-8. Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción: basada en las recomendaciones de la octava conferencia de revisión, 1965 y adoptada por la Decimonovena Asamblea Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70935>
- World Health Organization (2018). CIE-11. *International Classification of Diseases*.
<https://icd.who.int/browse11/1-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>
- World Health Organization. (1978). CIE-9. International classification of diseases : [9th] ninth revision, basic tabulation list with alphabetic index.
https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_9_mc.html

- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1993). Trastornos mentales y del comportamiento : tablas de conversion entre la CIE-8, la CIE-9 y la CIE-10. MEDITOR. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61595>
- Yesilyaprak, N., Batmaz, S., Yildiz, M., Songur, E., y Akpınar Aslan, E. (2019). Automatic thoughts, cognitive distortions, dysfunctional attitudes, core beliefs, and ruminative response styles in unipolar major depressive disorder and bipolar disorder: a comparative study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 854-863. DOI: [10.1080/24750573.2019.1690815](https://doi.org/10.1080/24750573.2019.1690815)
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T., McGlashan, T. H., y Gunderson, J. G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-299. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.291>
- Zubiaur, I. (2018). ETA y otras bandas terroristas españolas en el archivo de la STASI. *Informe Del Centro Memorial De Las Víctimas Del Terrorismo*, (5), 1-61.
- Zvolensky, M. J., Farris, S. G., Kotov, R., Schechter, C. B., Bromet, E., Gonzalez, A., Vujanovic, A., Pietrzak, R. H., Crane, M., Kaplan, J., Moline, J., Southwick, S. M., Feder, A., Udasin, I., Reissman, D. B., y Luft, B. J. (2015). World Trade Center disaster and sensitization to subsequent life stress: A longitudinal study of disaster

responders. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 75, 70–74. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.03.017>

ANEXOS

Factores cognitivos de vulnerabilidad al estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas: las actitudes disfuncionales depresivas.

Anexo 1. *Equivalencia de ítems de las versiones PCL-S y PCL-5 con su redacción original de las correspondientes adaptaciones españolas y el contenido específico al que se refiere cada ítem*

PCL-S*	PCL-5 ⁺	CONTENIDO	
<p>En esta hoja se mencionan una serie de problemas y de síntomas que la gente tiene a veces en respuesta a experiencias estresantes de la vida. Queremos conocer en qué medida ha tenido usted estas respuestas tras el atentado terrorista que sufrió. Por favor, lea cada una con detenimiento y RODEE el número que se ajuste mejor al grado en que ha presentado usted ese problema o síntoma en el último mes.</p>	<p>A continuación encontrará una serie de problemas que la gente tiene a veces en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea con detenimiento cada uno de los problemas y rodee con un círculo el número de la derecha que mejor indique cuánto le ha molestado ese problema en el último mes.</p>	Instrucciones	
<p>ÍTEMS COMUNES A AMBAS VERSIONES</p>			
1	<p>¿Ha tenido recuerdos, pensamientos o imágenes dolorosos de esa experiencia?</p>	<p>¿Cuánto le ha molestado tener recuerdos de la experiencia estresante repetidos, no deseados y que provocan malestar?</p>	Recuerdos
2	<p>¿Ha tenido pesadillas repetidas de lo sucedido?</p>	<p>¿Cuánto le ha molestado tener sueños sobre la experiencia estresante repetidos y que provocan malestar?</p>	Sueños
3	<p>¿Ha actuado o se ha sentido repentinamente como si la experiencia pasada estuviese ocurriendo de nuevo?</p>	<p>¿Cuánto le ha molestado actuar o sentirse de repente como si la experiencia estresante estuviese ocurriendo realmente de nuevo (como si en realidad volviera a ella reviviéndola)?</p>	Flashbacks o revivir
4	<p>¿Se ha sentido muy mal cuando algo le recordaba los acontecimientos?</p>	<p>¿Cuánto le ha molestado sentirse muy mal cuando algo le recordaba la experiencia estresante?</p>	Sentirse mal

5	¿Ha tenido reacciones físicas (por ejemplo, problemas para respirar, latidos fuertes del corazón, o sudor) cuando algo le recordaba lo sucedido?	¿Cuánto le ha molestado tener reacciones físicas cuando algo le recordaba la experiencia estresante (por ejemplo, latidos fuertes del corazón, problemas para respirar, sudoración)?	Reacciones físicas
6	¿Ha evitado pensar o hablar del atentado o ha evitado sentimientos relacionados con lo sucedido?	¿Cuánto le ha molestado evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	Evitación de estímulos internos
7	¿Ha evitado hacer ciertas actividades o estar en situaciones que le recordasen lo sucedido?	¿Cuánto le ha molestado evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones que le recordasen la experiencia estresante)?	Evitación de estímulos externos
8	¿Ha tenido problemas para recordar partes importantes de lo ocurrido?	¿Cuánto le ha molestado tener problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	Amnesia
9	¿Ha perdido el interés en las cosas con las que solía disfrutar?	¿Cuánto le ha molestado perder el interés en las actividades con las que solía disfrutar?	Pérdida de interés
10	¿Se ha sentido distante o alejado de otra gente?	¿Cuánto le ha molestado sentirse distante o alejado de los demás?	Distanciamiento
11	¿Se ha sentido emocionalmente bloqueado o ha sido incapaz de tener sentimientos de amor hacia las personas cercanas a usted?	¿Cuánto le ha molestado tener problemas para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo, ser incapaz de sentir felicidad o de tener sentimientos de amor hacia las personas cercanas a usted)?	Bloqueo emocional
12	¿Ha tenido problemas para quedarse dormido o para permanecer dormido?	¿Cuánto le ha molestado tener problemas para quedarse dormido o para permanecer dormido?	Sueño
13	¿Se ha sentido irritable o ha tenido arrebatos de ira?	¿Cuánto le ha molestado tener un comportamiento irritable o arrebatos de ira, o actuar agresivamente?	Irritabilidad

