

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Desarrollo de un instrumento para la evaluación de las
creencias disfuncionales específicas en víctimas del
terrorismo que sufren Trastorno de Estrés Postraumático**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Roberto Navarro Montes

DIRECTOR

Jesús Sanz Fernández

María Paz García Vera

Madrid

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Desarrollo de un instrumento para la evaluación de las creencias
disfuncionales específicas en víctimas del terrorismo que sufren
Trastorno de Estrés Postraumático**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Roberto Navarro Montes

DIRECTORES

Jesús Sanz Fernández

María Paz García Vera

Madrid, 2020

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Desarrollo de un instrumento para la evaluación de las creencias
disfuncionales específicas en víctimas del terrorismo que sufren
Trastorno de Estrés Postraumático**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Roberto Navarro Montes

DIRECTORES

Jesús Sanz Fernández

María Paz García Vera

Madrid, 2020

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación ha sido en parte posible gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (ref. PGC2018-098387-B-I00), así como al convenio de colaboración que desde el año 2012 se lleva a cabo entre la Asociación Víctimas del Terrorismo y la UCM. Así mismo, agradezco al Ministerio de Economía y Competitividad el contrato predoctoral que me fue asignado y gracias al cual he podido realizar este trabajo.

Son tantas las cosas que tendría que agradecer a los dos directores de este trabajo, los profesores Jesús Sanz Fernández y María Paz García Vera, que temo que, de hacerlo, estos agradecimientos ocupen aún más espacio que el trabajo que a continuación se presenta. Resumiendo mucho diré que es a ellos a quienes les debo una parte nada desdeñable de mis conocimientos, habilidades y experiencias profesionales, habiéndose convertido ambos en mis principales figuras de referencia en el campo de la psicología. Más allá de lo profesional, debo añadir que el cariño, esfuerzo, paciencia y estima con el que siempre me han tratado demuestra las grandes personas que son. Lo cierto es que ha sido un orgullo participar en este proyecto y poder trabajar a su lado.

Gracias a todos los trabajadores de la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT), a su presidenta, Maite Araluce y a toda su junta directiva por haber apostado por este proyecto de investigación y asistencia psicológica a las víctimas y, en general, por habernos prestado todo su apoyo para que este trabajo, así como tantos otros, hayan podido llegar a tan buen puerto. Por supuesto, también merece su justo agradecimiento la Asociación Plataforma de Apoyo a las Víctimas del Terrorismo (APAVT) y, especialmente, su presidente, Miguel Folguera, por su siempre bienvenido y provechoso apoyo.

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo, el esfuerzo, la profesionalidad y el cariño de todos los integrantes del equipo de investigación en el que he tenido la enorme fortuna de participar. Todos ellos han sido mis compañeros durante más de un lustro y, durante todo

ese tiempo, el afecto que les he cogido se me hace evidente siempre que les recuerdo. Gracias a Clara Gesteira por mostrarme cómo es rozar la perfección, a Noelia Morán por su consejo incondicional, a Rocío Fausor por su afectuoso apoyo, a Beatriz Cobos por la cercanía en su trato, a Pedro Altungy por competir y crecer conmigo, siempre con una sonrisa y un abrazo preparado, a Sara Liébana por hacerme tan visible su aprecio y entregarlo de una forma tan sincera, a Belén Reguera por haber compartido tantas experiencias y habernos reído tanto juntos, a José Manuel Sánchez por haber querido aprender tanto de mí, sin darse cuenta de que era yo quien más aprendía de él, a Andrea García de Marina por ser un apoyo constante, a Adela Jiménez por ser una persona con la que hablar de cualquier cosa siempre resulta sencillo y a Arantxa Soriano por su franqueza y su honestidad. Todos ellos son grandes profesionales y de todos ellos es este trabajo que yo firmo. Muchísimas gracias por cada momento de los que me habéis regalado.

Gracias también a mi familia, en especial a mis padres y a mi hermana, que siempre me dejaron la libertad que necesitaba para tomar mis decisiones y aprender de mis errores. Debajo de esa libertad siempre hubo una confianza ciega en que lo que yo hacía, estaba bien. Ha sido esa confianza la que me ha hecho aspirar alto mirando hacia arriba, sin miedo a caer.

Gracias a Irene por, en fin, todo. Y todo es mucho.

Y, por último, gracias a todas esas personas que, en algún momento de su vida, tuvieron la desgracia de sufrir un atentado terrorista. Gracias por enseñarme tanto. Gracias por mostrarme tantas cosas buenas sobre la vida. Gracias por ayudarme a ser mejor persona. Os llevo dentro. Siempre.

ÍNDICE DE CONTENIDO

ABSTRACT.....	19
RESUMEN.....	26
Capítulo 1. Contextualización del terrorismo.....	34
1.1. Alcance internacional del terrorismo.....	36
1.2. Alcance nacional del terrorismo.....	44
1.2.1. Últimos años de la dictadura franquista.....	46
1.2.2. Transición democrática.....	48
1.2.3. Consolidación democrática.....	50
1.2.4. Socialización del sufrimiento.....	53
1.3. Problemas con la definición del terrorismo y propuestas.....	57
Capítulo 2. Consecuencias psicopatológicas del terrorismo. El trastorno de estrés postraumático (TEPT).....	64
Capítulo 3. Aspectos cognitivos del TEPT.....	83
3.1. Principales modelos cognitivos del TEPT.....	85
3.1.1. Teorías con un solo sistema de representación.....	86
3.1.2. Teorías con dos o más sistemas de representación.....	91
3.2. De la teoría a los hallazgos empíricos. Variables cognitivas del TEPT.....	99
3.2.1. Hallazgos empíricos relacionados con las estructuras cognitivas del TEPT.....	103
3.2.2. Hallazgos empíricos relacionados con las proposiciones cognitivas del TEPT.....	105
3.2.3. Hallazgos empíricos relacionados con las operaciones cognitivas del TEPT.....	108

3.2.4. Hallazgos empíricos relacionadas con los productos cognitivos del TEPT.....	116
3.3. Aspectos cognitivos en el diagnóstico del TEPT.....	119
3.4. Aspectos cognitivos en el tratamiento del TEPT.....	127
3.4.1. Aspectos cognitivos en el tratamiento de la Exposición Prolongada de Foa.....	129
3.4.2. Aspectos cognitivos de la Terapia de Procesamiento Cognitivo.....	131
3.4.3. Aspectos cognitivos de la terapia cognitiva de Ehlers y Clark.....	132
3.4.4. Impacto del tratamiento en las cogniciones negativas postraumáticas y los esquemas cognitivos.....	134
3.4.5. Apuntes sobre el tratamiento a víctimas del terrorismo.....	136
Capítulo 4. Instrumentos destinados a la medición de los factores cognitivos del TEPT.....	145
4.1. Otros instrumentos para evaluar diferentes áreas del TEPT.....	147
4.2. Instrumentos destinados a la evaluación de los factores cognitivos del TEPT.....	149
4.2.1. Instrumentos que miden operaciones cognitivas.....	152
4.2.2. Instrumentos que mezclan proposiciones cognitivas y productos cognitivos.....	154
4.2.3. Instrumentos destinados a medir productos cognitivos.....	158
4.3. Conclusiones de la revisión de instrumentos relativos a factores cognitivos del TEPT.....	161
Capítulo 5. Planteamiento general del trabajo e hipótesis.....	167
5.1. Objetivos específicos.....	173

5.2. Hipótesis.....	173
Capítulo 6. Fase I. Diseño de la Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas (EADT).....	176
6.1. Método I.....	178
6.1.1. Procedimiento.....	178
6.1.2. Participantes.....	184
6.1.3. Instrumentos y materiales.....	187
6.1.4. Análisis de datos.....	188
6.2. Resultados I.....	189
6.2.1. Resultados iniciales del análisis de las 480 sesiones terapéuticas...	189
6.2.2. Primera depuración de ítems.....	191
6.2.3. Segunda depuración de ítems.....	193
6.2.4. Inclusión de los ítems inversos.....	195
6.2.5. Presentación de la versión preliminar de la EADT, instrucciones y escala de respuesta.....	195
Capítulo 7. Fase II. Análisis factorial de la versión preliminar de la EADT.....	201
7.1. Método II.....	203
7.1.1. Participantes.....	203
7.1.2. Procedimiento.....	207
7.1.3. Instrumentos.....	207
7.1.4. Análisis de datos.....	210
7.2. Resultados II.....	213
7.2.1. Análisis de la esfericidad y de la adecuación de los datos al análisis factorial.....	213
7.2.2. Número de factores recomendados en la muestra de desarrollo.	214

7.2.3. Resultados de los análisis factoriales.....	216
7.2.4. Composición de la versión definitiva de la EADT y fiabilidad de la escala y de las subescalas.....	238
7.2.5. Índice de homogeneidad y fiabilidad de los ítems de la escala definitiva de la EADT en la muestra de desarrollo.....	241
7.2.6. Correlaciones entre factores y con la escala global de la EADT	244
7.2.7. Análisis de la influencia del sexo y la edad en las puntuaciones de la EADT.....	244
7.2.8. Análisis de la validez nomológica de la EADT con la muestra de desarrollo.....	245
7.2.9. Análisis de la validez de grupos contrastados de la EADT con la muestra de desarrollo.....	247
Capítulo 8. Fase III. Validación de la EADT.....	249
8.1. Método III.....	251
8.1.1. Participantes.....	251
8.1.2. Procedimiento.....	254
8.1.3. Instrumentos.....	254
8.1.4. Análisis de datos.....	258
8.2. Resultados III.....	260
8.2.1. Análisis factorial de replicación de la versión definitiva de la EADT.....	260
8.2.2. Análisis de la fiabilidad de la EADT.....	265
8.2.3. Análisis de la validez de la EADT.....	268
a) Estudio de la validez convergente.....	268
b) Estudio de la validez discriminante.....	273

c) Estudio de la validez predictiva.....	274
d) Estudio de la validez clínica.....	291
Capítulo 9. Discusión y conclusiones.....	309
Capítulo 10. Referencias bibliográficas.....	325
Anexos.....	354
Anexo 1. EADT. Versión preliminar de 115 ítems.....	355
Anexo 2. EADT. Versión preliminar de 84 ítems.....	367
Anexo 3. EADT. Versión definitiva de 34 ítems.....	377
Anexo 4. Entrevista clínica semiestructurada versión 2.0.....	379

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ataques y víctimas del terrorismo en el período de 2008-2017 (National Counterterrorism Center, 2010, 2011, 2012; START, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019).....	38
Tabla 2. Características de los ataques terroristas en el mundo por año en el intervalo 2014-2018 (START, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019).	41
Tabla 3. Datos de EU. Europol (EUROPOL, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019) y Libro Blanco y Negro del terrorismo en Europa (Pagazaurtundúa, 2018)	43
Tabla 4. Número de personas fallecidas en atentados terroristas en España en función de la autoría del atentado y la fuente de datos consultada.....	45
Tabla 5. Definiciones académicas de terrorismo (tomado de Zuinaga, 2011).....	61
Tabla 6. Prevalencia del TEPT tras ataques terroristas en función del tipo de víctima (incluye metaanálisis y revisiones narrativas).....	72
Tabla 7. Prevalencia de TDM y otros trastornos de ansiedad en función del tipo de víctima (incluye metaanálisis y revisiones narrativas).....	79
Tabla 8. Ejemplos de constructos pertenecientes a cada una de las categorías del sistema taxonómico cognitivo (tomado de Sanz y Vázquez, 1991).....	102
Tabla 9. Resultados empíricos relacionados con las estructuras cognitivas y el TEPT.....	104
Tabla 10. Resultados empíricos relacionados con las proposiciones cognitivas y el TEPT....	107
Tabla 11. Resultados empíricos relacionados con las operaciones cognitivas y el TEPT....	112
Tabla 12. Resultados empíricos relacionados con los productos cognitivos y el TEPT.....	117
Tabla 13. Comparación de los criterios diagnósticos del TEPT del DSM-II-R (APA, 1987), DSM-IV-TR (APA, 2000) y DSM-5 (APA, 2013).....	120
Tabla 14. Resumen de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica para el TEPT de la APA (adaptado de APA, 2017).....	128
Tabla 15. Estudios grupales sobre la eficacia del tratamiento psicológico en víctimas adultas del terrorismo (tomado de García-Vera et al., 2015).....	138

Tabla 16. Estudios grupales sobre la utilidad clínica del tratamiento psicológico en víctimas adultas del terrorismo (estudios con diseño intragrupo) (García-Vera et al., 2015)..	143
Tabla 17. Cuestionarios, inventarios y escalas de constructos cognitivos asociados al TEPT.....	150
Tabla 18: Estructura interna y fiabilidad de los instrumentos.....	151
Tabla 19. Módulos, sesiones, estrategias y técnicas terapéuticas de la terapia y número de grabaciones de cada sesión analizadas.....	181
Tabla 20. Características sociodemográficas y del atentado de la muestra de diseño de la EADT.....	184
Tabla 21. Creencias, temáticas y número de enunciados en cada temática arrojados por el análisis de las grabaciones.....	190
Tabla 22. Creencias, temáticas y número de enunciados en cada temática arrojados por el análisis de las grabaciones (nótese que algunas temáticas vienen representadas por varios enunciados)	192
Tabla 23. Ítems eliminados de la versión de 113 ítems de la EADT.....	193
Tabla 24. Ítems incluidos en la versión preliminar de la EADT (los ítems con una formulación inversa se expresan en <i>cursiva</i>)	196
Tabla 25. Características sociodemográficas y del atentado de la muestra.....	204
Tabla 26. Número recomendado de factores según distintos procedimientos realizados sobre las matrices de correlaciones policóricas y de Pearson	215
Tabla 27. Resultados de los análisis factoriales de la versión preliminar de la EADT.....	218
Tabla 28. Saturaciones de los ítems obtenidas en la matriz factorial rotada de las soluciones factoriales 2, 10 y 12, ajustadas a 3, 4 y 5 factores respectivamente (los ítems seleccionados se resaltan en negrita).....	222
Tabla 29. Versión definitiva de la EADT.....	240
Tabla 30. Índice de homogeneidad para la escala global, índice de homogeneidad para la subescala a la que pertenece el ítem, α corregido para cada subescala y α corregido para la escala global de cada ítem.....	242
Tabla 31. Correlaciones entre factores y con la escala global.....	244

Tabla 32. Correlaciones de la EADT con medidas de síntomas de estrés postraumático, de síntomas depresivos y de actitudes disfuncionales depresivas.....	245
Tabla 33. Medias y desviaciones típicas (<i>DT</i>) de las puntuaciones en la escala global y en las tres subescalas de la EADT de los grupos de víctimas con TEPT, con otros trastornos emocionales (depresivos o de ansiedad) y sin trastornos emocionales.....	248
Tabla 34. Características sociodemográficas y del atentado de la muestra de validación.....	252
Tabla 35. Saturaciones de los ítems obtenidas en la matriz factorial rotada ajustada a 3 factores en la muestra de validación.....	261
Tabla 36. Índice de homogeneidad para la escala global, índice de homogeneidad para la subescala a la que pertenece el ítem, α corregido para cada subescala y α corregido para la escala global de cada ítem.....	266
Tabla 37. Correlaciones de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con la puntuación global de la EADT.....	270
Tabla 38. Correlaciones entre factores y con la escala global.....	272
Tabla 39. Correlaciones entre las tres subescalas y la escala global con puntuaciones de sintomatología postraumática, ansiosa, depresiva y de inadaptación.....	273
Tabla 40. Valores de sensibilidad y especificidad de la escala global de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 221).....	275
Tabla 41. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de TEPT y el valor significativo/control de la EADT (punto de corte 86) (n = 218).....	278
Tabla 42. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de patología y el valor significativo/control de la EADT (punto de corte 86) (n = 218).....	278
Tabla 43. Valores de los parámetros del análisis de Bayes para la escala global de la EADT (punto de corte 86).....	279
Tabla 44. Valores de sensibilidad y especificidad de la subescala “mundo peligroso” de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 221).....	280

Tabla 45. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de TEPT y el valor significativo/control de la subescala “mundo peligroso” de la EADT (punto de corte 27) (n = 221).....	282
Tabla 46. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de patología y el valor significativo/control de la subescala “mundo peligroso” de la EADT (punto de corte 27) (n = 221).....	282
Tabla 47. Valores de los parámetros del análisis de Bayes para la subescala “mundo peligroso” de la EADT (punto de corte 27).....	283
Tabla 48. Valores de sensibilidad y especificidad de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 220).....	284
Tabla 49. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de TEPT y el valor significativo/control de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT (punto de corte 20) (n = 220).....	286
Tabla 50. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de patología y el valor significativo/control de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT (punto de corte 20) (n = 220)	286
Tabla 51. Valores de los parámetros del análisis de Bayes para la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT (punto de corte 20)	286
Tabla 52. Valores de sensibilidad y especificidad de la subescala “cronificación del malestar” de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 221).....	288
Tabla 53. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de TEPT y el valor significativo/control de la subescala “cronificación del malestar” de la EADT (punto de corte 35) (n = 221).....	289
Tabla 54. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de patología y el valor significativo/control de la subescala “cronificación del malestar” de la EADT (punto de corte 35) (n = 221)	290
Tabla 55. Valores de los parámetros del análisis de Bayes para la subescala “cronificación del malestar” de la EADT (punto de corte 20)	290

Tabla 56. Tamaño muestral, medias y desviaciones típicas de la escala global de la EADT y de las tres subescalas.....	294
Tabla 57. Resultados de los ANCOVA realizados comparando la puntuación total de la EADT, así como de las tres subescalas. Se presentan los datos del tamaño del efecto.....	306
Tabla 58. Contraste de hipótesis.....	321

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia (%) de TEPT, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad en la muestra de diseño de la EADT.....	186
Figura 2. Combinación de las comorbilidades en la muestra de diseño de la EADT.....	187
Figura 3. Prevalencia (%) de TEPT, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad.....	206
Figura 4. Gráfico de sedimentación de Cattell de la muestra de desarrollo.....	214
Figura 5. Prevalencia (%) de TEPT, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad.....	254
Figura 6. Gráfico de sedimentación de Cattell de la muestra de validación.....	261
Figura 7. Curvas COR de sensibilidad y especificidad de la escala global de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 221).....	275
Figura 8. Curvas COR de sensibilidad y especificidad de la subescala “mundo peligroso” de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 221).....	280
Figura 9. Curvas COR de sensibilidad y especificidad de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 220).....	284
Figura 10. Curvas COR de sensibilidad y especificidad de la subescala “cronificación del malestar” de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 221).....	287

ABSTRACT

Development of an instrument for assessment of specific dysfunctional beliefs in victims of terrorism suffering from post-traumatic stress disorder

Introduction

The international impact of terrorism yields such a significant number of victims that it has become one of the most serious problems worldwide. Scientific literature indicates that 19-40% of direct victims, 17-29% of indirect victims (relatives of the deceased and injured), 3-11% of the general population living in the affected area and the 5-12% of the emergency personal working in disasters will develop Post-Traumatic Stress Disorder (DiMaggio & Galea, 2006; García-Vera & Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2016). Several cognitive factors (beliefs and attitudes, thoughts, processes, etc.) play a fundamental role explaining the etiology, course, maintenance and treatment outcome of PTSD (Dalglesh & Josephs, 1996; Ehlers & Clark, 2000; Foa & Riggs, 1993; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992; McCann & Pearlman, 1990; Resick & Schnicke, 1992; Rothbaum & Foa, 1996). These cognitive factors have had such a relevance that the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders from the American Association of Psychiatry, in its latest edition, or DSM-5 (APA, 2013), included a group of symptoms related to mood and cognition alterations among the diagnostic criterion for PTSD, introducing two new and reformulated cognitive symptoms which were not present in DSM-IV (APA, 2000).

Given the importance of cognitive factors, some instruments have come up since the 1990s in order to measure different cognitive constructs related to PTSD, such as the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI; Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999), the Posttraumatic Maladaptive Beliefs Scale (PMBS; Vogt, Shipherd & Resick, 2012) or the Trauma Appraisal Questionnaire (TAQ; DePrince, Zurbriggen, Chu & Smart, 2010), to name just a few. However, although there are some instruments which have been developed specifically to assess cognitive factors related to PTSD, there are certain aspects that call into question

whether their quality as assessment instruments is good enough (problems in the factor analysis process, reliability and / or validity indexes not high enough in some of the factors, etc.) or whether they actually may be used in a correct and useful way in the victims of terrorism population, a population without specific instruments designed to assess traumatic dysfunctional attitudes. Furthermore, only two of the instruments reviewed, the PTCI and the Vital Ontological Impact Assessment Questionnaire (VIVO) (Pérez-Sales et al., 2011) have been developed and validated for Spanish-speaking population, which raises the issue of the scarcity of valid instruments in Spain, a country with a long history of terrorism, to assess the cognitive aspects derived from a terrorist attack.

Objective

The goal of this paper is double. First, to design and develop a good instrument for the assessment of traumatic dysfunctional beliefs and attitudes, named “the Traumatic Dysfunctional Attitudes Scale” (EADT), specifically designed for being used with victims of terrorism, with a short and simple application. Second, to validate the instrument in a Spanish-speaking population of victims of terrorism, determining its reliability (internal consistency) as well as different validity indexes (factor validity, criterion validity, diagnostic validity, validity of contrasted groups) of the scores offered by the EADT.

Method

For the design of the items that would be part of the preliminary version of the scale, the dysfunctional beliefs and attitudes showed by 59 victims of terrorism diagnosed with PTSD during 480 therapeutic sessions of trauma-focused cognitive behavioral treatment (CBT-CT) were analysed. The preliminary version of the EADT was then administered to a group of 253 direct and indirect victims of terrorism. Several factor analyses were carried out for choosing the items that best satisfied certain theoretical and psychometric guarantees. The factorial analyses were performed on both the polychoric correlation matrix and the Pearson correlation

matrix. In addition, several procedures were used to identify the most appropriate number of factors (sedimentation graph, Velicer MAP, optimal parallel analysis, classical parallel analysis, Horn method). All factor analyses used the ULS extraction method and the normalized promax oblique rotation method. These results, along with those obtained from analysing the internal consistency reliability of the obtained factors, gave rise to the definitive EADT version, constituted by 34 items organised into three factors or correlated subscales. Eventually, this final version of the EADT was administered to a total of 338 direct and indirect victims of terrorism. The collected data were used then to calculate the main psychometric properties of the EADT.

Results

The different factor analyses were applied to the preliminary version of the EADT, composed by 84 items. After choosing the most appropriate factor solution, the definitive version of the EADT was obtained. It was constituted by 34 items and three factors: "dangerous world", "negative view of society and the human being" and "illness chronification". The internal consistency indexes of the three factors ranged between .852 and .876, while the EADT global scale showed an internal consistency of .930. In addition, item homogeneity analyses offered indexes above .50 in most of the items, with all items yielding values above .20.

The validity of the EADT was studied through different factorial, criterion, diagnostic and group validity indexes. The validity criterion was assessed, on the one hand, comparing global scale and subscales correlations with measures of post-traumatic symptoms ($r = .315$ to $.646$; $p < .001$), depressive symptoms ($r = .359$ to $.609$; $p < .001$), anxiety symptoms ($r = .251$ to $.476$; $p < .05$) and maladjustment degree, although, in relation to this last variable, the correlation with the "negative vision of society and human being" subscale was not statistically significant. On the other hand, the validity criterion was also examined in relation to its diagnostic ability to detect cases of PTSD. A cut-off point of 86 was established for the global scale of the EADT

to differentiate between the presence/absence of PTSD. It yielded a sensitivity of .827 and a specificity of .529. Finally, the validity criterion was also studied from the perspective of contrasted groups, comparing the EADT scores according to the presence/absence of different combinations of emotional disorders after controlling the sex and age of the participants. Results suggested that EADT had a good validity for discriminating victims of terrorism with and without emotional disorders.

Discussion and Conclusions

The present work presents an instrument developed to assess traumatic dysfunctional beliefs and attitudes of victims of terrorism, the EADT. The instrument is composed by 34 items divided into three subscales that have excellent or good reliability, and excellent global scale reliability. Furthermore, the instrument offers guarantee of good convergent, construct, discriminant, predictive and clinical validity. These characteristics make the EADT the first instrument to measure traumatic dysfunctional attitudes in the population of victims of terrorism, which will allow to evaluate traumatic dysfunctional beliefs and attitudes, to assess the efficacy of treatments that seek to create a deep cognitive change, to assess whether beliefs and attitudes are really an element of vulnerability (as stated by theoretical models), to measure during therapy whether attitudes (and not just products) have changed in order to be able to end treatment, and to assess the rigidity and resistance of these attitudes to therapeutic change.

RESUMEN

Desarrollo de un instrumento para la evaluación de las creencias disfuncionales específicas en víctimas del terrorismo que sufren Trastorno de Estrés Postraumático

Introducción

El alcance internacional del terrorismo arroja cifras importantes de víctimas, convirtiéndolo en uno de los problemas más graves a nivel mundial. La literatura científica indica que entre un 19-40% de las víctimas directas, entre un 17-29% de las víctimas indirectas (familiares de fallecidos y heridos), el 3-11% de la población general residente en la zona afectada y el 5-12% de los intervinientes desarrollarán un trastorno de estrés postraumático (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2016). Diversos factores cognitivos (creencias y actitudes, pensamientos, procesos, etc.) desempeñan un rol fundamental a la hora de dar una explicación a la etiología, curso, mantenimiento y respuesta al tratamiento del TEPT (Dalglesh y Josephs, 1996; Ehlers y Clark, 2000; Foa y Riggs, 1993; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992; McCann y Pearlman, 1990; Resick y Schnicke, 1992; Rothbaum y Foa, 1996). Tal ha sido la relevancia de estos factores cognitivos, que el *Manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría, en su última edición o DSM-5 (APA, 2013), ha incluido, entre los criterios diagnósticos del TEPT, un grupo de síntomas relativos a alteraciones en las cogniciones y el estado de ánimo que introduce dos nuevos y reformulados síntomas cognitivos con respecto al DSM-IV (APA, 2000).

Dada la importancia de los factores cognitivos, desde los años 90 han surgido algunos instrumentos destinados a medir diferentes constructos cognitivos relacionados con el TEPT, tales como el *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI; Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999), la *Posttraumatic Maladaptive Beliefs Scale* (PMBS; Vogt, Shipherd y Resick, 2012), el *Trauma Appraisal Questionnaire* (TAQ; DePrince, Zurbriggen, Chu y Smart, 2010), por citar solo algunos. No obstante, aunque existe una serie de instrumentos desarrollados

específicamente para la evaluación de los factores cognitivos relativos al TEPT, ciertos aspectos ponen en duda bien su calidad como instrumentos de evaluación (problemas en el proceso de análisis factorial, índices de fiabilidad y/o validez no demasiado altos en algunos de los factores, etc.) o bien su capacidad para ser usados de una forma correcta y útil en población víctima de terrorismo, población para la que no existen en la actualidad instrumentos específicos destinados a evaluar las actitudes disfuncionales traumáticas. Además, solo dos de los instrumentos revisados, el PTCI y el cuestionario de Valoración del Impacto Vital Ontológico (VIVO) (Pérez-Sales et al., 2011) han sido desarrollados y validados con población hispanoparlante, lo que plantea la cuestión de la escasez de instrumentos válidos en España, un país con una historia de terrorismo muy amplia, para valorar los aspectos cognitivos derivados de un atentado terrorista.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es doble. Primero, diseñar y desarrollar un buen instrumento destinado a la evaluación de creencias y actitudes disfuncionales traumáticas, que se llamará Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas (EADT), específico para ser usado con población víctima del terrorismo, y cuya aplicación sea breve y sencilla. Segundo, validar el instrumento con población hispanohablante víctima del terrorismo, determinando la fiabilidad (consistencia interna) así como diferentes índices de validez (validez factorial, validez de criterio, validez diagnóstica, validez de grupos contrastados) de las puntuaciones que ofrece la EADT.

Método

Para el diseño de los ítems que compondrían la versión preliminar de la escala se analizaron las creencias y actitudes disfuncionales que presentaron 59 víctimas del terrorismo diagnosticadas de TEPT durante 480 sesiones terapéuticas de un tratamiento cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT). A continuación se administró la versión

preliminar de la EADT a un grupo de 253 víctimas directas e indirectas del terrorismo y se realizaron diversos análisis factorial para seleccionar los ítems que mejor satisfacían ciertas garantías teóricas y psicométricas. Los análisis factoriales se realizaron tanto sobre la matriz de correlaciones policóricas como sobre la matriz de correlaciones de Pearson y se utilizaron diversos procedimientos para identificar el número de factores más adecuado (gráfico de sedimentación, MAP de Velicer, análisis paralelo óptimo, análisis paralelo clásico, método de Horn). Todos los análisis factoriales utilizaron el método de extracción ULS y el método de rotación oblicua promax normalizada, y sus resultados, junto con los resultados obtenidos de analizar la fiabilidad de consistencia interna de los factores obtenidos, dieron lugar a una versión definitiva de la EADT de 34 ítems compuesta por tres factores o subescalas correlacionadas. Por último, la versión definitiva de la EADT se administró a un total de 338 víctimas directas e indirectas del terrorismo, datos que se utilizaron para calcular las principales propiedades psicométricas de la EADT.

Resultados

La versión preliminar de la EADT estuvo compuesta por un total de 84 ítems sobre los que se aplicaron los diferentes análisis factoriales. Tras la elección de la solución factorial más adecuada se obtuvo la versión definitiva de la EADT, formada por 34 ítems y tres factores: “mundo peligroso”, “visión negativa de la sociedad y del ser humano” y “cronificación del malestar”. Los índices de consistencia interna de los tres factores varió entre .852 y .876, mientras que la escala global de la EADT mostró una consistencia interna de .930. Además, el análisis de homogeneidad de los ítems ofreció índices superiores a .50 en la mayoría de los ítems, con todos los ítems arrojando valores superiores a .20.

Por su parte, la validez de la EADT se estudió a través de diferentes índices de validez de factorial, de criterio, diagnóstica y de grupos contrastados. La validez de criterio se evaluó, por un lado, a través de las correlaciones de las subescalas y de la escala global de la EADT con

medidas de sintomatología postraumática ($r = .315$ a $.646$; $p < .001$), sintomatología depresiva ($r = .359$ a $.609$; $p < .001$), sintomatología de ansiedad ($r = .251$ a $.476$; $p < .05$) y grado de inadaptación, aunque en relación con esta última variable la correlación con la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” no fue estadísticamente significativa. La validez de criterio también se examinó en relación con su capacidad diagnóstica para detectar casos de TEPT. Se estableció un punto de corte de 86 para la escala global de la EADT, lo que dejaba al instrumento con una sensibilidad de $.827$ y una especificidad de $.529$ para diferenciar entre presencia/ausencia de TEPT. Por último, la validez de criterio también se estudió desde la perspectiva de los grupos contrastados comparando las puntuaciones de la EADT en función de la presencia/ausencia de diferentes combinaciones de trastornos emocionales tras controlar el sexo y la edad de los participantes, lo que arrojó, en última instancia, unos resultados que apuntan a una buena validez para diferenciar entre víctimas del terrorismo con y sin trastornos emocionales.

Discusión y conclusiones

El presente trabajo presenta un instrumento desarrollado con el objetivo de evaluar las creencias y actitudes disfuncionales traumáticas de las víctimas del terrorismo, la EADT. El instrumento está compuesto por 34 ítems divididos en tres subescalas que cuentan con una fiabilidad excelente o buena, mientras que la fiabilidad de la escala global es excelente. Además, el instrumento ofrece garantías de una buena validez convergente, de constructo, discriminante, predictiva y clínica. Estas características convierten a la EADT en el primer instrumento destinado a medir las actitudes disfuncionales traumáticas en población víctima del terrorismo, lo cual permitirá la evaluación de las creencias y actitudes disfuncionales traumáticas, valorar la eficacia de los tratamientos que buscan crear un cambio cognitivo profundo, evaluar si realmente las creencias y actitudes son un elemento de vulnerabilidad (como afirman los modelos teóricos), medir durante la terapia si las actitudes (y no solo los

productos) han cambiado para poder dar por finalizado el tratamiento, y evaluar la rigidez y resistencias de estas actitudes al cambio terapéutico.

Capítulo 1.

Contextualización del terrorismo

1.1. Alcance internacional del terrorismo

El terrorismo constituye una de las amenazas más críticas para la paz y la seguridad de los ciudadanos a nivel internacional y supone una de las mayores violaciones de los derechos humanos y las libertades fundamentales, atentando contra los principios de la democracia y el estado de derecho. Aunque una de las consecuencias más graves de los atentados terroristas sea la pérdida directa de vidas humanas, el problema se extiende mucho más allá, provocando un impacto en la economía de los estados, en la salud física y mental de la población, en los prejuicios raciales, culturales, sociales y/o religiosos, en decisiones políticas de gran calado y, en general, en la vida de las personas.

Tomando los datos del año 2017, a nivel internacional se produjeron un total de 8.093 ataques terroristas que dejaron 32.836 fallecidos, 22.651 heridos y 3.534 secuestrados (START, 2019). Estas cifras respaldan la tendencia decreciente con respecto a los años anteriores (ver Tabla 1), especialmente desde que en el año 2014 se alcanzara el máximo en el número de ataques terroristas de los últimos diez años, llegando a la cifra de 13.463 (START, 2015); en el año 2015 se alcanzara el máximo en el número de personas heridas en ataques terroristas de los últimos diez años, con cifras de 35.320 (START, 2016); y en el año 2016 se alcanzara el máximo en el número de secuestros de los últimos diez años, un total de 15.543 personas secuestradas (START, 2017). Si bien, el año 2018 y a pesar de la reducción en cuanto a ataques, personas heridas y secuestros, ha sido el año que mayor número de personas fallecidas ha arrojado, lo que apunta a una mayor eficiencia de los ataques terroristas para provocar muertes. Comparando las cifras del año 2018 con los máximos arrojados en los años 2014 en cuanto a número de ataques terroristas, en el año 2015 en el número de heridos y en el año 2016 en el número de secuestros, vemos una reducción del 39.88%, del 35.86% y del 77.26%, respectivamente; cifras que, si bien apuntan al optimismo, son muy parecidas a las del año 2013 (START, 2014), antes de que el grupo terrorista ISIS, aprovechando la coyuntura de la guerra

civil mantenida en Siria desde el año 2011, se expandiese por gran parte de su territorio y ganara poder y notoriedad en el ámbito internacional. Así mismo, la reducción en las cifras de atentados terroristas parece responder a la pérdida durante los años 2016 y 2017 de los principales acuartelamientos de ISIS en Siria (Al Raqa, Mosul, Faluya y Abu Kamal), lo que vino acompañado de un debilitamiento generalizado del grupo terrorista.

Tabla 1. Ataques y víctimas del terrorismo en el período de 2008-2017 (National Counterterrorism Center, 2010, 2011, 2012; START, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019)

Ataques terroristas y víctimas	Año										Promedio
	2009	2010	2011*	2012**	2013**	2014**	2015**	2016**	2017**	2018*	
Número de ataques terroristas											
• África	853	879	978	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Este de Asia y pacífico	821	728	543	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Europa y Asia central	737	704	561	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Oriente medio	3.297	3.416	7.721	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Sur de Asia	4.847	5.537	5.537	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• América	444	340	480	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Mundo entero	10.999	11.604	10.283	6.771	9.707	13.463	11.774	11.072	8.584	8093	10.235
Número de fallecidos											
• África	3.239	2.137	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Este de Asia y pacífico	678	493	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Europa y Asia central	367	355	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Oriente medio	4.041	3.750	9.236	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Sur de Asia	6.269	6.172	6.172	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• América	377	279	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Mundo entero	14.971	13.186	12.533	11.908	17.891	32.727	28.328	25.621	18.753	32.836	20.875
Número de heridos											
• África	3.878	4.539	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Este de Asia y pacífico	1.167	1.328	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Europa y Asia central	1.054	1.187	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Oriente medio	14.245	12.781	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Sur de Asia	11.502	10.350	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• América	818	480	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Mundo entero	32.664	30.665	25.903	21.652	32.577	34.791	35.320	33.814	19.461	22.651	28949
Número de secuestrados											
• África	2.592	2.651	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Este de Asia y pacífico	148	246	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-

• Europa y Asia central	4	9	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Oriente medio	887	1.206	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Sur de Asia	6.657	1.748	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• América	219	190	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
• Mundo entero	10.507	6.050	5.554	1.283	2.990	9.428	12.189	15.543	8.937	3.534	7601	
Ataques terroristas con 10 o más fallecidos	234	192	193	186	320	561	597	491	343	725	384	

Nota: s.d. = sin datos. Los datos de los años 2008, 2009 y 2010 y 2011 proceden de los informes del NTCT (National Counterterrorism Center de los EE. UU.) (National Consortium for the Study of Terrorism y Responses to Terrorism de los EE. UU.), mientras que los restantes proceden de los informes del START (National Consortium for the Study of Terrorism y Responses to Terrorism de los EE. UU.). A partir de 2012, el NTCT dejó de publicar estadísticas sobre ataques y víctimas del terrorismo por razones presupuestarias, pero dado que las metodologías de ambas instituciones para realizar esas estadísticas difieren, los datos de los años 2009 y 2010 y 2011 no son directamente comparables con los años precedentes y, por tanto, las estimaciones de tendencias anuales o temporales se tienen que tomar con precauciones. *En los informes del NCTC sobre 2011 (NCTC, 2012a, b), los datos de Oriente Medio y Sur de Asia se recogen de forma combinada y algunos datos no aparecen desglosados por zonas del mundo.**En los informes del START sobre (START, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019) los datos no aparecen desglosados por zonas del mundo.

A pesar de ser un problema globalizado, la incidencia del terrorismo varía enormemente entre diferentes países y lugares del mundo. Tomando como referencia los últimos 5 años (ver Tabla 2), los países con un mayor número de ataques terroristas al año se sitúan en las regiones de Oriente Medio, Sur de Asia y algunas zonas del continente africano (START, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019). A este respecto merecen una especial atención los países de Iraq, Afganistán, Pakistán e India, por ser los que copan los cuatro primeros puestos en los últimos cinco años en cuanto a número de ataques terroristas se refiere. Teniendo en cuenta estas situaciones geográficas no es de extrañar que en el mismo período los grupos terroristas que más ataques han cometido sean los Talibanes, Al-Qaeda, ISIL e ISIS, Boko Haram, Al-Shabaab y los maoístas de la India. Así mismo, el método más usado para perpetrar los ataques es la colocación de explosivos, seguido del asalto armado, dirigiéndose principalmente, en este orden, contra ciudadanos, policía, gobierno, empresarios, militares, etc.

Tabla 2. Características de los ataques terroristas en el mundo por año en el intervalo 2014-2018 (START, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019).

Características atentados	Año				
	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)
Tipo de atentado					
Bomba	54	52	54	47	s.d.
Asesinato	6	8	6	8	s.d.
Secuestro	10	9	10	10	s.d.
Ataques a infraestructuras	7	8	9	12	s.d.
Asalto armado	23	23	21	22	s.d.
Principales objetivos					
Civiles	36.0	37.0	42.6	39.6	s.d.
Policía	19.2	17.7	15.9	18.5	s.d.
Gobierno	11.1	9.3	9.1	10.6	s.d.
Empresarios	8.10	9.41	8.5	9.23	s.d.
Militares	5.8	5.8	5.0	5.3	s.d.
Principales grupos terroristas					
Talibanes	6.64	9.28	7.66	8.19	13.33
Boko Haram	3.36	4.17	s.d.	3.21	2.71
Maoístas (India)	2.26	2.91	3.03	3.44	2.18
Al-Shabaab	3.70	s.d.	2.99	4.11	6.61
ISIL	8.04	7.91	s.d.	s.d.	s.d.
ISIS	s.d.	s.d.	10.23	9.98	7.99
Principales países objetivos					
Iraq	25.03	20.54	26.77	22.73	9.45
Pakistán	13.53	8.57	6.63	6.69	4.65
Afganistán	11.81	14.50	12.10	13.64	15.98
India	5.66	6.71	8.37	10.02	8.29
Filipinas	s.d.	4.12	4.35	5.63	4.32
Nigeria	4.91	5.00	4.20	4.79	6.74

Nota: s.d. = sin datos (en los datos de START (2019) los datos aportados varían y no encajan con los presentados en esta tabla. Los porcentajes son cálculo propio.

Centrándonos en los países que conforman la Unión Europea (UE) las cifras señalan que las víctimas mortales en ataques terroristas en los últimos diez años representan menos del 1% del total en el mundo (ver Tabla 3) (Pagazaurtundúa, 2018), si bien se ha producido un incremento en los últimos años, llegando a las 151 víctimas mortales en el año 2015, 145 en el año 2016 y 70 en el año 2017, cuando desde el año 2008 solo se superó la decena de víctimas mortales en el 2012. Sin embargo, el número de ataques terroristas fallidos, frustrados o completados ronda de media los 228 en los últimos diez años, (EUROPOL, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019). Este dato, junto con el número de arrestos por delitos relacionados con el terrorismo, que ronda de media los 758 al año, pone de manifiesto el gran problema que supone el terrorismo también en la UE, si bien y a diferencia de lo ocurrido en otras partes del mundo, donde los ataques terroristas tenían una inspiración fundamentalmente religiosa, la mayoría de los ataques terroristas en la UE, ya sean fallidos, frustrados o completados, son llevados a cabo por grupos étnicos y separatistas. De hecho, en el año 2017 el terrorismo ocupó el segundo lugar en cuánto a las preocupaciones de los europeos (Comisión Europea, 2018), solo superado por la inmigración y muy por encima de la situación financiera de los estados miembros y el desempleo, si bien en el año 2018 fue superado por el cambio climático, ocupando la tercera posición en un empate técnico con la situación económica y la situación de la hacienda pública.

Tabla 3. Datos de EU. Europol (EUROPOL, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019) y Libro Blanco y Negro del terrorismo en Europa (Pagazaurtundúa, 2018)

Ataques terroristas	Año										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Promedio
Número de ataques terroristas	294	249	174	219	152	199	211	142	205	129	197.4
Étnico y separatista	237	160	110	167	84	67	65	99	137	83	120.9
Religioso	1	3	0	6	0	2	17	13	33	24	9.9
Ideología izquierda radical	40	45	37	18	24	13	13	27	24	19	26
Ideología derecha radical	4	0	1	2	0	0	9	1	5	1	2.3
Otros*	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	.5
No especificado**	10	40	26	26	44	116	107	2	6	1	37.8
Número de víctimas mortales (% de representación)	7 (0.039)	4 (0.030)	3 (0.024)	14 (0.11)	4 (0.022)	4 (0.012)	151 (0.54)	145 (0.57)	70 (0.37)	s.d.	s.d.
Número de arrestos	1002	1077	774	535	537	484	611	587	753	1056	741.6

Nota: *En los informes EUROPOL se refieren a otros tipos de terrorismo no encuadrados en las categorías anteriores, como, por ejemplo, los actos violentos cometidos por grupos de protesta en favor de los animales. ** Esta categoría hace referencia a sucesos violentos que no han sido encuadrados en ninguna de las categorías anteriores, según el sistema judicial del país miembro en cuestión.

1.2. Alcance nacional del terrorismo

La historia contemporánea del terrorismo en España nos habla de un suceso continuado e intenso. Tanto es así que el número de grupos terroristas que han operado en este país durante la segunda mitad del siglo XX y el siglo XXI supera la treintena, dejando un total de 1339 víctimas mortales en territorio nacional (a las que habría que sumar las 98 víctimas mortales de nacionalidad española fallecidas en suelo extranjero, lo que haría un total de 1437 víctimas mortales por terrorismo) (adaptado de Ministerio del Interior, 2018). La variedad de ideologías que subyacen a los diferentes grupos, los métodos utilizados, el número de víctimas que han provocado, la historia, el tiempo de actividad o el reconocimiento y/o rechazo social que han despertado son tan dispares entre unos y otros grupos que ni permiten ni aconsejan unificar el terrorismo en España como un mismo fenómeno.

Centrándonos en la ideología subyacente a los diferentes grupos terroristas, encontramos grupos de ideología de extrema izquierda como son Euskadi Ta Askatasuna (ETA), los Grupos de Resistencia Antifascista Primero de Octubre (GRAPO), el Frente Revolucionario Antifascista y Patriótico (FRAP) y el Movimiento Ibérico de Liberación-Grupos Autónomos de Combate (MIL-GAC); grupos de ideología de extrema derecha como son la Alianza Apostólica Anticomunista o Triple A (AAA), el Batallón Vasco Español (BVE), los Grupos Armados Españoles (GAE) y los Grupos Antiterroristas de Liberación (GAL); grupos de ideología nacionalista radical como son, por ejemplo, los Comandos Autónomos Anticapitalistas (CAA; nacionalismo vasco), el Frente Revolucionario Antifascista Vasco-Aragonés (FRAVA; nacionalismo vasco-aragonés), el *Exèrcit Popular Catalá* (EPOCA; nacionalismo catalán), el *Front D'Alliberament Catalá* (FAC; nacionalismo catalán), *Terra Lliure* (nacionalismo catalán), los Grupos Armados 28 de Febrero (GAVF; nacionalismo andaluz), la *Andecha Obrera* (nacionalismo asturiano), el Movimiento por la Autodeterminación e Independencia del Archipiélago Canario-Fuerzas Armadas Guanches

(MPAIAC-FAG; nacionalismo canario), la *Loita Armada Revolucionaria* (LAR; nacionalismo gallego), y el *Exército Guerrilheiro de Povo Galego Ceive* (EGPGC; nacionalismo gallego); y, por último, de ideología yihadista como *Al Qaeda* o ISIS (Benegas, 2004; de la Calle y Sánchez-Cuenca, 2011; Sánchez-Cuenca, 2009).

Aunque todos los grupos terroristas mencionados han tenido su relevancia y su impacto en la historia del terrorismo de España, son ETA, GRAPO y el terrorismo yihadista los que, atendiendo al número de víctimas mortales provocadas, cuentan con una mayor relevancia (ver Tabla 4), si bien la banda terrorista ETA está desarticulada y disuelta desde que en el año 2011 anunciara el cese definitivo de la actividad armada y los GRAPO se consideran así mismo disueltos dado que, a pesar de que no se ha realizado ningún anuncio oficial en este sentido, la total ausencia de atentados y la práctica detención de todos sus miembros hacen que la banda sea considerada como desarticulada por las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado. Así pues, en la actualidad, la mayor amenaza terrorista con la que se enfrenta España y, como pone de manifiesto el último atentado cometido en nuestro país con víctimas mortales, es el terrorismo de corte yihadista.

Tabla 4. Número de personas fallecidas en atentados terroristas en España en función de la autoría del atentado y la fuente de datos consultada

Grupo terrorista	Fundación Víctimas de Terrorismo	Dirección General del Gobierno Vasco	Subsecretaría de la Dirección general de Apoyo a Víctimas del Terrorismo. Ministerio del Interior
ETA (Euskadi Ta Askatasuna)	823	916	829
GRAPO (Grupo de Resistencia Antifascista Primero de Octubre)	85	74	84
Terrorismo Yihadista	192	192	230
Otros	120	115	239
TOTAL	1220	1297	1382

Nota: faltan por incluir las 16 víctimas mortales del atentado de Cambrills y Barcelona del 17 de agosto del año 2017.

A pesar de la gran cantidad de grupos o bandas terroristas que, como hemos visto, han operado en nuestro país, hablar de terrorismo en España es hablar de ETA; no solo por ser la banda terrorista con más asesinatos en su espalda, sino porque su historia ayudó a configurar una realidad político-social en todo el territorio nacional que, aún hoy, sigue estando muy presente en varios estamentos de nuestra sociedad. Así pues, resulta conveniente realizar un recorrido histórico centrado en esta banda, para lo que dividiremos su trayectoria según las etapas propuestas en el Informe Foronda (Romo, 2015): 1) Últimos años de la dictadura franquista (1968-1975), 2) Transición democrática (1976-1981), 3) Consolidación democrática (1982-1994), 4) Socialización del sufrimiento (1995-2010).

1.2.1. Últimos años de la dictadura franquista (1968-1975)

Son dos los condicionantes que explican el surgimiento de la banda terrorista ETA en los años cincuenta del siglo anterior, si bien en su nacimiento fue concebida como un grupo que abordaba tanto el aparato militar, como el político, económico y cultural. Por un lado, ETA nace como respuesta desde la cultura política *abertzale* a la percepción de inactividad del Partido Nacionalista Vasco (PNV) contra el franquismo y, por otro lado, debido a la entrada en la escena política de un grupo de jóvenes vascos influidos por la idiosincrasia de su propio contexto histórico, del que cabe destacar una segunda y generalizada industrialización, movimientos migratorios del campo a las ciudades, el resurgimiento del movimiento obrero, el desarrollo urbano y un despertar de la cultura vasca (Fusi, 1986; Pérez, 2001 y González de Langarica, 2007, citado en Romo, 2015).

En parte gracias a la condena mediática que el régimen dictatorial realizó a las acciones de ETA durante sus primeros años, entre las que destacaban la colocación de Ikurriñas, la realización de pintadas, la destrucción de monumentos franquistas o algunas agresiones físicas contra personas señaladas como “españolistas” o “fascistas”, ETA obtuvo notoriedad y

publicidad, lo cual favoreció a que se viera a la banda terrorista como un enemigo del régimen y se diera a conocer entre los sectores antifranquistas y el conjunto de la sociedad. Ahora bien, no fue hasta que la banda terrorista asesinó al guardia civil José Pardines y al comisario de policía Melitón Manzanos (considerado un torturador del régimen), en el año 1968, cuando se produjo un considerable aumento del impacto mediático y de su capacidad de reclutamiento, que aumentó aún más tras el proceso de Burgos contra miembros de ETA en el que el régimen condenó a seis terroristas a la pena capital, sentencia que provocó el rechazo de una parte importante de la sociedad, tanto española como extranjera, y que provocó la unión de varios actores (Comisiones Obreras [CC. OO.], Unión Sindical Obrera [U. S. O.], partidos de extrema izquierda, etc.), a los que en ocasiones los etarras apoyaron en movilizaciones o huelgas generales contra un enemigo común.

Así pues, la historiografía coincide en señalar que durante este período y en lo que a las fuerzas antifranquistas se refiere, predominó una actitud de comprensión hacia ETA en la que, si no se justificaban sus actuaciones violentas, al menos sí se toleraban. Cabe destacar que, durante este período, el objetivo último de ETA pasaba por promover una insurrección rápida que otorgara la independencia de los territorios que ellos consideraban propios y que no fue hasta que esta estrategia fracasó cuando, en vistas del “empate oscilante” en su lucha contra las fuerzas del régimen, la banda se decidió por una estrategia de “guerra larga”, de desgaste, según la cual se intentaría forzar al Estado a entablar una negociación ante su imposibilidad de romper dicho empate (Ibarra, 1989, citado en Romo, 2015).

Las cifras de víctimas mortales en esta primera etapa que arroja el terrorismo alcanza un total de 64, cometidas por seis grupos terroristas, de las cuales 45 (70.3%) son atribuibles a la banda terrorista ETA y 9 (14.1%) a los GRAPO. El principal método utilizado por los etarras para cometer sus asesinatos fue la utilización de armas de fuego (55.6%), asesinatos que en un 31.1% de los casos afectaron a Guardias Civiles, en un 15.6% de los casos a miembros de lo

que más tarde se convertiría en el Cuerpo de Policía Nacional y en un 44.4% de los casos a civiles (sin contar políticos y empresarios). Cabe destacar que el 40% de las víctimas de ETA durante este período tenían treinta años o menos.

1.2.2. Transición democrática (1976-1981)

La transición democrática estuvo fuertemente marcada por el auge de los atentados terroristas, tanto aquellos que aluden a ETA y a otros grupos terroristas de extrema izquierda (GRAPO, FRAP, Comandos Autónomos Anticapitalistas, etc.) como a grupos de extrema derecha (Batallón Vasco Español, Triple A, Grupos Armados Españoles, etc.). Este ambiente de desprotección generalizada provocó cierto descrédito del Estado Español y restó legitimidad al proceso democrático que se estaba iniciando.

Continuando la tendencia de los años anteriores, la sociedad vasca continuó, durante este período, dando un gran apoyo a la banda terrorista ETA, al tiempo que la valoración de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado seguía siendo en la mayoría de los casos muy mala o bastante mala (Euskobarómetro, 1995). Prueba de ello son los 151.636 votos que consiguió la coalición HB, el brazo electoral de ETA, en los primeros comicios autonómicos en el año 1980 y que colocó a esta coalición como segunda fuerza política, solo superada por el PNV. El apoyo no solo era visible en el ámbito político, sino que en 1978 un 48% de los vascos describía a los etarras como patriotas o idealistas (Linz, 1986, citado en Romo, 2015), visión que quedaba reforzada gracias, por ejemplo, a su lucha contra bienes de Iberduero, empresa promotora de la central nuclear de Lemoiz, que permitió a ETA erigirse como la abanderada de la, socialmente apoyada, causa antinuclear, permitiéndole mantener una imagen de “luchadora y defensora de causas justas”. Al mismo tiempo, desde organismos oficiales, partidos políticos, sectores relevantes del periodismo, etc., la condena hacia los atentados de la banda terrorista estuvo marcada por una fuerte ambigüedad bajo la que se evitaba condenar directamente a ETA, ocultando esta condena bajo el paraguas de una condena a la violencia en general. Por último,

las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, quizá influidas por el clima de amenaza en el que vivían, los numerosos y constantes ataques que sufrían y por el escaso apoyo que recibían de la sociedad y de las instituciones vascas, sufrieron una involución hacia los métodos del régimen franquista que ayudó a polarizar aún más a la sociedad vasca y a que ésta justificará, de alguna forma, los asesinatos cometidos contra sus miembros.

Durante esta época, además, ETA desarrolló una nueva forma de terrorismo basado en los secuestros, aumentando en doce veces los cometidos en esta etapa en relación a la época franquista. Las víctimas de estos secuestros eran o bien acusados de disidencia política, grupo con un mayor porcentaje de desenlace fatal, o bien empresarios con conflictos laborales, a los que se les dejaba en libertad después de recibir un “castigo”, o bien empresarios a los que se les exigía un rescate. A este respecto también cabe señalar la entrada en vigor del conocido como “impuesto revolucionario” y la campaña de atracos utilizada por la banda para financiar sus actividades terroristas.

A los numerosos asesinatos hay que sumarle la sensación de soledad, abandono y olvido que sufrieron las víctimas durante este período y que se complementa con el enorme apoyo que recibieron los etarras fallecidos (bien por atentados de un signo contrario, bien por la legítima actuación policial), en forma de funerales ritualizados y manifestaciones multitudinarias. Las víctimas del terrorismo, tras el funeral en el que, no siempre, acudía alguna figura de autoridad, aunque nunca de primera línea, sufrían una muerte social, se veían obligadas a emigrar, a ocultarse o a quedar relegadas al olvido. De hecho, incluso en el ámbito de la reclamación de justicia y como puso de manifiesto el periodista Juanfer F. Calderín, existen múltiples sumarios relativos a casos de terrorismo durante la transición que eran archivados habiendo transcurrido apenas unos pocos meses desde la comisión del atentado, lo que da una idea de la desidia de las investigaciones judiciales de la época (Calderín, 2014). A este respecto cabe reseñar la

fundación de la Asociación Víctimas del Terrorismo en el año 1981, que con su labor de auxilio y apoyo a las víctimas logró mejorar la situación social a que eran sometidas.

En el ámbito legislativo y en lo que respecta a las víctimas, es en esta etapa donde surge la primera ley indemnizatoria a las víctimas del terrorismo, el Real Decreto Ley 3/1979, de 26 de enero, de Protección de la Seguridad Ciudadana, que declaró por primera vez indemnizables los daños sufridos a consecuencia del fenómeno terrorista, precepto que fue desarrollado reglamentariamente por el Real Decreto 484/1982, de 5 de marzo, aunque en ese momento las indemnizaciones se limitaban solamente a los casos de fallecimientos y lesiones corporales y dependían del nivel de renta de las víctimas.

Las cifras de víctimas mortales en esta segunda etapa que arroja el terrorismo alcanza un total de 502, asesinadas por la acción de al menos doce grupos terroristas, de las cuales 364 (72.5%) son atribuibles a la banda terrorista ETA y 54 (10.8%) a los GRAPO. El principal método utilizado por los etarras para cometer sus asesinatos continua siendo la utilización de armas de fuego (71.2%), asesinatos que en un 23.4% de los casos afectaron a Guardias Civiles, en un 14.8% de los casos a miembros del Cuerpo de Policía Nacional y en un 22.3% de los casos a civiles (sin contar políticos (3.8%) y empresarios (4.7%)). Cabe destacar que el 39.9% de las víctimas de ETA durante este período tenían treinta años o menos.

1.2.3. Consolidación democrática (1982-1994)

El período de consolidación democrática supone, en lo que al terrorismo de ETA se refiere, el inicio de una caída en todos los niveles, entre los que cabe destacar el apoyo político, el apoyo social y la capacidad operativa de la banda terrorista para atentar, al tiempo que se incrementaban las movilizaciones en contra de los asesinatos y en apoyo a las víctimas de los mismos y la capacidad de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado de luchar de un modo efectivo contra el terrorismo.

Tras los conocidos como “años del plomo” de la etapa vista anteriormente, donde la cifra de víctimas mortales por año superaba la centena, el número de asesinatos cometidos por ETA sufrió un fuerte y continuado descenso, que se hizo mucho más acusado a partir del año 1988 y especialmente a partir del año 1993. Esta caída en las cifras de asesinatos consumados sirve de analogía para mostrar lo ocurrido con el apoyo político conseguido por HB durante aquellos años. En los comicios europeos del año 1987 HB, que hasta entonces había mantenido el impacto político conseguido durante la transición, tocó su techo electoral, obteniendo 360.952 votos en toda España, de los cuales 210.430 procedieron de Euskadi, lo que por primera vez la convirtió en la primera fuerza política de esta comunidad autónoma. No obstante, en las siguientes elecciones al Parlamento Europeo, en junio de 1989, HB perdió casi 100.000 votos en el conjunto de España, sin que hubiera una gran repercusión en los territorios de Euskadi, donde las bases electorales del partido continuaban siendo fieles.

Hay varios factores que pueden explicar, al menos en parte, este auge y caída del apoyo de la sociedad a la ideología *abertzale* que ETA representaba. Por un lado, debemos hacer mención a la aparición de los Grupos Antiterroristas de Liberación (GAL), un grupo parapolicial financiado por el Ministerio del Interior que practicaron lo que más tarde se denominó “guerra sucia” contra ETA, su entorno e intereses, en el período comprendido entre 1983 y 1987. La existencia de este grupo terrorista tuvo unas repercusiones muy negativas en lo que a la lucha antiterrorista se refiere. Por un lado, menoscabó al Partido Socialista Obrero Español (PSOE), al gobierno de España y a la joven democracia instaurada en el país y, por otro, concedió un argumentario a la izquierda *abertzale* para justificar los crímenes cometidos por la banda terrorista ETA, lo que influyó en que, hasta la disolución de los GAL, ETA continuara manteniendo cierto tinte romántico y revolucionario y un nada desdeñable apoyo social. A partir de 1987 es cuando el apoyo a la banda, al menos fuera de Euskadi, comienza a descender, suceso motivado tanto por la aparición de la Coordinadora Gesto por la Paz, como por la

sucesión de algunos atentados especialmente cruentos perpetrados por la banda terrorista ETA. Gesto por la Paz era una plataforma con implantación en el País Vasco y Navarra, autodefinida como pacifista, cívica, unitaria, pluralista e independiente a cualquier partido político, que pretendía dinamizar la repulsa pública de los atentados mortales mediante concentraciones silenciosas, “gestos”, en diferentes puntos de la geografía vasca y navarra. Gracias a esta plataforma, la sociedad se vio impelida a mostrar su repulsa social contra el terrorismo, perjudicando la visión positiva de los que defendían las actuaciones de ETA. Al mismo tiempo, ETA cometió algunos atentados muy difíciles de justificar incluso por quienes apoyaban o toleraban la causa, como son el atentado de 1987 en Barcelona en el que la banda terrorista hizo explosión frente a un Hipercor, asesinando a 21 personas, entre ellos varios niños, y el atentado contra la casa cuartel de Zaragoza, que segó la vida de 11 personas en diciembre de ese mismo año, 5 de ellos niños.

Mientras la visión de la sociedad cambiaba, la banda terrorista ETA iba perdiendo capacidad operativa, gracias en parte a la mejora de la eficacia de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado para combatir al terrorismo y a la colaboración antiterrorista con Francia, que eliminó el refugio seguro de los etarras perseguidos por la justicia española.

En el ámbito legislativo, destacan las pensiones extraordinarias por terrorismo de 1987 y 1992 (para el régimen de clases pasivas) y de 1990, 92 y 94 (para el régimen de seguridad social); normativas que desembocaron en la Ley 13/1996, de 30 de diciembre de Medidas Fiscales y del Orden Social, que junto con la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, recogió el régimen ordinario de indemnizaciones (régimen que actualmente sigue siendo el soporte económico principal de las víctimas), amplió las ayudas económicas (se crearon las ayudas al estudio, de asistencia psicológica y se habilitó un régimen de subvenciones a las asociaciones de víctimas) e impulsó la asistencia integral e individualizada a las víctimas del terrorismo.

Las cifras de víctimas mortales en esta segunda etapa que arroja el terrorismo alcanza un total de 506, cometidas por al menos once grupos terroristas, de las cuales 405 (80%) son atribuibles a la banda terrorista ETA y 27 (5.4%) a los GAL. El principal método utilizado por los etarras para cometer sus asesinatos continua siendo la utilización de armas de fuego (48.6%), aunque seguido de la colocación de coches bomba (37.5%) con la que disminuían el riesgo de ser atrapados, asesinatos que en un 24.4% de los casos afectaron a Guardias Civiles, en un 20% de los casos a miembros del Cuerpo de Policía Nacional y en un 30.4% de los casos a civiles (sin contar políticos (1.7%) y empresarios (5.2%)). Cabe destacar que el 35.4% de las víctimas de ETA durante este período tenían treinta años o menos.

1.2.4. Socialización del sufrimiento (1995-2010)

A partir de 1995 ETA encabezó la extensión del terror a nuevos sectores sociales, entre los que se contaban políticos, periodistas, intelectuales, etc., en lo que vino a llamarse la estrategia de socialización del sufrimiento y que se inició con el asesinato en enero de 1995 de Gregorio Ordoñez Fenollar, teniente de alcalde de San Sebastián y parlamentario vasco por el partido popular (PP). Estos asesinatos estuvieron acompañados por campañas tanto de violencia callejera (*kale borroka*) en la que se trataba de trasladar la intimidación a la vida cotidiana de la ciudadanía, como de violencia de persecución en forma de llamadas telefónicas, cartas anónimas, concentraciones frente a domicilios particulares, insultos, pintadas amenazantes o cócteles molotov contra los bienes (Pérez, 2005, citado en Romo, 2015). De esta forma, un gran número de ciudadanos vascos pasó a convertirse en víctima de un terrorismo conocido como “suave”. Un dato que refleja esta condición son las 963 personas, entre las que se cuentan políticos, jueces, fiscales, periodistas, profesores, etc., que tenían asignada una escolta debido a las amenazas realizadas por ETA contras sus vidas.

Las mayores diferencias entre este período y los anteriores en cuanto a la lucha político-social contra el terrorismo son: 1) El considerable aumento en la presencia de los atentados

terroristas en los medios de comunicación, que aumentó de una pequeña reseña en las mayoría de los atentados en el franquismo y la transición a la aparición durante días de artículos que ocupaban numerosas páginas, con todo tipo de informaciones, temáticas abordadas, relatos gráficos y artículos de fondo. 2) Aumento del grado de crispación político-social que culminó en una unión política entre todos los partidos para condenar el terrorismo (a excepción de HB) y que terminó por desembocar en el año 2002 en la promulgación de la Ley de Partidos, cuya consecuencia directa fue la ilegalización de HB, Euskal Herritarrok (EH) y Batasuna, entre otras fuerzas políticas. 3) Las numerosas movilizaciones multitudinarias después y en contra de los atentados terroristas fueron una constante. 4) Las víctimas, que en años anteriores habían estado silenciosas, se convirtieron ahora en agentes políticos, por lo que pudieron influir con su discurso y su relato en la sociedad y en estamentos de la política. Esta lucha político-social allanó el terreno para que, el 20 de octubre de 2011, ETA anunciara el cese definitivo de su actividad armada, si bien no fue hasta el 8 de abril de 2017 que se produjo el desarme definitivo de manera unilateral y sin condiciones, esperando hasta el 3 de mayo del 2018 para confirmar por carta a instituciones y agentes políticos la disolución de todas sus estructuras.

Las razones por las que ETA concluyó su actividad terrorista tienen que ver con la eficiente labor de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, las cuales lograron desarticular la cúpula de ETA en numerosas ocasiones, el amplio rechazo social que terminó por generar el uso de la violencia, incluso dentro de Euskadi, la estrecha colaboración antiterrorista de España con el resto de países europeos, especialmente Francia, el cambio en la opinión pública en lo referente al terrorismo tras los atentados del 11 de Septiembre de 2001 en Nueva York y Washington D.C. y del 11 de Marzo en Madrid y el anuncio del cese de su lucha armada por parte del IRA Provisional en el verano de 2005, un grupo terrorista con el que ETA tradicionalmente se había comparado.

El ámbito legislativo, así como lo referente a la protección y cuidado de las víctimas, sigue la misma tendencia positiva que el resto durante esta etapa. En la Ley 32/1999, del 8 de octubre, se asume que el papel del Estado para con las víctimas no es de compasión o de generosidad, sino de solidaridad, dado que las víctimas lo son de delitos que atentan contra los derechos humanos de todos. En esta ley el Estado asume obligatoria aunque subsidiariamente (cuando no es posible que lo haga el condenado directamente, bien por no haber sido detenido, bien por haber sido considerado insolvente) la responsabilidad civil derivada del delito, asegurando en todo caso que las víctimas perciban sus indemnizaciones.

Especialmente tras los atentados del 11 de marzo en Madrid surgieron varios organismos especializados para la atención a víctimas, como la oficina de víctimas del Gobierno Vasco, el alto Comisionado del Gobierno de España, la Dirección General de Apoyo a Víctimas del Terrorismo, a cargo del Ministerio del Interior y la Fundación Víctimas del Terrorismo, una entidad, esta última, en la que participaban numerosas asociaciones de víctimas y que, aún en la actualidad, continúa desempeñando una labor asistencial y de concienciación social vital.

En la actualidad, la legislación vigente es la referida a la Ley 29/2011 de Reconocimiento y Apoyo Integral a las Víctimas del Terrorismo, basada principalmente en los valores de memoria, dignidad, verdad y justicia para con las víctimas y cuyos objetivos van más allá de la indemnización, centrándose en la reparación y el apoyo integral. En cuanto a la indemnización se mantiene lo establecido en las leyes de 1996 y 1999, aunque aplica nuevos baremos de forma retroactiva para todas las víctimas que desde 1960 hubieran cobrado cantidades indemnizatorias menores, incluyendo otras figuras de víctimas, como los amenazados o los españoles a los que se ha atentado fuera de España y de la Unión Europea. En lo referente a la reparación judicial, se contemplan los delitos de terrorismo más graves como imprescriptibles, se aplican de forma sistemáticas las penas accesorias de alejamiento y se consagra el principio de “mínima lesividad” en el desarrollo del proceso penal, garantizando que ninguna víctima se vea obligada

a mantener un contacto directo con los imputados o acusados y se prevé la creación de una oficina de apoyo a las víctimas de la Audiencia Nacional. En materia de reparación de la dignidad se establecen actos, símbolos, monumentos, condecoraciones y honores públicos para las víctimas del terrorismo y dedica un capítulo al papel de los medios de comunicación en caso de atentado terrorista. Por último, la ley recoge la necesidad de proporcionar atención psicosocial a las víctimas y sus familiares y se insta a la creación de un plan de formación especializado de los profesionales sanitarios para abordar la atención y tratamiento de las víctimas, que deberá ser considerado de manera integrada e integral en el sistema Nacional de Salud, tanto a corto como a largo plazo.

Las cifras de víctimas mortales en esta última etapa que arroja el terrorismo alcanza un total de 348, cometidas por al menos cinco grupos terroristas, de las cuales 192 (55.2%) son atribuibles al terrorismo yihadista y 102 (29.3%) a ETA. El principal método utilizado por los etarras para cometer sus asesinatos continua siendo la utilización de armas de fuego (46.1%), aunque seguido de la colocación de coches bomba (43.1%) con la que disminuían el riesgo de ser atrapados, asesinatos que en un 10.8% de los casos afectaron a Guardias Civiles, en otra 10.8% afectaron a militares, en un 9.8% de los casos a miembros del Cuerpo de Policía Nacional y en un 29.4% de los casos a civiles (sin contar políticos (21.6%) y empresarios (3.9%)).

A pesar de la disolución de la banda terrorista ETA, España ha continuado sufriendo los estragos del terrorismo, especialmente el inspirado en el terrorismo yihadista, ya sea en ataques en el territorio nacional (como los atentados del 2017 en Cambrils y Barcelona que costaron la vida a 16 personas y provocaron 152 heridos) como a través de víctimas mortales de nacionalidad española en suelo extranjero (como es el caso de la sala Bataclán en el ataque terrorista de París del año 2015). Este tipo de terrorismo supone en la actualidad la mayor amenaza en este ámbito para la Unión Europea y, en concreto, contra España, tal y como

advierten las cifras de detenidos por terrorismo de inspiración yihadista en nuestro país, 78 en el año 2017 (Europol, 2018).

1.3. Problemas con la definición de terrorismo y propuestas

A pesar de la magnitud del problema, es ampliamente sabido que ni responsables políticos ni académicos han sido capaces de elaborar una definición del término de terrorismo que satisfaga al conjunto de la sociedad y logre un acuerdo global, elevando el número de tentativas de definición, entre académicas y diplomáticas, por encima del centenar (Krueger y Malecková, 2003). En parte esto se debe al uso político, subjetivo y peyorativo que se ha hecho del término, provocando la opinión entre algunos académicos de que definir “terrorismo” es un esfuerzo baldío, ya que cualquier intento de lograr un acuerdo sobre una definición resultará infructuoso y decepcionante (Richards, 2013). Ya en 1986, Levitt resumió con un toque poético el desafío para aquellos que se propusieran lograr una definición legal de terrorismo, comparándola con la búsqueda del Santo Grial: “Periódicamente, las almas ansiosas salen, llenas de propósito, energía y confianza en sí mismos, para tener éxito donde otros muchos antes lo han intentado y fracasado. Algunos, intimidados por las dificultades y los peligros en el camino, se dan por vencidos, a menudo declarando que la búsqueda no tiene sentido. Los demás vuelven reclamando la victoria, llevando con orgullo un objeto que insisten en que es real, pero que para todos los demás se parece más a la misma copa usada, tal vez decorada de forma original. Y otros, que evalúan con seriedad los riesgos, costos y beneficios que conlleva el intento, nunca se lo han propuesto, prefiriendo dedicar sus energías a tareas más humildes pero posiblemente más prácticas” (Levitt, 1986, citado en Richards, 2013).

No obstante y a pesar de las dificultades de tamaño tarea, existen razones de peso para insistir en la búsqueda de una definición clara, consensuada y aceptada internacionalmente del término de terrorismo (Richards, 2013). Por un lado, contar con una definición evitaría el abuso

indiscriminado que se hace de él según la conveniencia de los distintos actores socio-políticos, provocando confusión en la población, devaluando el término y etiquetando como actos terroristas diferentes fenómenos que pueden o no serlo, en función de los intereses de aquellos que ponen dicha etiqueta. En última instancia, si no tenemos claro qué es el terrorismo, será muy complicado luchar contra él, así como dotar de derechos a sus víctimas, ya que tampoco tendremos claro quiénes son. Además, desde el ámbito académico, se fortalecería toda la abundante investigación relacionada con el terrorismo, dotándola de una base teórica firme que, de ser frágil, podría provocar problemas metodológicos importantes. Aparte, una definición clara del fenómeno evitaría el uso del término como una estrategia de deslegitimación y favorecería la comprensión del fenómeno. Por último, evitaría que se mezclaran diferentes sucesos que, cuando no están íntimamente relacionados, pueden llegar a provocar respuestas poco eficaces, como sucede en el caso de la radicalización, la cual no es ni necesaria ni suficiente para que se produzcan ataques terroristas.

Sin ser el objetivo de este trabajo, y dado lo comentado, creemos relevante realizar una pequeña revisión de las principales definiciones del término, con el objetivo último de intentar extraer ciertos puntos de relevancia y/o de común acuerdo que arrojen luz sobre el fenómeno. Comenzando por el ámbito nacional, el “Diccionario de la lengua española” de la Real Academia Española, en su vigésima tercera edición, incluye tres acepciones de terrorismo: 1) “dominación por el terror”; 2) “sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror” y 3) “actuación criminal de bandas organizadas que, reiteradamente y por lo común de modo indiscriminado, pretenden crear alarma social con fines políticos” (Real Academia Española, 2017). Por su parte, desde contextos legislativos cabe destacar tanto la Ley Orgánica 5/2010 como la Ley Orgánica 2/2015. La Ley Orgánica 5/2015 separa terrorismo de delincuencia vinculada a una ideología, suprime el término “banda terrorista” y define organización terrorista como “la agrupación formada por más de dos personas con carácter estable o por tiempo

indefinido, que de manera concertada y coordinada se repartan diversas tareas o funciones con el fin de” (...) “subvertir el orden constitucional o alterar gravemente la paz pública mediante la perpetración de cualquiera de los delitos” que la propia ley tipifica como “delitos de terrorismo”, mientras que define grupo terrorista como la unión de más de dos personas que, sin reunir alguna o algunas de las características de la organización [terrorista]..., tenga por finalidad o por objeto la perpetración concertada de delitos” (Ley Orgánica 5/2010, pp. 54869-54871). Por su parte, la Ley Orgánica 2/2015 establece que “se considerarán delito de terrorismo la comisión de cualquier delito grave contra la vida o la integridad física, la libertad, la integridad moral, la libertad e indemnidad sexuales, el patrimonio, los recursos naturales o el medio ambiente, la salud pública, de riesgo catastrófico, incendio, contra la Corona, de atentado y tenencia, tráfico y depósito de armas, municiones o explosivos, previstos en el presente Código, y el apoderamiento de aeronaves, buques u otros medios de transporte colectivo o de mercancías, cuando se llevaran a cabo con cualquiera de las siguientes finalidades:

1.^a Subvertir el orden constitucional, o suprimir o desestabilizar gravemente el funcionamiento de las instituciones políticas o de las estructuras económicas o sociales del Estado, u obligar a los poderes públicos a realizar un acto o a abstenerse de hacerlo.

2.^a Alterar gravemente la paz pública.

3.^a Desestabilizar gravemente el funcionamiento de una organización internacional.

4.^a Provocar un estado de terror en la población o en una parte de ella” (Ley Orgánica 2/2015, p. 27180).

También se consideran delitos de terrorismo los delitos informáticos que se cometan con alguna de esas finalidades (Ley Orgánica 2/2015).

Además, desde la legislación más cercana a las víctimas, la Ley 29/2011 de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo define “acción terrorista” como “la llevada a cabo por personas integradas en organizaciones o grupos criminales que

tengan por finalidad o por objeto subvertir el orden constitucional o alterar gravemente la paz pública” así como “los actos dirigidos a alcanzar los fines señalados (...) aun cuando sus responsables no sean personas integradas en dichas organizaciones o grupos criminales” (Ley 29/2011, p. 100573), considerando “víctima de terrorismo” a “las personas fallecidas o que han sufrido daños físicos y/o psíquicos como consecuencia de la actividad terrorista”, a “las personas que, habiendo sido objeto de atentados terroristas, hayan resultado ilesas”, a “los familiares de los fallecidos hasta segundo grado de consanguinidad” y a “las personas que acrediten sufrir situaciones de amenazas o coacciones directas y reiteradas por parte de organizaciones terroristas”, éstas últimas incluidas por vez primera en la definición (Ley 29/2011, p. 100574).

En el ámbito internacional, las Naciones Unidas definían “terrorismo” como: “Cualquier acto, además de los actos ya especificados en los convenios y convenciones vigentes sobre determinados aspectos del terrorismo, los Convenios de Ginebra y la resolución 1566 (2004) del Consejo de Seguridad, destinado a causar la muerte o lesiones corporales graves a un civil o a un no combatiente, cuando el propósito de dicho acto, por su naturaleza o contexto, sea intimidar a una población u obligar a un gobierno o a una organización internacional a realizar un acto o a abstenerse de hacerlo”, presentada en el informe final del Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio creado en 2004 por las Naciones Unidas (Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, 2004, p. 54). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye la definición de terrorismo dentro de la violencia colectiva, definiendo ésta como: “el uso de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales” (OMS, 2002, p. 6).

Además de las definiciones elaboradas por organismos e instituciones, han sido muchos los expertos y académicos que han abordado el problema, proponiendo diferentes soluciones

(ver Tabla 5). En un intento de extraer los términos más relevantes en la definición, Schmid, Jongman, et al. (1988) analizaron 109 definiciones de terrorismo y de violencia política y encontraron que los tres términos con una mayor representación eran “violencia, fuerza”, “carácter político” y “miedo, énfasis en el terror”.

Tabla 5. Definiciones académicas de terrorismo (tomado de Zuinaga, 2011).

Autor	Definición	Palabras clave
Rafael Calduch Cervera	Una estrategia de relación política basada en el uso de la violencia y de las amenazas de violencia por un grupo organizado, con objeto de inducir un sentimiento de terror o inseguridad extrema en una colectividad humana no beligerante y facilitar así el logro de sus demandas	Estrategia, violencia, amenazas, sentimiento de terror, inseguridad, colectividad humana, demandas.
Walter Laqueur	Es el asesinato sistemático, la mutilación criminal y la amenaza del inocente para crear miedo e intimidación con un objetivo político o táctico y para ser ventajoso, normalmente para influir a un público.	Asesinato sistemático, amenaza, miedo, intimidación
James M. Poland	El terrorismo es el uso ilegal o la amenaza de violencia contra personas o propiedades. Normalmente se piensa que intimida o coerce a un gobierno, individuo o grupo o que se usa para modificar su conducta o sus políticas	Uso ilegal, amenaza, violencia
Brian Jenkins	Es el uso calculado de la violencia o de la amenaza de la violencia para inculcar miedo; propone forzar o intimidar a gobiernos o a sociedades en la búsqueda de metas que son generalmente políticas, religiosas o ideológicas	Violencia, amenaza, miedo, forzar, intimidar
Paul Wilkinson	El uso sistemático del asesinato y la destrucción, o la amenaza de los mismos, para crear un clima de zozobra, para publicar una causa, o para intimidar a un amplio sector de la población considerada como objetivo	Asesinato, destrucción, amenaza, zozobra, intimidar
Fernando Reinares	Es una violencia sistemática e imprevisible, practicada por actores individuales o colectivos y dirigida contra objetivos vulnerables que tienen alguna relevancia simbólica en sus correspondientes entornos culturales o marcos institucionales	Violencia sistemática, imprevisible, objetivos vulnerables

Autor	Definición	Palabras clave
Rafael Calduch Cervera	Una estrategia de relación política basada en el uso de la violencia y de las amenazas de violencia por un grupo organizado, con objeto de inducir un sentimiento de terror o inseguridad extrema en una colectividad humana no beligerante y facilitar así el logro de sus demandas	Estrategia, violencia, amenazas, sentimiento de terror, inseguridad, colectividad humana, demandas.
Walter Laqueur	Es el asesinato sistemático, la mutilación criminal y la amenaza del inocente para crear miedo e intimidación con un objetivo político o táctico y para ser ventajoso, normalmente para influir a un público.	Asesinato sistemático, amenaza, miedo, intimidación
Soraya Zuinaga	Ataques selectivos o indiscriminados mediante el uso de la violencia a través del factor sorpresa para demostrar poder, con el fin de producir efectos psicológicos devastadores sobre un grupo social determinado	Ataques selectivos o indiscriminados, violencia, sorpresa, poder, efectos psicológicos
Grant Wardlaw	Es el uso, o la amenaza de uso, de la violencia por parte de un individuo o grupo, tanto si actúa a favor o contra la autoridad establecida, cuando esa acción pretende crear una angustia extrema o efectos inductores de miedo sobre un grupo seleccionado y mayor que el de las víctimas inmediatas, con el propósito de obligarlo a que acceda a las demandas de los perpetradores.	Amenaza, violencia, angustia extrema, miedo

Las conclusiones que pueden extraerse tras la revisión de las diferentes definiciones son que (1) no existe un acto de violencia que sea en sí mismo intrínsecamente terrorista, (2) el terrorismo es un método aparente utilizado por una gran variedad de actores por lo que las definiciones basadas en el autor o la causa (más allá del motivo político) no son útiles y (3) los actos de terrorismo no solo se llevan a cabo contra civiles o no combatientes (Richards, 2013). Es decir, por un lado, vemos que la esencia del terrorismo radica en la intención detrás del acto de violencia, siendo la intención primaria del terrorismo difundir el miedo más allá de las víctimas inmediatas; en otras palabras, cuando el objetivo de un acto violento no sea provocar un impacto psicológico más amplio, entonces no es terrorismo. Por otro lado, vemos que la

definición no necesita referirse al perpetrador o a la causa (aparte de ser política), pero sí necesita establecer la intención (aterrorizar a una población más amplia) detrás de ese acto de violencia, lo que en muchas ocasiones puede resultar una tarea harto complicada. Por último, en lo que se refiere al objetivo de los ataques terroristas, conviene destacar que si bien se llevan a cabo con mucha frecuencia contra objetivos civiles o no combatientes, no deja fuera al resto de colectivos. El terrorismo se puede llevar a cabo contra cualquier persona, incluyendo miembros de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, militares, etc., siempre que las víctimas u objetos de ataques sirvan lo suficiente como “generadores de mensajes” para un grupo o audiencia más amplio. Por lo tanto, los actos de terrorismo son posibles dentro de la guerra, siempre que el impacto psicológico sea el objetivo principal y más importante que el impacto físico.

Capítulo 2.
Consecuencias psicopatológicas del
terrorismo

La literatura científica, especialmente tras los devastadores atentados acaecidos el 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York y Washington D.C., ha sufrido un exponencial incremento en cuando a estudios sobre las consecuencias psicopatológicas que los ataques terroristas pueden provocar (García-Vera y Sanz, 2017), dotando a la psicología de un amplio conocimiento que permite extraer algunas conclusiones relevantes. No obstante, el fenómeno del terrorismo es tan heterogéneo que debemos ser precavidos a la hora de dar valor a las conclusiones, atendiendo siempre a la diversidad de variables y, en todo caso, dividiendo los resultados en función de éstas. Así, por ejemplo, vemos que los resultados en las tasas de prevalencia de trastorno mental pueden llegar a sufrir enormes variaciones en función de: (1) la población estudiada (supervivientes, familiares y/o allegados de fallecidos y/o supervivientes, personal de rescate y/o emergencia, población general afectada por la cercanía o por la exposición en los medios de comunicación, etc.); (2) el tiempo transcurrido desde el atentado; (3) el trastorno o la patología estudiada (trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo mayor, otros trastornos del estado de ánimo, otros trastorno de ansiedad, trastorno por consumo de sustancias, etc.); (4) la metodología de evaluación empleada (cuestionarios de cribado con criterios de probabilidad de diagnóstico, entrevistas diagnósticas); (5) los diferentes instrumentos de evaluación; (6) la forma de obtención de la muestra de participantes, y (7) los criterios diagnósticos utilizados (criterios DSM-III-TR, criterios DSM-IV-TR, criterios DSM-5, criterios CIE-10). Así pues, en el presente capítulo se tratará de dar respuesta a esta cuestión atendiendo a las diferentes fuentes de diversidad en los resultados.

Una cuestión previa a destacar es la escasa variabilidad de los atentados terroristas escogidos para realizar estudios sobre consecuencias psicopatológicas y que se centran, fundamentalmente, aunque no en exclusiva, en atentados masivos cometidos en países desarrollados de occidente, como son el atentado del 19 de abril de 1995 en Oklahoma City (EEUU), en el que un camión bomba hizo explosión frente a un edificio federal acabando con

la vida de 168 personas e hiriendo a más de 680, el atentado del 15 de agosto de 1998 en Omagh (Irlanda del Norte), en el que un coche bomba hizo explosión en el centro de la ciudad y acabó con la vida de 29 personas (seis de ellas niños y dos de nacionalidad española), el atentado del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington D.C. (EEUU), en el que varios aviones se estrellaron contra varios edificios, segando la vida de 3016 personas y dejando heridas a más de 6000, el atentado del 11 de marzo de 2004 en Madrid, en el que varias bombas explotaron en el interior de varios trenes de cercanías y que segaron la vida de 192 personas e hirieron a otras 2057 o los atentados del 7 de julio de 2005 en Londres (Reino Unido), cuando varias bombas hicieron explosión en la red de metro y en algunos autobuses de la ciudad, provocando 56 muertos y 700 heridos. El hecho de que principalmente sean estos los atentados escogidos para el estudio de las consecuencias psicopatológicas pone en duda la capacidad de los resultados de ser generalizados a otros tipos de fenómenos terroristas (como el terrorismo de “baja intensidad” pero prolongado en el tiempo, el narcoterrorismo, etc.) o a otros tipos de poblaciones (poblaciones de países subdesarrollados, de Oriente Próximo, asiáticos, latinoamericanos, etc.).

A pesar de las dificultades y limitaciones comentadas, a día de hoy existen una serie de revisiones narrativas y metaanalíticas centradas en el abordaje de las consecuencias psicopatológicas de los ataques terroristas, como son la de DiMaggio y Galea (2006), Garcia-Vera y Sanz (2017), Garcia-Vera, Sanz y Gutiérrez (2016), Liu, Tarigan, Bromet y Kim (2014), Lowell et al. (2018) y Neria, DiGrande y Adams (2011) centradas en el trastorno de estrés posttraumático (TEPT), y las DiMaggio, Galea y Li (2009), García-Vera y Sanz (2010), Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga y Cano-Vindel y Galea (2011) para otro tipo de patologías (véanse la Tabla 6 y la Tabla 7).

La primera conclusión que podemos extraer de las revisiones mencionadas es que la mayoría de las personas involucradas en un atentado terrorista, ya sean víctimas directas,

víctimas indirectas o población general, no desarrollará ningún tipo de patología, si bien un porcentaje significativo sí lo hará. Por ejemplo, centrándonos en el trastorno más estudiado, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), vemos que entre aquellas personas directamente expuestas al acontecimiento traumático entre un 13% y un 39.9% desarrollarán el trastorno (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2017; Garcia-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016; Liu, Tarigan, Bromet y Kim, 2014; Lowell et al., 2018; y Neria, DiGrande y Adams, 2011) (véase Tabla 6). La alta variabilidad entre unos resultados y otros se explica, en parte, debido a los diferentes momentos de medida utilizados. En la revisión de DiMaggio y Galea (2006) los supervivientes fueron evaluados entre 6 meses y 5 años después de sufrir el atentado, en la revisión de Lowell et al. (2018) entre 4 meses y 2.6 años y en la revisión de García-Vera y Sanz (2017) entre 1 y 6 meses. Así pues, los datos de estas tres revisiones sugieren que existe un pico en la prevalencia de TEPT durante los primeros seis meses tras el atentado; prevalencia que se va reduciendo en los primeros dos años de curso del trastorno hasta quedar estancada en cifras cercanas al 20%. Por su parte el estudio de Neria, DiGrande y Adams (2011), que aporta la cifra más baja de TEPT (13%), es el único que incluye a supervivientes del personal del pentágono y, en el caso de los porcentajes más bajos solo se evalúa a través de un instrumento de *screening*. A pesar de estas cifras, hay estudios que encuentran tasas de prevalencia superiores al 40% propuesto por García-Vera y Sanz (2017), como es el caso de Gil y Caspi (2006), que evaluaron a través de una entrevista diagnóstica y con criterios DSM-IV a 180 víctimas directas de un atentado con bomba en un autobús de estudiantes de Israel seis meses después, encontrando un 61% de prevalencia de TEPT. Así mismo, Ankri, Bachar y Shalev (2010) encuentra una tasa de prevalencia de TEPT del 54.5% en una muestra de 20 ultraortodoxos heridos en varios atentados en Jerusalén medido ocho meses después con entrevistas diagnósticas.

Si nos centramos, por el contrario, en la población de intervinientes, dentro de la cual pueden incluirse una variedad muy amplia de trabajadores relacionados con los atentados

(bomberos, policías, personal de rescate, voluntarios diversos no profesionalizados, equipos de limpieza, etc.), vemos que la prevalencia para el TEPT se encuentra entre un 6.9% y un 16.8% (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2017; Garcia-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016; Liu, Tarigan, Bromet y Kim, 2014; Lowell et al., 2018; y Neria, DiGrande y Adams, 2011), cifras que si bien son inferiores a las encontradas entre víctimas directas, se asemejan bastante (véase la Tabla 6). Las diferencias, no obstante, pueden explicarse en parte debido a la inclusión/exclusión de diferentes tipos de intervinientes; por ejemplo, se sabe que los porcentajes de psicopatología son mayores entre el personal de recuperación de cadáveres, limpieza y construcción que entre el personal de emergencia, policía, bomberos y los integrantes del servicio de salud, lo que también puede estar influido por los diferentes estudios recogidos en cada revisión ya que, por ejemplo, en los atentados del 11-S y de Oklahoma City el grado de exposición de los intervinientes fue superior que el que tuvieron que afrontar los intervinientes en el 11-M. La variabilidad de las tasas de prevalencia en este grupo, no obstante, son demasiado amplias como para concluir que se trata de un único fenómeno y, seguramente, existan variables moderadoras del impacto psicológico que provoque un atentado en este grupo de víctimas. Por ejemplo, en el estudio de Zimering, Gulliver, Knight, Munroe y Keane (2006), en el que se evaluó a 109 trabajadores de socorro desplegados en la zona cero del WTC pasados entre 6 y 8 meses de los atentados del 11-S se encontró que la prevalencia de TEPT según criterios DSM-IV era del 0%, mientras que Cukor et al. (2011), evaluando a una muestra de 2960 trabajadores desplegados en labores de desescombros y reconstrucción en la misma zona, con el mismo instrumento y habiendo pasado entre 11 y 20 meses, encuentran una tasa de prevalencia del 14.9%. En España, el estudio de González Ordi et al. (2004), encuentra una prevalencia pasado un mes del 1.2% de TEPT en una muestra de 165 profesionales que atendieron a las víctimas del 11-M.

Un tercer grupo con riesgo de padecer TEPT son los familiares, allegados y amigos de las víctimas directas, ya sean éstas fallecidas o supervivientes. Quizá la primera conclusión a extraer a este respecto es la escasa atención que la literatura científica les ha otorgado; tal es así que ni la revisión de DiMaggio y Galea (2006) ni la revisión de Liu, Tarigan, Bromet y Kim (2014) ni la reciente revisión de Lowell et al. (2018) aportan datos específicos de esta población. Solo 1 incluyen este grupo de víctimas y encuentran una prevalencia de TEPT que va desde el 17.1% hasta el 27.6%, cifras que, como hemos visto, son superiores a las de los intervinientes (entre un 6.9% y un 16.8%) y que se asemejan mucho a las de las víctimas directas (entre un 13% y un 40%) (véase la Tabla 6).

Por último, cabe mencionar a la población general que, aunque no de forma directa, sufre una exposición indirecta a este tipo de actos dado que, como hemos visto en el capítulo anterior, el fin último de cualquier acto de terrorismo es generar miedo en la población contra la que se dirige. Así pues, encontramos cifras de prevalencia entre el 4.2% y el 15.65% (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2017; Garcia-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016; Liu, Tarigan, Bromet y Kim, 2014; Lowell et al., 2018; y Neria, DiGrande y Adams, 2011), cifras claramente inferiores a las encontradas tanto en la muestra de víctimas directas como en la de familiares y allegados de las víctimas directas, si bien muy similares a las encontradas entre los intervinientes. Aquí también vemos una diferencia destacable entre el 15.65% encontrado por Lowell et al. (2018) y los porcentajes encontrados por DiMaggio y Galea (2006), Neria, DiGrande y Adams (2011), García-Vera y Sanz (2017) y Garcia-Vera, Sanz y Gutiérrez (2016) que podrían explicarse dado que los primeros solo utilizan para su revisión trabajos del 11-S con población general de la isla de Manhattan, cuya exposición al ataque terrorista tuvo un impacto mucho mayor que el que, por ejemplo, pudo tener el 11-M en la población de Madrid.

En cualquier caso, si comparamos las tasas de prevalencia de TEPT de cualquiera de los cuatro grupos de víctimas que hemos visto con los resultados encontrados por Haro et al. (2006)

en la población española previo al 11-M y que ronda el 0.5% para el TEPT, vemos un incremento considerable, lo que permite concluir, sin lugar a dudas o especulaciones, que sufrir un atentado terrorista está relacionado con el desarrollo posterior de sintomatología postraumática y TEPT .

Tabla 6. Prevalencia del TEPT tras ataques terroristas en función del tipo de victima (incluye metaanálisis y revisiones narrativas)

Estudio	Procedimiento/muestra	Momento de medida	Medida	Prevalencia de TEPT
Víctimas directas				
DiMaggio y Galea, 2006	Meta análisis de 8 estudios de varios ataques terroristas	Entre 6 meses y 5 años (3 estudios con tiempo indeterminado)	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	18%
García-Vera y Sanz, 2017	Revisión narrativa de 5 estudios (11-M, y otros atentados masivos y trauma crónico en Oriente Medio)	Entre 1 y 6 meses	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	39.9%
García-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016	Revisión narrativa de 15 estudios (11-M, 11-S, Atentados en Israel, Oklahoma, Nairobi, Tokyo)	Menos de 1 mes a 7 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM)	29.8%
Liu, Tarigan, Bromet y Kim, 2014	s.d	s.d	s.d	s.d
Lowell et al., 2018	Revisión narrativa de 2 estudios del 11-S.	4 meses y 2.6 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	19.3%
Neria, DiGrande y Adams, 2011	Revisión narrativa de 5 estudios del 11-S (4 del ataque contra el pentágono y 1 contra el WTC)	Entre 1 mes y 3 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	13%
Víctimas indirectas: intervinientes				

Estudio	Procedimiento/muestra	Momento de medida	Medida	Prevalencia de TEPT
DiMaggio y Galea, 2006	Meta análisis de 2 estudios (11-M y Oklahoma City)	Entre 1 y 5 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	16.8%
García-Vera y Sanz, 2017	Revisión narrativa de 8 estudios (11-M y 11-S)	Entre 1 mes y 5 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	12%
García-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016	Revisión narrativa de 12 estudios (11-M, 11-S, Oklahoma, Nairobi y atentados en Bélgica)	Entre 1 mes y 3 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM)	6.9%
Liu, Tarigan, Bromet y Kim, 2014	Meta análisis de 7 estudios del 11-S	Meses a 9 años	Medidas validadas de <i>screening</i>	15.8%
Lowell et al., 2018	Revisión narrativa de 9 estudios del 11-S	Entre 1 mes y 11.5 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	14.2%
Neria, DiGrande y Adams, 2011	Revisión narrativa de 10 estudios del 11-S	Durante los primeros 5 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	13.7%
Víctimas indirectas: Familiares y amigos de heridos y fallecidos				
DiMaggio y Galea, 2006	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.

Estudio	Procedimiento/muestra	Momento de medida	Medida	Prevalencia de TEPT
García-Vera y Sanz, 2017	Revisión narrativa de 3 estudios (11-M y otros atentados masivos en Oriente Medio)	Entre 1 y 6 meses	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	27.6%
García-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016	Revisión narrativa de 6 estudios (11-M, 11-S y atentados en Israel)	Entre 1 mes y 4 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	23%
Liu, Tarigan, Bromet y Kim, 2014	s.d	s.d	s.d	s.d
Lowell et al., 2018	s.d	s.d	s.d	s.d
Neria, DiGrande y Adams, 2011	Revisión narrativa de 1 estudio del 11-S	Entre 7 y 16 meses	Medidas validadas de <i>screening</i>	17.1%
Víctimas indirectas: Población general				
DiMaggio y Galea, 2006	Meta análisis de 10 estudios de varios ataques terroristas	Entre 2 meses y 5 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	10.9%
García-Vera y Sanz, 2017	Revisión narrativa de 5 estudios (11-M y otros atentados masivos en Oriente Medio)	Entre 18 días y 44 meses	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	10.5%
García-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016	Revisión narrativa de 13 estudios (11-M, 11-S y Atentados en Israel)	Entre 1 mes y 4 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM)	4.2%

Estudio	Procedimiento/muestra	Momento de medida	Medida	Prevalencia de TEPT
Liu, Tarigan, Bromet y Kim, 2014	Meta análisis de 4 estudios del 11-S	Meses a 9 años	Medidas validadas de <i>screening</i>	10.81%
Lowell et al., 2018	Revisión narrativa de 5 estudios del 11-S	Entre 1 mes y 6 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	15.65%
Neria, DiGrande y Adams, 2011	Revisión narrativa de 10 estudios del 11-S	Entre 2 semanas y 4 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	10.1%**

Nota. s.d. = sin datos. En el meta análisis de Liu, Tarigan, Bromet y Kim (2014) no se establecen datos ni de víctimas directas ni de familiares y amigos de heridos y fallecidos. En el meta análisis de DiMaggio y Galea (2006) no se establecen datos de familiares y amigos de heridos y fallecidos. TEPT = Trastorno por estrés postraumático.

Pero el TEPT no es la única consecuencia psicopatológica que sufren las víctimas, ni tampoco la única estudiada. En concreto existen revisiones narrativas o metaanalíticas que ofrecen datos de prevalencia para el trastorno depresivo mayor (TDM), como son la de García-Vera y Sanz (2010) y Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Galea (2011), datos de prevalencia para trastorno de ansiedad, como es la revisión de García-Vera y Sanz (2010) y datos de prevalencia sobre el uso y abuso de sustancias, como es la de DiMaggio, Galea y Li (2009) (ver Tabla 7).

Atendiendo al grupo de supervivientes encontramos tasas de prevalencia para el TDM entre un 22.37% y un 33.9% (García-Vera y Sanz, 2010; Salguero et al. 2011). Sin embargo, conviene resaltar que en la revisión de Salguero et al. (2011) no se realiza ningún tipo de diferenciación entre el grupo de víctimas directas, es decir, supervivientes, y el grupo de familiares y allegados de las víctimas directas (supervivientes y fallecidos), lo que puede provocar un enmascaramiento y/o sesgo en los resultados. De hecho, atendiendo a las cifras de TDM que arroja la revisión de García-Vera y Sanz (2010) en el grupo separado de familiares y allegados de víctimas directas, un 47.7%, se hace evidente la necesidad de, al menos en lo que al TDM se refiere, separar ambos grupos (víctimas directas y familiares y allegados de las mismas), pues la diferencia es demasiado amplia para no considerarlo específico de su grupo. Las cifras de TDM en víctimas directas y familiares y allegados de las víctimas que, como hemos visto, se asemejan bastante e incluso superan a las de TEPT, se reducen considerablemente en el grupo de intervinientes, un 8.6% (García-Vera y Sanz, 2010), y en población general, entre un 8.9 y un 9.1% (García-Vera y Sanz, 2010; Salguero et al. (2011), superando con creces las tasas de prevalencia arrojadas por Haro et al. (2006) en su estudio con población española anterior a los atentados del 11-M de Madrid, un 3.9% de TDM. Cabe destacar que solo uno de los estudios incluidos en las revisiones de García-Vera y Sanz (2010) y Salguero et al. (2011) evalúa a las víctimas directas pasados más de cinco años tras los atentados, arrojando un valor de 58.9%, el

más alto en cuanto a prevalencia de TDM en víctimas (Baldomero, Arrate, Pérez-Rodríguez y Baca, 2004), si bien la tendencia valorando otros estudios es la opuesta, es decir, que conforme pasa el tiempo, la prevalencia de TDM disminuya en el grupo de víctimas. Por ejemplo, en los estudios de Conejo-Galindo et al. (2008), Ferrando et al. (2011), Gabriel et al. (2007), Iruarrizaga et al. (2004), North et al. (1999) la prevalencia de TDM entre las víctimas, todas ellas evaluadas antes de transcurrido un año desde el atentado, supera el 20%, mientras que North et al. (2011) encuentra una prevalencia de tan solo el 10.2% de TDM evaluando a las víctimas 7 años después, lo que apunta a la reducción de las tasas de prevalencia del trastorno conforme transcurre el tiempo. El hecho de que en el estudio de Baldomero, Arrate, Pérez-Rodríguez y Baca (2004) se encuentre lo opuesto a esta tendencia decreciente se puede explicar por el tipo de atentado que sufrieron las víctimas evaluadas, todos ellos atentados puntuales, no masivos, sin una gran repercusión mediática en un clima de terrorismo de “baja intensidad” con las particularidades del terrorismo de ETA que ya se han comentado en el capítulo anterior.

Otra serie de trastornos que desarrollan las víctimas del terrorismo son los relacionados con el manejo de la ansiedad y, al igual que sucedía con el TDM, su estudio ha estado muy por debajo que el de otras consecuencias psicopatológicas, hasta el punto de que solo la revisión de García-Vera y Sanz (2010) los incluye en sus resultados (ver Tabla 7). Entre las víctimas directas (supervivientes) de atentados terroristas el trastorno de ansiedad más prevalente es la agorafobia, cuya prevalencia se sitúa en un 19.8%, seguido del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), con una prevalencia del 6.9%, y del trastorno de pánico, con una prevalencia del 6.1% (García-Vera y Sanz, 2010). En población general, las tasas de prevalencia de agorafobia y de pánico se reducen 9 y 4 puntos porcentuales respectivamente con respecto a las víctimas directas, si bien las tasas de TAG aumentan casi dos puntos porcentuales (García-Vera y Sanz, 2010), no obstante son datos a tratar con cautela dado que el número de trabajos incluidos en la revisión es bajo, en concreto, para el TAG en población general solo se incluía

un trabajo. Por último, el grupo de intervinientes es el que muestra una menor prevalencia de trastornos de ansiedad, arrojando cifras de prevalencia de 0.7% de agorafobia, 4.9% de pánico y de 0.9% de TAG (García-Vera y Sanz, 2010), muy por debajo de las vistas tanto en víctimas directas como en población general. En cuanto a los familiares y allegados de las víctimas, no se incluye ningún trabajo en la revisión sobre tasas de prevalencia de trastornos de ansiedad.

Tabla 7. Prevalencia de TDM y otros trastornos de ansiedad en función del tipo de víctima (incluye metaanálisis y revisiones narrativas).

Estudio	Procedimiento/muestra	Momento de medida	Medida	Prevalencia TDM u otro trastorno de ansiedad
Víctimas directas				
García-Vera y Sanz, 2010	Revisión narrativa de 6 estudios (11-M, Oklahoma City, atentados de ETA y Kenia)	Entre 1 mes y 24 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	TDM:33.9% Agorafobia: 19.8% T. Pánico: 6.1% TAG: 6.9%
Salguero et al., 2011	Revisión narrativa de 6 estudios (11-M, Oklahoma City, atentados en Francia y Kenia)	Entre 1 mes y 3 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM)	TDM: 22.37%
Víctimas indirectas: Intervinientes				
García-Vera y Sanz, 2010	Revisión narrativa de 4 estudios (11-M, Oklahoma City Y 11-S)	Entre 1 mes y 5 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	TDM:8.6% Agorafobia: 0.7% T. Pánico: 4.9% TAG: 0.9%
Salguero et al., 2011	s.d	s.d.	s.d.	s.d.
Víctimas indirectas: Familiares y amigos de heridos y fallecidos				
García-Vera y Sanz, 2010	Revisión narrativa de 2 estudios (atentados de ETA y 11-M)	Entre 1 mes y 24 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en	TDM: 47.7%

Estudio	Procedimiento/muestra	Momento de medida	Medida	Prevalencia TDM u otro trastorno de ansiedad
			DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	
Salguero et al., 2011	Revisión narrativa de 6 estudios (atentados en Francia, Oklahoma City, 11-M y Kenia)	Entre 1 mes y 3 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM)	TDM: 22.37%
Víctimas indirectas: Población general				
García-Vera y Sanz, 2010	Revisión narrativa de 6 estudios (11-M y 11-S)	Entre 1 y 3 meses	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	TDM: 9.1% Agorafobia: 10.5% T. Pánico: 2.1% TAG: 8.6%
Salguero et al., 2011	Revisión narrativa de 5 estudios (11-M y 11-S)	Entre 1 y 6 meses	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM)	TDM: 8.9%

Nota. s.d. = sin datos. En la revisión de Salguero et al., (2011) no se establecen datos de intervinientes. TDM = Trastorno depresivo mayor.

Otra consecuencia psicopatológica relacionada con la vivencia de un atentado terrorista es el aumento en el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y/o otras drogas). En el meta análisis de DiMaggio, Galea y Li (2009) se examinaron 31 estudios que evalúan estos cambios en víctimas de atentados terroristas, concluyendo que tras controlar el grado de exposición al atentado, el tipo de atentado terrorista y el tiempo transcurrido desde el mismo, la prevalencia de incremento en el consumo de alcohol pasados dos años desde el atentado fue del 7.3%, la del incremento de tabaco del 6.8% y la de la mezcla de sustancias (incluidos medicamentos prescritos por personal facultativo) del 16.3%. No obstante, se debe destacar que el estudio no establece tasas de prevalencia de trastornos por consumo de sustancia formales (abuso o dependencia), solo prevalencia en el incremento del consumo.

Resumiendo vemos que un porcentaje significativo de las personas afectadas, en mayor o menor grado, por ataques terroristas, desarrollará algún tipo de problema psicológico, ya sea TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad o de consumo de sustancias. Un problema añadido para estas personas es la presencia simultánea de muchos de estos problemas, lo que sin duda incide en un mayor malestar y/o interferencia en su día a día. Por ejemplo, en el estudio de Baldomero, Arrate, Pérez-Rodríguez y Baca (2004) se encontró que un 41.1% de las víctimas (supervivientes y familiares) desarrollaría dos o más trastornos; porcentaje que aumentaría hasta el 51.2% en el grupo de víctimas. Por su parte, Gabriel et al. (2007) encontraron que entre la población de Alcalá de Henares, un 22% de los participantes presentaban dos o más trastornos mentales, en comparación con el 52.8% de heridos del mismo estudio. Si nos centramos en el TEPT, vemos que un 22.5% de los heridos también recibía un diagnóstico de TDM, un 16.5% de los heridos recibía un diagnóstico de agorafobia, un 8.6% de los heridos recibía un diagnóstico de TAG y un 7% de los heridos recibía un diagnóstico de trastorno de pánico. En cualquier caso, son cifras de comorbilidad mucho mayores que las que presenta la población general, las cuales se sitúan en un 4.5% para el TDM, en un 2.8% para la agorafobia, en un

3.2% para el TAG y en un 1.2% para el trastorno de pánico. El estudio de North et al. (1999) arroja cifras de comorbilidad similares a las anteriores con una muestra del atentado en Oklahoma City evaluadas tras seis meses del atentado. En concreto, el 55% de los casos presentaba TDM comórbido con TEPT. Por su parte, Tochigi et al. (2002) encontraron una tasa de comorbilidad con TETP del 75% entre las víctimas hospitalizadas del ataque terrorista con gas sarín en el metro de Londres. La comorbilidad no es solo algo que se presenta entre las víctimas directas, sino que también se da entre los familiares, allegados y compañeros de fallecidos de éstas, tal y como arrojan los resultados de Neria et al. (2007), que encuentran unas tasas de comorbilidad en este grupo de víctimas del 43% entre duelo complicado y TEPT y del 36% entre duelo complicado y TDM.

Otro aspecto al que la literatura científica ha tratado de dar respuesta es al curso de la psicopatología presentada por las víctimas, si bien son muy escasos los estudios que ofrecen tasas de prevalencia más allá de transcurrido un año tras el atentado y menos aún los estudios con un diseño longitudinal; sin duda el más adecuado para extraer conclusiones sobre el curso de cualquier trastorno. Conejo-Galindo et al. (2008), en su estudio longitudinal sobre TEPT en víctimas directas encuentran una reducción de siete puntos porcentuales durante el primer año tras el atentado, mientras que North et al. (2004) solo encuentra una disminución de un punto de los 6 a los 17 meses, si bien ni un estudio ni el otro encuentra que estas disminuciones sean estadísticamente significativas. En lo relativo al TDM, North (2001) encuentra una reducción del 50% de los seis a los doce meses, Conejo-Galindo et al (2008) reportan una disminución en los primeros seis meses que se recupera al año y solo North et al. (2011) encuentran diferencias estadísticamente significativas al comparar la reducción de prevalencia de TDM en los seis meses y el año en las víctimas del atentado de Oklahoma City.

Capítulo 3.

Aspectos cognitivos del trastorno de estrés postraumático

3.1. Principales modelos cognitivos del TEPT.

Una característica nuclear de los enfoques cognitivos para comprender la psicopatología general y, más específicamente, el trastorno de estrés postraumático, es la idea de que la información se representa en la mente de diferentes maneras. A este respecto, encontramos modelos y teorías basados en un único sistema de representación y otros que abordan dos o más sistemas de representación, produciendo en ambos casos ciertas potencialidades y limitaciones en su valencia explicativa-comprensiva-predictiva. A priori y con mucha cautela, podríamos decir que las teorías que solo presentan un único sistema de representación tienden a adolecer de mayores problemas explicativos, mientras que las teorías que presentan varios sistemas de representación dan cuenta de una mayor complejidad y por tanto, de mayores problemas comprensivos, un aspecto que, por ejemplo en terapia, debería ser cuidado en extremo.

Es especialmente desde los años ochenta cuando los modelos cognitivos del TEPT empiezan a cobrar importancia en la literatura científica, dotando a la psicología del trauma de un cuerpo teórico relevante y heterogéneo gracias al cual se han podido desarrollar estrategias de evaluación y tratamiento más eficaces. No obstante, estos modelos y teorías no están exentas de críticas y lagunas por lo que, antes de pasar a detallar los postulados de las principales o más representativas teorías cognitivas del TEPT, conviene repasar aquellos criterios que hacen que una teoría sea buena, para lo cual seguiremos los criterios propuestos por Dalgleish (2004), quien divide los criterios en función de aquellos que evalúan su capacidad de dar cuenta de los aspectos propios del trastorno y aquellos más generales que tienen que ver con la evaluación propia de una teoría como teóricamente buena. Dentro de los primeros, Dalgleish (2004) sostiene que una buena teoría debería ser capaz de explicar lo relativo a la presentación del trastorno (inicio y curso del trastorno, clases de contenido emocional (automático y controlado) y la transformación en significado de orden superior), a la recuperación (tanto normal como tras el tratamiento) y a las diferencias individuales presentes en el inicio, curso y recuperación

en función de factores de riesgo pretrauma, diferencias en el estilo cognitivo durante y tras el trauma y diferencias en la gravedad del trauma. Por su parte, los criterios relativos a la evaluación de la teoría como teóricamente buena tienen que ver con la parsimonia teórica —es decir, que la teoría tenga el número mínimo de componentes en el nivel máximo de abstracción—, con la especificidad a la hora de explicar la interacción entre los diferentes componentes (siempre y cuando incluya más de uno), y con el grado de especificidad explicativo, es decir, que la teoría no solo sea capaz de explicar la ocurrencia de un fenómeno (e.g.: la recuperación en un proceso de tratamiento específico), sino también la no ocurrencia de otros fenómenos (e.g.: no desarrollo de trastorno).

Comentados los criterios de evaluación de las teorías, abordaremos a continuación los diferentes modelos y teorías cognitivas sobre el TEPT, moviéndonos desde aquellos que postulan un único sistema de representación a aquellos que aumentan su complejidad añadiendo otros sistemas de representación diferentes y/o adicionales.

3.1.1. Teorías con un solo sistema de representación:

Teorías basadas en esquemas.

Los esquemas, entendidos como una forma organizada de representar la información en nuestra mente, son necesariamente parciales en función de las experiencias previas que los formaron y su funcionamiento implica que todo procesamiento de nueva información deberá estar sesgado en pos de mantener intacto el contenido del esquema pre-existente, de lo que se deduce que el conocimiento esquemático es muy resistente al cambio y, que cuando éste sucede, lo hace generalmente de una forma lenta e insidiosa (Fiske y Taylor, 1991). Cualquier teoría que incorpore dentro de sus postulados la idea de esquema adquiere dos principios explicativos muy poderosos en lo que a la organización del conocimiento se refiere (Dalglish, 2004). La primera idea es que las experiencias pasadas, representadas en diferentes niveles de abstracción, actuarán como filtros por los que cualquier nueva experiencia deberá pasar, lo que abre el

abanico de las diferencias individuales, y da una explicación al efecto incapacitante de las representaciones esquemáticas disfuncionales en el momento presente y futuro. El segundo principio explicativo es que toda información novedosa inconsistente con los esquemas pre-existentes provocará cierta disrupción en el sistema del individuo, obligándole a realizar procesos de asimilación o acomodación de la información.

Dentro de las teorías basadas en esquemas del TEPT destacamos las propuestas de Horowitz (1986), Janoff-Bulman (1992), McCann y Pearlman (1990) y Resick y Schnicke (1992), aunque nos centraremos principalmente en la formulación de los síndromes de respuesta al estrés de Horowitz (1986), por ofrecer el primer modelo cognitivo influyente de reacciones traumáticas, a pesar de tener sus raíces en la psicología psicodinámica clásica.

En su teoría, Horowitz (1986) plantea que a la vivencia de un acontecimiento traumático le siguen dos fases: la fase de protesta y la fase de negación e intrusión. En la primera de ellas, que normalmente es inmediata al trauma, se produce una reacción de alarma acompañada de emociones muy intensas donde, generalmente, predomina el miedo. La persona intenta procesar rápidamente las crudas implicaciones del evento, con una reacción de alarma y sobre-activación que interrumpe las rutinas habituales. La fase de negación e intrusión, por su parte, aparece con posterioridad a la fase de protesta y se mantiene activa hasta que la persona consigue resolver las discrepancias provocadas por el evento traumático. En su proceso se alternan de forma periódica momentos de negación, caracterizados por ser momentos en los que se ignoran las implicaciones de las amenazas y las pérdidas sufridas, se olvidan los problemas importantes y se experimenta un adormecimiento emocional, una pérdida del interés por la vida y una reducción conductual, así como momentos de intrusión, durante los cuales aparecen pensamientos intrusos, oleadas repentinas de emociones y comportamientos compulsivos. Ambos momentos tienen una función diferente. Mientras que la negación sirve al sujeto para

dosificar el malestar provocado por el evento, la intrusión le sirve para reprocesar lo ocurrido, así como sus implicaciones.

Según esta autora, para resolver un acontecimiento traumático y la consecuente sintomatología postraumática es necesario procesar información que es incongruente con los esquemas cognitivos pre-existentes de forma que este procesamiento continuará hasta que la realidad y los modelos internos sean congruentes, permaneciendo las memorias traumáticas almacenadas en una forma especialmente activa de codificación (memorias activas). Este proceso se denomina “tendencia de finalización”. Además, se proponen dos posibles resultados de esta codificación atendiendo a un mayor o menor uso de la regulación inhibitoria. Así, una baja regulación inhibitoria provocará una mayor excitación emocional lo que permitirá que el sujeto realice un procesamiento del evento traumático bueno y graduado. Por el contrario, una alta regulación inhibitoria interrumpirá los procesos de asimilación y acomodación de las creencias, dificultando el reprocesamiento del evento.

Como corolario podemos decir que quizá la aportación más importante que de esta teoría es la idea de que la resolución de un acontecimiento traumático pasa por el procesamiento de una información que es incongruente con los esquemas cognitivos pre-existentes, si bien no habla del contenido de estos esquemas ni de las creencias que pueden aparecer tras el reprocesamiento de la situación traumática. A este respecto, Janoff-Bulman (1992) incorpora a este modelo que las creencias que el trauma transgrede o viola tienen que ver con la benevolencia y la justicia del mundo, el significado de la vida y la capacidad de uno mismo para hacer frente a todo tipo de situaciones, mientras que McCann y Pearlman (1990) sugieren que, tras el evento traumático, pueden aparecer creencias negativas relacionadas con la confianza, el poder, la seguridad, la auto-estima y la intimidad.

Las teorías basadas en esquemas tienen la potencialidad de ser capaces de explicar una gran variedad de síntomas centrales del TEPT, como son las re-experimentaciones, los síntomas

hiperactivos y los síntomas de evitación. Así mismo, también son capaces de dar una explicación a la remisión de la sintomatología postraumática, ya sea por un proceso de recuperación espontánea como por la aplicación de la terapia de exposición, lo cual se produciría al reducir la disonancia entre la información traumática y los esquemas del individuo. Ahora bien, las teorías basadas en esquemas cuentan con una serie de lagunas destacables. Por un lado, no dejan claro que exista un sistema de representación referencial basado en el lenguaje (representaciones proposicionales), tampoco dan una explicación de cómo encajan las emociones en el TEPT ni ofrecen una explicación de la naturaleza automática de algunos de sus síntomas (Daggleish, 2004).

Teoría de redes asociativas

La ventaja que aportan las teorías de redes asociativas frente a las teorías basadas en esquemas y, que como hemos visto, tienen su fuerte en que son capaces de realizar una organización resumida del conocimiento del individuo, es la propuesta de una conectividad entre las diferentes representaciones. El mayor exponente de estas teorías es el trabajo inicial de Edna Foa y colaboradores, si bien años después de sus trabajos iniciales desarrolló el modelo integrado o modelo del procesamiento emocional, añadiendo otro sistema de representación adicional y que se comentará en este capítulo más adelante.

En un primer momento, Foa y Kozak (1986) postularon la existencia de una red de miedo; en esencia, una red asociativa en la memoria a largo plazo formada por tres elementos diferenciados: información sobre las características de los objetos temidos, información sobre reacciones cognitivas, conductuales y fisiológicas a los objetos temidos e información que une las características de los objetos temidos con las reacciones hacia ellos. Esta red, en lo que se refiere a los trastornos de ansiedad en general y al TEPT en particular, funcionaría como un “programa de miedo”, activándose y produciendo una reacción de miedo cuando se encuentran uno o más elementos de la red. En última instancia, esta red de miedo sería un registro de

memorias del trauma (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989), en el cual se han violado “reglas de seguridad” y donde, por lo tanto, se han incorporado elementos que eran previamente seguros del entorno del individuo.

Las teorías asociativas de redes tienen la capacidad de explicar los síntomas más relevantes del TEPT. Por ejemplo, los síntomas de re-experimentación serían el resultado de la activación de uno o más elementos de la red de miedo por estímulos externos, los síntomas de evitación y/o adormecimiento se considerarían un mecanismo por el cual el individuo podría minimizar el contacto con estímulos congruentes con la red, reduciendo así la probabilidad de que la red se active y provoque los síntomas, por lo demás desagradables, de re-experimentación, y los síntomas de hiperactivación, aunque no se discuten de forma explícita en el modelo, serían el resultado de la activación continua de bajo nivel de la red de miedo.

Además, estas teorías explican por qué la exposición repetida a una serie de estímulos relacionados con el trauma terminarán por desarmar la red y reducir o eliminar la sintomatología postraumática, es decir, dan una explicación a la eficacia contrastada de la terapia de exposición para el TEPT. No obstante, al no proponer ningún elemento que represente el contenido de las proposiciones verbales del trastorno ni cómo éstas pueden cambiar, las teorías asociativas de redes tienen más problemas a la hora de explicar la eficacia de las terapias cognitivas para el TEPT.

Así mismo, estas teorías son capaces de explicar las diferencias individuales en el cuadro sintomatológico en función de factores anteriores al acontecimiento traumático, así como a los propios del evento, dado que la historia psiquiátrica, las experiencias previas y la gravedad del trauma tendrían la capacidad de potenciar la red de miedo o inhibirla, modulando la respuesta postraumática.

En resumen, las teorías de redes asociativas ofrecen una explicación de muchos de los síntomas centrales del TEPT, del tratamiento, de la recuperación espontánea y de algunos

factores pretrauma y propios del acontecimiento traumático, sin embargo presenta más problemas a la hora de explicar la transformación de diferentes significados después del trauma, el procesamiento de las cogniciones, el mecanismo de acción de algunos factores de riesgo pretrauma y el proceso por el cual ciertas emociones como la vergüenza, la culpa, la ira, etc., pueden ser incluidas en la sintomatología (Dalglish, 2004).

3.1.2. Teorías con dos o más sistemas de representación.

Teoría de la representación dual

La teoría de representación dual (DRT, por sus siglas en inglés) (Brewin, Dalglish y Joseph, 1996) propone la existencia de dos sistemas de representación conocidos como memoria verbalmente accesible (VAM, por sus siglas en inglés) y memoria situacionalmente accesible (SAM por sus siglas en inglés). Los VAM, que reflejan la experiencia consciente del individuo sobre el evento traumático, se caracterizan por su capacidad de ser recuperados a voluntad y editados progresivamente por el individuo traumatizado, mientras que los SAM, una suerte de red asociativa, ni cuentan con la capacidad de ser recuperados de forma deliberada, ni de ser editados por el individuo, de forma que solo pueden activarse cuando algunos estímulos con los que interactúa el individuo le recuerdan la situación traumática original. La DRT propone que las representaciones de ambos sistemas se codifican en paralelo en el momento del evento traumático, dando explicación a gran parte de la idiosincrasia del TEPT. Por ejemplo, los recuerdos asociativos, retrospectivos o disociativos, los sueños o pesadillas y las emociones específicas relacionadas con el trauma se considerarían el resultado de la activación de las representaciones SAM, mientras que la capacidad de las personas para relatar el acontecimiento, los recuerdos intrusivos de la experiencia consciente del trauma y el afecto relacionado con las cogniciones relacionados con el acontecimiento traumático y postraumático son formas de representación del VAM. La sintomatología de evitación, por su parte,

funcionaría de forma similar que en las teorías de redes y de esquemas, es decir, como una serie de conductas destinadas a reducir los síntomas de re-experimentación no deseados.

Como vemos, el sistema SAM cuenta con un gran parecido con lo propuesto en las teorías asociativas de redes, lo que dota a la DRT de las potencialidades que presentaban éstas. Al incluir, además, los VAM y definirlos como un sistema de representaciones proposicionales, es decir, con un contenido que puede traducirse a lenguaje sobre eventos autobiográficos del trauma, creencias, pensamientos, emociones, esquemas, etc., permite a la DRT ir más allá en los aspectos que las teorías de redes eran capaces de explicar (como la razón por la que las terapias cognitivas son eficaces).

Otro de los aspectos que aborda la DRT y que le confieren una utilidad especial, es el tratamiento que hace de las interacciones entre sus dos sistemas de representación. En DRT, la activación de las representaciones SAM proporciona el contenido básico para el desarrollo progresivo de las representaciones VAM del trauma, mientras que la edición intencional de las representaciones VAM le permite al sujeto valorar la activación del SAM durante el proceso de recuperación. Este funcionamiento indica una correlación entre ambos sistemas, lo que permite por ejemplo explicar por qué una terapia de exposición en la que apenas se realice terapia cognitiva puede ser igualmente eficaz que una en la que sí se incluya este componente; al modificar el sistema SAM y la sintomatología relacionada con ese sistema, se modificará también el sistema VAM y su sintomatología asociada.

En resumen, la DRT es un teoría que da cuenta de los principales síntomas del TEPT, explica por qué tanto la terapia de exposición como la terapia cognitiva son eficaces a la hora de reducir y/o eliminar la sintomatología, explica también los procesos de recuperación espontánea y el procesamiento de las cogniciones, pero continúa siendo poco convincente en su explicación de la transformación del significado después del trauma y en cómo operan

algunos factores de riesgo anteriores al trauma, como el historial psiquiátrico anterior al evento (Dagleish, 2004).

El modelo cognitivo de Ehlers y Clark (2000).

El modelo cognitivo de Ehlers y Clark (2000) se enfoca principalmente en el mantenimiento de la sintomatología postraumática, con el objetivo principal de desarrollar un tratamiento cognitivo conductual, así como un marco teórico adaptado a los avances en psicología cognitiva en el TEPT.

Ehlers y Clark (2000) propusieron que en el TEPT se produce una sensación de amenaza continua actual y futura, la cual estaría mediada por dos factores: (a) diferencias individuales en la evaluación del evento traumático y sus secuelas y (b) diferencias individuales en la naturaleza de la representación de la memoria del evento traumático. Las diferencias individuales en la evaluación hacen referencia a las interpretaciones cognitivas que realiza el individuo sobre el mundo o el yo, de forma que diferentes tipos de evaluaciones o interpretaciones dan lugar a diferentes tipos de emociones. Por ejemplo, una evaluación de amenaza dará lugar al miedo, una evaluación de pérdida dará lugar a la tristeza, etc. Así pues, quedan explicados los síntomas de hiperactivación y los síntomas emocionales característicos del TEPT. Por otro lado, las diferencias individuales en la naturaleza de las representaciones de las memorias del evento traumático tienen la peculiaridad de ser recuerdos mal integrados debido a un procesamiento ineficiente del evento cuyos contenidos están fuertemente relacionados, ya sea entre los estímulos que lo componen como con las respuestas que emitió el individuo, lo que genera la sintomatología de re-experimentación. Los síntomas de evitación, de forma similar a lo propuesto por otros modelos, se desarrollan como un mecanismo eficaz a corto plazo para reducir la sensación de amenaza y, por lo tanto, el malestar de los individuos, aunque a largo plazo no hace sino mantener esa misma sensación de amenaza y, por tanto, las emociones de miedo que la acompañan.

Este modelo, al incorporar un proceso explícito que permite el análisis (pensamientos y valoraciones) sobre el trauma proporciona una explicación plausible a la terapia cognitiva del TEPT, al mismo tiempo que defiende la terapia de exposición, al poder procesar los eventos y romper las asociaciones estímulo-estímulo y estímulo-respuesta creadas durante el evento que provocan las re-experimentaciones. Así mismo, es capaz de explicar la amplia variedad de emociones (ira, vergüenza, tristeza, culpa, etc.) presentes en el trastorno y da cuenta de las diferencias individuales derivadas del acontecimiento traumático (dado que se entiende que a eventos traumáticos más intensos, peores evaluaciones realizará el individuo).

Quizá una novedad del modelo que lo convierte en especialmente interesante es que y aunque al igual que la DRT está compuesto por dos componentes, uno de ellos es una forma de representación mental (recuerdos traumáticos) mientras que el otro es un proceso cognitivo (evaluación). Al enfatizar el proceso de evaluación, en lugar de las representaciones que lo subyacen, el modelo proporciona una de las explicaciones más completas disponibles de cómo los diferentes tipos de cogniciones impactan en el trastorno y se recuperan de él. No obstante, igual que sucedía en DRT, y a pesar de que el contenido abstracto es muy influyente, sigue sin haber un componente central en el modelo que lo soporte (Dalglish, 2004). Esto genera un problema a la hora de explicar por qué durante la terapia cognitiva, cuando se evocan proposiciones relacionadas con el trauma (como el sentido de que el mundo es peligroso), no aparecen los síntomas de re-experimentación.

El modelo integrado de Foa y cols. o la Teoría del Procesamiento Emocional.

La teoría de procesamiento emocional (Foa y Riggs, 1993; Foa y Rothbaum, 1998) incorpora todos los elementos de las teorías de redes asociativas de Foa y Kozak (1986) que hemos visto anteriormente, aunque añade algunas extensiones muy importantes a éstas. Por un lado, añade la idea de que el procesamiento de la información traumática se produce de forma interrumpida y sesgada, lo que lleva a un empobrecimiento de la coherencia y a una

desorganización de los registros de memoria traumáticos. Esto provoca que la percepción, atención y la memoria de las víctimas esté sistemáticamente sesgada por las emociones extremas sufridas durante el evento. Por otro lado, la reformulación de la teoría da una explicación de la percepción generalizada de peligro de las víctimas, aludiendo a las conexiones estímulo-peligro, aunque la teoría entiende por estímulo tanto los estímulos propios del evento traumático como las respuestas del individuo, los significados superiores y sus combinaciones, dando lugar a un cuerpo muy amplio de estímulos que pueden estar relacionados, aunque solo sea de forma tangencial, con el trauma. Por último, también añaden e inciden sobre el desarrollo de una visión de uno mismo como totalmente incompetente, especialmente cuando se interpreta que ninguna de las respuestas que se emitieron durante el acontecimiento fueron suficientes para evitarlo.

Aparte de las redes asociativas, Foa y cols añaden dos estructuras a su teoría del procesamiento emocional. La primera estructura son los esquemas y, al igual que postulaba Horowitz (Horowitz, 1986), la teoría de procesamiento emocional postula que el trauma viola los esquemas pre-existentes, especialmente los relacionados con el yo (el cual se desarrollará bajo el paraguas de ser un yo completamente inepto) y el mundo (el cual pasará a ser interpretado como un mundo totalmente peligroso). Además, estos dos esquemas están en perpetua interacción y retroalimentación, dado que si el mundo es peligroso, el yo es inepto para afrontar sus exigencias y si el yo es inepto, el mundo se convertirá de forma irremediable en un lugar peligroso.

La segunda estructura añadida en la teoría es el rango de respuestas postraumáticas tanto de uno mismo como de los demás. Así, por ejemplo, desarrollar sintomatología postraumática o incluso un TEPT, pesará a la hora de que el individuo se interprete a sí mismo como un ser vulnerable e incompetente, mientras que respuestas del entorno desafortunadas, como de escaso

apoyo social, comentarios dañinos o culpabilizadores, etc., alimentarán la sensación de desconfianza, contribuyendo a la visión del mundo como un lugar peligroso.

En forma de corolario, se puede afirmar que la teoría del procesamiento emocional, al integrar las virtudes de las teorías asociativas de redes y las teorías de esquemas, proporciona una descripción muy sólida del inicio, mantenimiento y recuperación del TEPT, así como de la sintomatología central del trastorno. También explica la eficacia de los tratamientos psicológicos, especialmente del tratamiento de la exposición prolongada y da valor a las diferencias individuales encontradas en los resultados de la terapia. Además, las redes y los esquemas se complementan con un tercer componente de la teoría relacionada con el procesamiento y la manipulación del significado referencial. Por último, las operaciones de factores pretrauma, trauma y postrauma también se abordan con cierto detalle (Dalglish, 2004).

La teoría de los sistemas representacionales esquemático, proposicional, asociativo y analógico (SPAARS).

El modelo SPAARS (Dalglish, 1999) está conformado por cuatro niveles o formatos explícitos de representación mental. (a) El nivel representativo esquemático, similar al concepto de esquema ya visto, representa el conocimiento genérico resumido, se refieren a la organización y filtrado de información nueva y existente dentro del sistema y supone un nivel de representación de la información superior al resto, (b) las representaciones proposicionales representan el significado referencial en forma “verbal”, de forma similar a lo que hacían los VAMS en DRT, (c) el sistema de representación analógico almacena información y memorias en forma de conceptos visuales, olfativos, auditivos, gustativos, corporales y propioceptivos, codificando información referencial no verbal con el objetivo de complementar al sistema proposicional y (d) las representaciones asociativas, similares a las redes de miedo, representan la conectividad entre la información representada de diferentes maneras.

Los cuatro niveles de representación, según el modelo, están fuertemente interconectados, recibiendo una retroalimentación constante entre ellos. De esta forma, la información contenida o relativa a uno de los niveles no solo incidirá sobre las representaciones de éste, sino que lo hará en todo el sistema. Así mismo, y dado el lugar especial otorgado para el nivel esquemático, se postula que en cualquier momento dentro del modelo, las representaciones esquemáticas, proposicionales y analógicas se organicen, activen o inhiban en función de las representaciones esquemáticas dominantes o supraordinadas, que al igual que en la teoría de procesamiento emocional, se clasifican en los dominios del mundo, de uno mismo y de los otros.

Por otro lado y en lo que se refiere a la generación de emociones, el modelo SPAARS propone dos rutas. La primera de ellas se basa, al igual que en el modelo cognitivo de Ehlers y Clark (2000), en la evaluación (interpretación cognitiva) que realiza el individuo de los eventos en función de sus objetivos. De esta forma, evaluaciones de amenaza darán lugar a miedo, evaluaciones de conductas contrarias a los propios valores darán lugar a culpabilidad, etc. La segunda ruta explica las emociones generadas automáticamente a través de representaciones asociativas, similar a lo que sucedía en las redes de miedo. Estas emociones surgen en función de respuestas emocionales pasadas del individuo y son el resultado de relaciones biológicamente preparadas, repetidas o sobre aprendidas. Un aspecto clave del modelo SPAARS en cuanto a las emociones, es que el modelo les dota de la capacidad de, una vez generadas, “secuestrar” el sistema y reorganizarlo para que sea congruente con la emoción. Es decir, una vez generada una emoción de, por ejemplo, ira, los cuatro niveles de representación de la información cambiarán o se reconfigurarán para representar esa ira en función del nivel de información que cada uno maneje.

En este marco teórico, Dagleish (1999) da una explicación a los principales síntomas del TEPT. Por un lado, afirma que la evaluación del evento traumático; una evaluación en la que objetivos prioritarios del individuo, como por ejemplo la supervivencia personal, están

amenazados, daría lugar a emociones de intenso miedo y desamparo, ira, tristeza, vergüenza, culpa, etc. La información sobre el evento y las respuestas del individuo se codificarían en los diferentes niveles de representación, dando lugar a diferentes formatos del recuerdo del trauma. Esta información, al igual que sostienen las teorías de esquemas, sería considerada incompatible con los esquemas pre-existentes y, por lo tanto, se interpretarían como amenazantes de la configuración de orden superior de los esquemas del yo y del mundo, dando lugar a que los recursos de procesamiento sean asignados a un proceso de asimilación. El impacto de este proceso de evaluación de incompatibilidad e interpretación de amenaza es visible, en primer lugar, en la activación crónica de bajo nivel que provoca en los cuatro niveles la emoción de miedo y, en segundo lugar, en la repetición de la información relacionada con el trauma (para ser constantemente re-evaluada), que da lugar a los pensamientos intrusivos, pesadillas, etc. Por otro lado, dado que las memorias del trauma en un primer momento no están completamente asimiladas por los diferentes niveles de representación, el potencial para ser evocadas y activar toda la memoria del trauma cuando existe un disparador externo y/o interno es alto, lo que conformarían los síntomas de re-experimentación. Además, y a medida que persiste la sintomatología, ciertas conexiones asociativas adicionales van estableciéndose con más fuerza, vinculando información relacionada con el trauma y las emociones, con señales externas y/o internas previamente inocuas y generando esa sensación de miedo constante y automático. Por último, al igual que en el resto de los modelos, la magnitud de los fenómenos intrusivos termina por llevar a la persona a poner en marcha mecanismos de protección a corto plazo, como son las conductas de escape y evitación.

Sin entrar en detalles y siguiendo la línea de Dalglish (2004), el modelo de SPAARS es capaz de explicar la eficacia de la terapia cognitiva y de la terapia de exposición y explica también las diferencias individuales en el inicio y curso del trastorno (proponiendo la existencia de cinco “personalidades” distintas con diferentes respuestas).

3.2. De la teoría a los hallazgos empíricos. Variables cognitivas del TEPT.

La profusión de modelos cognitivos y la relevancia que han cobrado a la hora de explicar el inicio, desarrollo, mantenimiento y recuperación de la sintomatología postraumática, entre otras cosas, ha servido para que, de forma paralela, la investigación empírica relacionada con las variables cognitivas del TEPT se haya incrementado de forma exponencial en los últimos años, dando lugar a la publicación de varios trabajos de revisión y meta analíticos (LoSavio, Dillon y Resick, 2017; Mitchell, Brennam, Curran, Hanna y Dyer, 2017; Scott et al., 2015), cuyos resultados dejan clara la importancia, ya no solo teórica sino también empírica, que tienen estas variables en las víctimas de acontecimientos traumáticos que desarrollan un TEPT.

Ahora bien, a la hora de hablar de variables cognitivas conviene realizar un trabajo previo de diferenciación que nos permita categorizar y acotar tan amplio campo de estudio, pues de no hacerlo corremos el riesgo de generar una confusión teórico-práctica que inutilice los conocimientos y avances que con tanto empeño y acierto la ciencia cognitiva de la psicopatología está produciendo. Con este objetivo tomaremos como referencia la propuesta de Ingram y colaboradores de un sistema taxonómico cognitivo (Ingram y Kendall, 1986; Ingram y Wisnicki, 1991; Sanz y Vázquez, 1991), el cual divide el espectro de los constructos cognitivos en cuatro tipos (ver Tabla 8).

En un primer escalón encontramos los productos cognitivos, es decir, el resultado final de las operaciones realizadas por el sistema cognitivo sobre la información; cogniciones y pensamientos que el individuo experimenta y de los que puede tener conciencia. Productos cognitivos serían, por ejemplo, inferencias (atribuciones causales, adscripciones de atributos y/o predicciones) o pensamientos automáticos (Sanz y Vázquez, 1991). Todos los modelos repasados en el epígrafe anterior dan cuenta de este tipo de constructo cognitivo, ya que, de alguna u otra forma, todo lo que los diferentes sistemas cognitivos propuestos (esquemas, redes

asociativas, VAM's, evaluaciones cognitivas, representaciones proposicionales, etc.) realizan debe tener un producto final, en forma de pensamiento verbal, imagen, impulso, etc., que determine en última instancia la conducta del individuo. Ejemplos concretos enmarcados en el TEPT de este tipo de constructo cognitivo los encontramos en la sintomatología de re-experimentación, las cogniciones negativas sobre uno mismo y el mundo (“soy un inútil” “nunca hago nada bien” “nadie te ayudará nunca”), las cogniciones de culpa, las emociones de otro tipo (dado que al estar mediadas por cogniciones son un producto más de éstas), los pensamientos intrusivos sobre el evento, etc.

En un segundo escalón tenemos las operaciones cognitivas, constructos referidos a los procesos mediante los cuales el sistema opera y que incluye conceptos como los procesos de codificación y recuperación de la información, la atención, la propagación de la activación, etc. (Sanz y Vázquez, 1991). Las operaciones cognitivas cuenta con una gran relevancia a la hora de explicar el funcionamiento de cualquier modelo, como bien puede apreciarse si atendemos a los modelos descritos en el epígrafe anterior. Así, por ejemplo, encontramos los sesgos o filtros en el procesamiento de la información o los procesos de asimilación, acomodación y sobregeneralización en las teorías de esquemas (Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992; McCann y Pearlman, 1990; Resick y Snicke, 1992), los procesos de activación y propagación característicos tanto de las teorías de redes (Foa y Kozak, 1986), como de aquellas que incorporan estructuras similares en sus postulados, como la teoría de procesamiento emocional (Foa y Riggs, 1993; Foa y Rothbaum, 1998) y la teoría del procesamiento dual (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996), la interferencia en el procesamiento de las memorias traumáticas y las evaluaciones negativas del acontecimiento y sus secuelas del modelo cognitivo de Ehlers y Clark (Ehlers y Clark, 2000), los sesgos en la memoria, atención y percepción propuesto también por la teoría del procesamiento emocional (Foa y Riggs, 1993; Foa y Rothbaum, 1998) o los sistemas de representaciones asociativas del modelo SPAARS (Dalgleish, 1999). En

última instancia son estas operaciones lo que, atendiendo a la idea general propuestas por los modelos, produce alguna de la sintomatología características del TEPT, como por ejemplo, la sintomatología de re-experimentación o de hiperactivación.

En tercer lugar encontramos las proposiciones cognitivas; constructos referidos al contenido de la información que es almacenada y organizada dentro de alguna estructura y que incluye conceptos como los de conocimiento episódico o semántico, actitudes disfuncionales, creencias, etc. Los modelos cognitivos del TEPT también dan cuenta de este tipo de constructo, proponiendo no solo proposiciones postraumáticas, sino también proposiciones pretraumáticas que, tras ser violadas por el acontecimiento traumático, generan la sintomatología y el trastorno. Es el caso de las creencias pretraumáticas propuestas por Janoff-Bulman (Janoff-Bulman, 1992) de benevolencia y justicia del mundo, significado de la vida y capacidad de uno mismo para hacer frente a todo tipo de situaciones o las creencias postraumáticas que según McCann y Pearlman (1990) pueden desarrollarse tras un acontecimiento relacionadas con la confianza, el poder, la seguridad, la auto-estima y la intimidad o las propuestos por Foa (Foa y Riggs, 1993; Foa y Rothbaum, 1998) sobre el yo como totalmente inepto o el mundo como totalmente peligroso, por poner algunos ejemplos.

El último tipo de constructo cognitivo sugerido en la taxonomía cognitiva de Ingram hace referencia a las estructuras cognitivas o, lo que sería lo mismo, la arquitectura del sistema, es decir, a la manera en la que la información se almacena y se organiza internamente dentro de algún tipo de estructura. Dentro de esta categoría podríamos enmarcar la memoria a corto y a largo plazo, los esquemas, etc. (Sanz y Vázquez, 1991). Al igual que con el resto de los tipos de constructos, los modelos cognitivos dan cuenta de ellos, si bien algunos de forma más explícita que otros. Obviamente en los modelos de esquemas (Horowitz, 1986), las estructuras cognitivas son una parte fundamental y nuclear de su teoría, algo que no ocurre, por ejemplo, en las teorías de redes asociativas (Foa y Kozak, 1986), para las cuales la explicación de la

conectividad entre sus proposiciones cognitivas es más relevante. Ahora bien, podría decirse que en aquellos modelos que describen más de un sistema de representación de la información, la presencia de estructuras cognitivas de orden superior es más o menos explícita (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996; Dalgleish, 1999; Ehlers y Clark, 2000; Foa y Riggs, 1993; Foa y Rothbaum, 1998), aunque no por ello están exentos de cuestiones relevantes acerca de, por ejemplo, cómo consiguen convertir la información de entrada en contenido de orden superior y conservarlo en la estructura correspondiente.

Tabla 8. Ejemplos de constructos pertenecientes a cada una de las categorías del sistema taxonómico cognitivo (tomado de Sanz y Vázquez, 1991).

Estructuras	Proposiciones	Operaciones	Productos
- Memoria a largo plazo	- Conocimiento semántico	- Activación y propagación de la activación	- Inferencias
- Memoria a corto plazo	- Conocimiento episódico	- Atención	- Decisiones
- Almacén icónico-sensorial	- Información generada internamente	- Elaboración cognitiva	- Imágenes
- Redes cognitivas	- Creencias (almacenadas)	- Recuperación	- Pensamientos automáticos
- Nodos de memoria		- Codificación	- Creencias y actitudes (accesibles)
- Esquemas		- Velocidad de procesamiento	
		- Heurísticos	

A continuación se expondrán algunos de los hallazgos empíricos que hacen referencia a cada uno de los cuatro tipos de constructos cognitivos que hemos repasado. Para ello, se realizó una búsqueda con fecha del 19 de febrero de 2019 en las bases de datos PsycINFO, Psychology Database, PsycARTICLES y PTSDpubs, introduciendo en los campos de búsqueda el término MESH “cognition and reasoning” y “PTSD” y limitando los trabajos a artículos empíricos. La búsqueda arrojó un total de 202 trabajos de los cuales se seleccionaron, en función de criterios de adecuación, utilidad y acceso al texto completo, 32 para su revisión (ver Tablas 10, 11, 12 y 13).

3.2.1. Hallazgos empíricos relacionados con las estructuras cognitivas del TEPT

Las estructuras cognitivas del TEPT, tal y como las hemos definido, tienen la peculiaridad de ser poco proclives a la experimentación empírica, concibiéndose como estructuras teóricas inferidas a partir de otros resultados. De hecho, en la revisión realizada solo 2 de los 32 trabajos se centran en valorar las estructuras cognitivas, sin que ninguno de ellos planteé datos sobre aspectos concretos del TEPT, sino que estudian aspectos más generales, como el deterioro de la memoria y la coherencia de los recuerdos traumáticos (Ver tabla 9).

Tabla 9. Resultados empíricos relacionados con las estructuras cognitivas y el TEPT.

Estudio	Tamaño de la/s muestra/s	Dominio cognitivo evaluado	Prueba o instrumento	Principales hallazgos
Elsesser y Sartory (2007)	Grupo experimental: 20 víctimas con TEPT Grupo control 1: 38 víctimas sin TEPT Grupo control 2: 31 individuos sanos no traumatizados	Deterioro de la memoria	ASDI RBMT	No se encuentran diferencias en el deterioro de la memoria en función de la presencia/ausencia de TEPT.
Rubin (2011)	Grupo experimental: 15 estudiantes con TEPT Grupo control: 15 estudiantes sin TEPT	Coherencia de los recuerdos traumáticos	CAPS PCL AMQ NACCS	No encuentra diferencias en la coherencia de los recuerdos traumáticos en función de la presencia/ausencia de TEPT

Nota: AMQ = The Autobiographical Memory Questionnaire (Rubin, Schrauf y Greenberg, 2003, 2004). ASDI = Acute Stress Disorder Interview (Bryant, Harvey, Dang y Sackville, 1998). CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale (Blake et al., 1995). RBMT = Rivermead Behavioural Memory Test (Versión alemana por Wilson et al., 1992). NACCS = Narrative Coherence Coding Scheme (Baker-Ward et al., 2007; Morris, Baker-Ward y Bauer, 2009). PCL = Posttraumatic Stress Disorder Check List (Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993). TEPT = Trastorno por estrés postraumático.

Elsseser y Sartory (2007) compararon el rendimiento en la memoria diaria en tres grupos: un grupo de personas con TEPT, otro grupo de personas con historia de eventos traumáticos recientes pero sin TEPT y otro grupo de adultos sanos sin historia de eventos traumáticos, sin que encontraran ningún deterioro en el rendimiento de la memoria en ninguno de los tres grupos. Los resultados, además, se mantuvieron cuando controlaron otros factores que podían estar influyendo como la presencia de síntomas depresivos o de ansiedad comórbidos. También hallaron que, mientras que en las personas sin TEPT el rendimiento de su memoria era independiente de estrategias cognitivas, en el caso de las personas con TEPT si existía una relación negativa entre la distracción y el rendimiento en la memoria. Por último, el estudio también comenta ciertos hallazgos relacionados con los productos cognitivos, afirmando que las personas con TEPT realizan una evaluación más negativa de sí mismos y del mundo que los otros dos grupos, mientras que el grupo de controles traumatizados realiza una evaluación más negativa del mundo, pero no de uno mismo, que el grupo de controles sin historia de trauma.

Rubin (2011) realiza un estudio donde busca determinar si la coherencia de los recuerdos traumáticos varía en función de la presencia/ausencia del TEPT, dado que uno de los síntomas característicos del trastorno son los episodios de amnesia relacionada con el evento, lo que hipotéticamente podría estar acompañado de cierta incoherencia en los recuerdos. Para ello compara un grupo de estudiantes con TEPT con un grupo de estudiantes de similares características sin TEPT en varias pruebas de coherencia de los recuerdos (auto-informes y evaluadores externos a través de narraciones escritas). Los resultados indican que no existen diferencias en la coherencia de los recuerdos traumáticos en función de la presencia/ausencia de TEPT.

3.2.2. Hallazgos empíricos relacionados con las proposiciones cognitivas del TEPT.

De forma similar a lo que sucede con las estructuras cognitivas, las proposiciones cognitivas aluden a un cuerpo de conocimiento donde la investigación tiene complicado ir más allá de la teorías y los campos hipotéticos. Si bien se pueden valorar las actitudes o creencias a través de auto-informes, en última instancia lo que se estará evaluando serán siempre productos cognitivos, aunque de ellos pueda inferirse la existencia de constructos superiores de los cuales dependen, como son las creencias o las actitudes. Así pues, de los 32 trabajos analizados, solo dos hablan de forma explícita de proposiciones cognitivas, en un caso centrándose en las creencias religiosas, es decir, un tipo de creencias independiente del TEPT, aunque puede tener su efecto en el trastorno, y en el otro en las creencias de justicia, seguridad, control, de los otros, causa de la guerra y religión, algunas de ellas más relacionadas de forma directa con lo propuesto por los modelos teóricos del TEPT (ver Tabla 10).

En el estudio de Ankri, Bachar y Shatev (2010), los autores quisieron evaluar si la rigidez en las creencias religiosas estaba relacionado con la aparición o gravedad del TEPT. Para ello, contaron con la colaboración de 53 víctimas del terrorismo de un atentado en Israel, de las cuales 20 se consideraban judíos ultraortodoxos y 33 judíos no ultraortodoxos. Los autores encontraron que, efectivamente, la rigidez en las creencias religiosas estaba relacionada con la aparición del TEPT, así como con la sensación de estar siendo castigado por los eventos ocurridos. Por su parte, Başoglu et al. (2005) evaluó a 1358 supervivientes de la guerra de Yugoslavia en varios dominios de creencias, entre las que se cuentan creencias de justicia, seguridad, control, de los demás, causa de la guerra y religión, hallando que las creencias que más parecían relacionarse con el TEPT eran aquellas referidas a la seguridad y al control.

Tabla 10. Resultados empíricos relacionados con las proposiciones cognitivas y el TEPT.

Estudio	Tamaño de la/s muestra/s	Dominio cognitivo evaluado	Prueba o instrumento	Principales hallazgos
Ankri, Bachar y Shatev (2010)	Grupo 1: 20 víctimas de terrorismo, judíos ultraortodoxos Grupo 2: 33 víctimas de terrorismo, judías no ultraortodoxos	Creencias religiosas rígidas pretraumáticas	PSS-I CAPS	Las creencias religiosas rígidas pretraumáticas contribuyen a desarrollar TEPT, así como la sensación de estar siendo castigados por una deidad.
Başoglu et al. (2005)	1358 supervivientes de la guerra de Yugoslavia	Creencias de justicia, seguridad, control, otros, causa de la guerra y religión	SCID-I	Las creencias más relacionadas con el TEPT son aquellas referidas a la seguridad y al control.

Nota: CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale (Blake et al., 1995). PSS-I = The Posttraumatic Symptoms Scale (Foa et al., 1993). SCID-I = Structured Clinical Interview for DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1996). TEPT = Trastorno por estrés postraumático.

3.2.3. Hallazgos empíricos relacionados con las operaciones cognitivas del TEPT.

Las operaciones cognitivas relacionadas con el TEPT, muy similares a los conocidos factores neurocognitivos, sí han tenido una amplia profusión empírica en los últimos años, arrojando tal cantidad de resultados que incluso se han realizado varios metaanálisis y revisiones narrativas (LoSavio, Dillon y Resick, 2017; Scott et al., 2015). LoSavio, Dillon y Resick (2017) encuentran en su revisión que las estrategias de rumiación (la tendencia a pensar de forma repetitiva sobre las causas y las consecuencias de las experiencias negativas), la supresión del pensamiento (los intentos por dejar de pensar en cosas no deseadas) y la evitación experiencial tienen una relación fuerte con los síntomas del TEPT. Así mismo, también encuentran estudios que señalan que el pensamiento contrafactual, un tipo de rumiación donde se repasa el evento con el objetivo de valorar cómo se podría haber evitado o cambiado (“si hubiera hecho...” “si no hubiera hecho...”) también está asociado con los síntomas del TEPT, si bien existen otros trabajos que ponen en duda esta relación, afirmando que el pensamiento contrafactual es similar en todas las víctimas, independientemente de la presencia/ausencia de TEPT (Dalglish, 2004). Por último, LoSavio, Dillon y Resick (2017) abordan el papel de la metacognición y de la flexibilidad cognitiva, postulando que el TEPT y la culpa estarían asociados con una menor flexibilidad cognitiva (capacidad de observar alternativas y adaptarse a retos específicos) y con procesos de metacognición más frecuentes y pobres.

Por su parte, Scott et al. (2015) en su metaanálisis revisa un total de 60 trabajos, cuya muestra total se eleva hasta los 4108 participantes, incluidos 1779 sujetos con diagnóstico de TEPT, 1446 sujetos traumatizados sin TEPT y 895 participantes sanos. Los resultados del metaanálisis señalan que existen deficiencias significativas de una magnitud media en los procesos cognitivos del aprendizaje verbal (es decir, la memoria inmediata) y la memoria retardada, la velocidad compleja de procesamiento de la información, la memoria de trabajo y el funcionamiento ejecutivo, mientras que se señalan efectos menores, aunque aún

significativos, en el lenguaje, el funcionamiento viso-espacial y el aprendizaje visual; resultados que son independientes al tipo de trauma sufrido y también a la presencia de sintomatología depresiva comórbida. Ahora bien, estos déficits neurocognitivos, según señala el estudio, no tienen por qué ser consecuencia del trastorno, sino que es posible que funcionen como variables predictoras. Por ejemplo, Parslow y Jorn (2007) encontraron una relación positiva entre un mayor rendimiento cognitivo antes del evento traumático en la memoria de trabajo, la memoria episódica verbal y la velocidad de procesamiento y un posible desarrollo de TEPT después de la exposición a un evento traumático. En general, los datos convergen al apoyar la idea de que ciertos aspectos de los déficits en las operaciones cognitivas son factores de riesgo y/o consecuencias del TEPT (Scott et al. 2015). Aparte, también se comentan otros resultados de especial relevancia, como que la disfunción en la memoria episódica sea debida a un problema en la codificación y la recuperación de la información y que, en lo que respecta a las funciones ejecutivas, el respaldo empírico parece apoyar la idea de que las dificultades se centran en procesos de inhibición, cambio de atención y flexibilidad cognitiva.

Los resultados de los 18 trabajos revisados en esta tesis (ver Tabla 11) son, por lo general, consistentes con lo encontrado en la revisión de LoSavio, Dillon y Resick (2017) y Scott et al. (2015). Por ejemplo, Valdez y Lilly (2012) encuentran relaciones positivas entre el uso de estrategias de supresión del pensamiento y el desarrollo de un TEPT, algo que también encuentran Ehlers, Mayou y Bryant (2003) en población infanto-juvenil. Sin embargo, en el estudio de Horsch, Jacobs y Mckenzie-McHag (2015) encuentran lo contrario, es decir, una relación negativa entre la estrategia y el trastorno, si bien puede ser derivado del tipo de trauma estudiado en este estudio; mujeres víctimas de muerte fetal, trauma que por su propia idiosincrasia sería complicado de comparar con el resto. Por su parte, Shipherd y Beck (2005) no hayan diferencias entre la capacidad de suprimir pensamientos en función de la presencia/ausencia de TEPT, aunque sí informa de un efecto rebote cuando los sujetos tiene el

diagnóstico, un hallazgo similar a lo que encuentran Aikins et al. (2009), quienes señalan que este efecto rebote puede deberse a un agotamiento de los recursos cognitivos provocado por la propia tarea de supresión del pensamiento.

Otro de los campos neurocognitivos más relevantes en el TEPT es la atención, especialmente en lo que se refiere a la capacidad de la persona de manejar la atención cuando se hace competir estímulos neutros con estímulos amenazantes. A este respecto, Blair et al. (2013), Bryant y Harvey (1995), El Khoury-Malhame et al. (2011) y Pineles, Shipherd, Welch y Yovel (2007), informan de resultados que apoyan esta idea, utilizando muestras de personas víctimas de accidentes de tráfico, de violaciones, de atracos, de accidentes laborales y veteranos de Vietnam. Beers y De Bellis (2002) encuentran resultados similares en el dominio de la atención en población infanto-juvenil y Beevers, Lee, Wells, Ellis y Telch (2011) extienden la importancia de la atención en el TEPT y sugieren en su estudio longitudinal que los sesgos de atención hacia las amenazas puedan funcionar como un factor de riesgo para el desarrollo del TEPT.

Otros aspecto neurocognitivo central en el TEPT es el empobrecimiento de diferentes aspectos de la función ejecutiva, como son la flexibilidad, la planificación y la memoria de trabajo (Olf, Polak, Witteveen y Denys, 2014; Schweizer y Dalgleish, 2011; Stricker, Keller, Castillo y Haaland, 2015; Twamley et al., 2009; Zatsick et al., 2010), aunque en el campo de la inhibición se obtienen resultados contradictorios (Olf, Polak, Witteveen y Denys, 2014; Stricker, Keller, Castillo y Haaland, 2015).

Así mismo también se encuentran déficits en función del diagnóstico de TEPT en los dominios de la velocidad de procesamiento (Stricker, Keller, Castillo y Haaland, 2015; Twamley et al., 2009) y en la memoria verbal y visual (Samuelson et al., 2009), así como una tendencia a realizar interpretaciones más amenazantes de estímulos neutros (Engelhard, Marcel A van, Arntz y McNally, 2002).

Por último, hay estudios que tratan de replicar con éxito estos hallazgos en población infanto-juvenil (Beers y De Bellis, 2002; Ehlers, Mayou y Bryant, 2003).

Tabla 11. Resultados empíricos relacionados con las operaciones cognitivas y el TEPT.

Estudio	Tamaño de la/s muestra/s y tipo/s de evento/s traumáticos	Dominios cognitivos evaluado	Instrumento de medida para el TEPT	Principales hallazgos
Aikins et al. (2009)	Grupo experimental: 14 soldados traumatizados con TEPT Grupo control 1: 14 soldados traumatizados sin TEPT Grupo control 2: 15 soldados no traumatizados	Efecto de supresión del pensamiento y efecto rebote	SCID CAPS	En sujetos con TEPT, tras la tarea de supresión del pensamiento, aparece un efecto rebote. Se hipotetiza que pueda ser derivada del agotamiento de los recursos cognitivos.
Beers y De Bellis (2002)	Grupo experimental: 14 niños con TEPT víctimas de maltrato físico Grupo experimental: 15 niños sin historia de maltrato y sin TEPT	Lenguaje, atención, razonamiento abstracto/función ejecutiva, aprendizaje, memoria, procesamiento viso-espacial y funcionamiento psicomotor	K-SADS-PL	Los niños con TEPT mostraron déficits en los dominios de la atención y el razonamiento abstracto/función ejecutiva. También mostraron una mayor impulsividad (cometen más errores en las pruebas).
Beevers, Lee, Wells, Ellis y Telch (2011)	178 soldados desplazados en Iraq	Sesgo atención anterior al trauma	PCL	En el estudio longitudinal se encuentra que aquellos soldados que tienen un sesgo atencional hacia estímulos amenazantes antes del trauma tienen más probabilidades de desarrollar TEPT.
Blair et al. (2013)	Grupo experimental: 14 pacientes con TEPT Grupo control 1: 15 sujetos traumatizados sin TEPT Grupo control 2: 19 sujetos sin historia de trauma	Interferencia en la atención medida por un estímulo emocional	SCID CAPS	La respuesta emocional relacionada con el TEPT genera una interferencia en la atención.
Bryant y Harvey (1995)	Grupo experimental: 15 víctimas de accidente de tráfico con TEPT	Interferencia emocional	IES	En sujetos con TEPT se produce una interferencia en la atención cuando se le presentan estímulos amenazantes; algo que no sucede en la fobia específica

Estudio	Tamaño de la/s muestra/s y tipo/s de evento/s traumáticos	Dominios cognitivos evaluado	Instrumento de medida para el TEPT	Principales hallazgos
	Grupo control: 15 víctimas de accidente de tráfico sin TEPT			
Ehlers, Mayou y Bryant (2003)	86 niños y adolescentes víctimas de un accidente de tráfico	Procesamiento basado en datos del evento, evaluaciones negativas de recuerdos intrusivos, alineación de otras personas e ira, rumiación, supresión del pensamiento y disociación persistente	IES RI	Todas los dominios cognitivos evaluados tienen una relación positiva con el desarrollo de un TEPT a los 3 y 6 meses en niños y adolescentes.
El Khoury-Malhame et al. (2011)	Grupo experimental: 19 pacientes con TEPT (víctimas de atracos, violaciones, accidentes de tráfico y accidentes laborales). Grupo control: 19 sujetos sanos	Sesgo atencional	PCL-S MPSS	Encuentran un sesgo de atención en la prueba STROOP cuando hay contenido amenazante; sesgo que desaparece tras la aplicación de un tratamiento EMDR.
Engelhard, Marcel A van, Arntz y McNally (2002)	Grupo experimental: 29 sujetos que habían presenciado un accidente de tren Grupo control: 14 sujetos que no habían presenciado el accidente	Razonamiento basado en la intrusión	PSS	Los sujetos con TEPT interpretan más situaciones como peligrosas; interpretación que está mediada por un razonamiento basado en la intrusión
Horsch, Jacobs y Mckenzie-McHag (2015)	65 mujeres víctimas de muerte fetal	Supresión del pensamiento, rumiación, distracción y abulia	SCID PDS	Relaciones positivas entre la rumiación y el TEPT y negativas entre la supresión del pensamiento, la distracción y el TEPT.

Estudio	Tamaño de la/s muestra/s y tipo/s de evento/s traumáticos	Dominios cognitivos evaluado	Instrumento de medida para el TEPT	Principales hallazgos
Olf, Polak, Witteveen y Denys (2014)	Grupo experimental: 28 pacientes con TEPT Grupo control: 28 individuos traumatizados sin TEPT	Inhibición, flexibilidad, memoria de trabajo y planificación.	CAPS	Las funciones ejecutivas están empobrecidas en sujetos con TETP, especialmente la flexibilidad, la planificación y la memoria de trabajo, si bien la inhibición se ve potenciada.
Pineles, Shipherd, Welch y Yovel (2007)	57 veteranos de Vietnam distribuidos en dos grupos (30 y 27) en función de sus puntuaciones en el PCL	Interferencia en la atención	PCL	Encuentran que los pacientes con TEPT más grave muestran un sesgo de interferencia (les cuesta desconectar de los estímulos amenazantes), pero no de detección.
Samuelson et al. (2009)	Grupo experimental: 25 con TEPT (víctimas del holocausto) Grupo control: 22 sin TEPT (víctimas del holocausto)	Memoria verbal, capacidad de aprendizaje, memoria visual, memoria de trabajo verbal y viso-espacial	CAPS SCID	Déficits en memoria verbal y visual en individuos con TEPT a largo plazo, sin que se encuentre un efecto de interacción con la edad.
Schweizer y Dalglish (2011)	Grupo experimental: 25 sujetos con TEPT Grupo control: 21 sujetos con historia de trauma sin TEPT	Memoria de trabajo	SCID	La memoria de trabajo muestra un rendimiento disminuido cuando se la hace competir con contenido emocionalmente traumático.
Shipherd y Beck (2005)	Grupo experimental: 30 pacientes con TEPT (víctimas de accidentes de tráfico) Grupo control: 25 individuos sanos (víctimas de accidentes de tráfico)	Supresión del pensamiento y efecto rebote	CAPS	No hay diferencias en la capacidad de suprimir pensamientos relacionados con el trauma en función de la presencia/ausencia de TEPT, si bien los individuos con TEPT muestran un efecto rebote posterior (inexistente cuando los pensamientos no son relativos al trauma).
Stricker, Keller, Castillo y Haaland (2015)	Grupo experimental: 56 mujeres veteranas con TEPT	Memoria de trabajo, capacidad de inhibición, memoria y aprendizaje verbal, velocidad	CAPS	Las mujeres veteranas con TEPT muestran una inteligencia general, aprendizaje verbal, memoria de trabajo e inhibición y velocidad de procesamiento más bajas que las mujeres sin TEPT.

Estudio	Tamaño de la/s muestra/s y tipo/s de evento/s traumáticos	Dominios cognitivos evaluado	Instrumento de medida para el TEPT	Principales hallazgos
	Grupo control: 53; 36 mujeres no veteranas sin TEPT y 17 veteranas sin TEPT	de procesamiento e inteligencia general		
Twamley et al. (2009)	Grupo experimental: 55 mujeres víctimas de maltrato (48 con TEPT y 7 con sintomatología subumbral). Grupo control: 20 mujeres sin historia de trauma ni TEPT.	Velocidad de procesamiento, visoconstrucción, memoria visual, fluidez acelerada, inhibición, flexibilidad y razonamiento	CAPS	Los sujetos con TEPT muestran déficits en la velocidad de procesamiento y en el funcionamiento ejecutivo.
Valdez y Lilly (2012)	171 víctimas de violencia interpersonal	Supresión del pensamiento	SCL-PTSD	Relación positiva entre el uso de estrategias de control del pensamiento y el desarrollo de un TEPT.
Zatsick et al. (2010)	3047 pacientes con lesión cerebral grave	Razonamiento, solución de problemas, memoria, atención, concentración y pensamiento (con un autoinforme)	PCL	Independientemente de la gravedad de la lesión cerebral, los pacientes con TEPT informan de mayores deficiencias en la función cognitiva.

Nota: CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale (Blake et al., 1995). IES = the children's version of the Impact of Event Scale (Horowitz et al., 1979; children's version by Yule and colleagues, e.g. Yule & Williams, 1990). K-SADS-PL = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime Version (Kaufman et al., 1997). MPSS = Modified PTSD Symptoms Scale (Stephenson, Marchand, Lavallée y Brillon, 1996). PCL = Posttraumatic Stress Disorder Check List (Weathers, Herman, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993). PDS = The Posttraumatic Diagnostic Scale (Foa, 1995). PSS = The Posttraumatic Symptoms Scale (Foa et al., 1993). RI = the Child Post-traumatic Stress Reaction Index (Pynoos et al., 1987). SCID-I = Structured Clinical Interview for DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1996). SCL-PTSD = Symptom Checklist-90-Revised Crime Related PTSD Scale (Saunders et al., 1990). TEPT = Trastorno por estrés posttraumático.

3.2.4. Hallazgos empíricos relacionados con los productos cognitivos del TEPT.

El campo de los productos cognitivos en el TEPT también ha sido objeto de una prolífica investigación empírica en los últimos años. En la Tabla 12 pueden verse algunos de estos trabajos que permiten extraer una serie de interesantes conclusiones. Por un lado, parece claro que las cogniciones disfuncionales sobre uno mismo y el mundo están relacionados con el desarrollo de un TEPT, aunque el papel de las cogniciones de la culpa es mucho menos consistente, habiendo estudios que encuentran una relación positiva (Hagenaars, van Minnen y Hoogduin, 2007; Held, Owens, Schumm, Chard y Hansel, 2011), otros que no encuentran ninguna relación (Field, Norman y Barton, 2008; Horsch, Jacobs y Mckenzie-McHag, 2015) y otros que incluso encuentran relaciones negativas (Startup, Makgekgenene y Webster, 2007). Aparte, también hay estudios que no solo muestran el carácter relacional de los productos cognitivos con el TEPT, sino que plantean la posibilidad de que estas mismas cogniciones funcionen como factores de riesgo (Yi-Jen y Sue-Huei, 2018), así como de que con el tiempo se hagan más intensas (Dekel, Peleg y Solomon, 2013) o que, incluso, puedan variar de contenido en función de la edad de la víctima (Chung, Jalal y Khan, 2017).

Tabla 12. Resultados empíricos relacionados con los productos cognitivos y el TEPT.

Estudio	Tamaño de la/s muestra/s	Dominio cognitivo evaluado	Prueba o instrumento para el TEPT y para las cogniciones	Principales hallazgos
Chung, Jalal y Khan (2017)	154 víctimas de inundación desde adolescentes a ancianos	Cogniciones de autocrítica, impotencia, desesperanza, culpabilidad y preocupación por la seguridad	PDS (TEPT) CDS	Hallan que las cogniciones más relevantes para el desarrollo de un TEPT varían con la edad. En adolescentes son las relativas a la seguridad, en adultos jóvenes es la impotencia y en adultos mayores de 30 años es la desesperanza.
Dekel, Peleg y Solomon (2013)	314 en T1, 227 en T2 y 221 en T3. Ex – combatientes.	Cogniciones sobre uno mismo y el mundo	Inventario de TEPT de Solomon y cols WAS	Las cogniciones negativas sobre uno mismo y el mundo son impulsadas por el TEPT y en el TEPT crónico se amplían con el tiempo
Field, Norman y Barton (2008)	81 pacientes víctimas de accidente cardiovascular	Cogniciones sobre uno mismo, el mundo y la culpa	PDS PTCI	Relación positiva y predictiva con el TEPT de las cogniciones sobre uno mismo y el mundo, pero no de la culpa.
Hagenaars, van Minnen y Hoogduin (2007)	49 sujetos víctimas de un desastre en el entorno familiar (derrumbe, explosión de gas, impacto de un vehículo)	Cogniciones sobre uno mismo, el mundo y la culpa	PSS-SR PTCI	Relación positiva y predictiva de las cogniciones disfuncionales con el TEPT.
Harman y Lee (2010)	49 sujetos con TEPT	Cogniciones de autocrítica, confianza en sí mismo y vergüenza	PDS FSCRS FSCS ESS	La vergüenza y la autocrítica tienen una relación positiva entre ellas y ambas con el desarrollo del TEPT.
Held, Owens, Schumm, Chard y Hansel (2011)	174 veteranos de guerra con TEPT	Cogniciones de culpa y estrategias de afrontamiento basadas en la desconexión	CAPS PCL TRGI	Las estrategias de desconexión median entre las cogniciones de culpa y el desarrollo del TEPT
Horsch, Jacobs y Mckenzie-McHag (2015)	65 mujeres víctimas de muerte fetal	Cogniciones sobre uno mismo, el mundo y la culpa	SCID PDS PTCI	Relación positiva y predictiva con el TEPT de las cogniciones sobre uno mismo y el mundo

Estudio	Tamaño de la/s muestra/s	Dominio cognitivo evaluado	Prueba o instrumento para el TEPT y para las cogniciones	Principales hallazgos
Startup, Makgekgenene y Webster (2007)	63 participantes con historia de eventos traumáticos diversos	Cogniciones sobre uno mismo, el mundo y la culpa	PTCI PDS	Relación positiva entre escalas del yo y del mundo con el TEPT, pero negativa con la escala de culpa. Además, encuentran diferentes perfiles cognitivos en función del tipo de evento traumático.
Yi-Jen y Sue-Huei (2018)	97 estudiantes con historia de eventos traumáticos variados	Cogniciones sobre uno mismo como incompetente y sobre el mundo peligroso	PDS TAS	Las cogniciones pre existentes sobre uno mismo y el mundo predicen la aparición de un TEA. La evaluación negativa de los síntomas y la rumiación relacionada con el trauma median entre las cogniciones previas y los síntomas de TEA.

Nota: CDS = Cognitive Distorsion Scale (Briere, 2000). ESS = The Experience of Shame Scale (Andrews, Qian y Valentine, 2002). Inventario de TEPT de Solomon (Solomon et al., 1993). FSCRS = The Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (Gilbert et al. 2004). FSCS = The Functions of Self-Criticizing/