14	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	¿Cuánto le ha molestado tener dificultades para concentrarse?	Concentración
15	¿Se ha sentido superalerta o en un estado de permanecer en guardia?	¿Cuánto le ha molestado sentirse “superalerta”, mantenerse vigilante o estar en guardia?	Hipervigilancia
16	¿Se ha sentido inquieto o fácilmente sobresaltado?	¿Cuánto le ha molestado asustarse o sobresaltarse con facilidad?	Sobresaltarse
ÍTEMS NO COMUNES A AMBAS VERSIONES			
17	¿Ha sentido como si su futuro estuviese de algún modo cortado o interrumpido?	-	Futuro entrecortado
17	-	¿Cuánto le ha molestado correr demasiados riesgos o hacer cosas que podían causarle daño?	Correr riesgos
18	-	¿Cuánto le ha molestado tener firmes creencias negativas sobre usted mismo, los demás o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: “estoy mal”, “algo muy grave me pasa”, “no se puede confiar en nadie”, “el mundo es muy peligroso”)?	Creencias
19	-	¿Cuánto le ha molestado culparse o culpar a alguien por la experiencia estresante o por lo que sucedió después de ella?	Culpa
20	-	¿Cuánto le ha molestado tener fuertes sentimientos negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?	Sentimientos negativos
TOTAL ÍTEMS	17	20	

Nota: *PCL-S: Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., y Keane, T. M. (1993), en su adaptación española para víctimas de atentados terroristas de Vázquez, Pérez-Sales y Matt (2006); +PCL-5: Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., y Schnurr, P. P. (2013), adaptación española de Sanz et al., 2016)

Anexo 2

Ítems correspondientes a la versión de de Graaf de la DAS-A-R.

	ítems
1	Es difícil ser feliz si no se es atractivo, inteligente, rico y creativo.
2	Si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará.
3	Si una persona pide ayuda, es señal de debilidad.
4	Si no hago las cosas tan bien como los demás, eso significa que soy una persona inferior.
5	Si fracaso en mi trabajo seré un fracaso como persona.
6	Si no puedo hacer bien una cosa, es mejor no hacerla.
7	Si alguien no está de acuerdo conmigo, eso probablemente indica que no le agrado.
8	Si fracaso en parte, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso.
9	Si los demás saben cómo eres realmente, te considerarán menos.
10	Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás opinen de mí.
11	Para ser una persona valiosa debo destacar de verdad por lo menos en un aspecto importante.
12	Hacer una pregunta me hace parecer inferior.
13	Es horrible recibir la censura de personas importantes para uno.
14	Si uno no tiene otras personas en las que confiar, está destinado a estar triste.
15	Si desagradas a los demás no puedes ser feliz.
16	Mi felicidad depende más de los demás que de mí.
17	Es muy importante lo que otras personas piensan sobre mí.

Anexo 3

Equivalencia de ítems de las versiones DAS-A-R y DAS-A.

	DAS A	DAS-A-R de Graaf	DAS-A-R Población general española	DAS-A-R víctimas terrorismo
Ítems	1	1	1	1
	4	2	2	2
	8	3	3	3
	9	4	4	4
	10	5	5	5
	11	6	6	6
	13	7	7	7
	14	8	8	8
	15	9	9	9
	19	10	10	10
	21	11	11	11
	26	12	12	12
	27	13	13	13
	28	14	14	14
	32	15	15	15
	34	16	16	16
	38	17	17	17
Validez	0.84 [±]	0.91 ⁺	0.91 ⁻	0.87 [*]
Fiabilidad	moderada [±]	moderada ⁺	Moderada ⁻	Moderada [*]

Nota: [±]Dato procedente de la adaptación española de Sanz y Vázquez que corresponde a la puntuación total de los 40 ítems, (1993, 1994). ⁺Dato procedente del estudio de Graaf, Roelofs y Huibers (2009). ⁻Dato procedente del estudio de validación española de la DAS-A-R de Ruiz et al., (2015). ^{*}Dato procedente del estudio actual.

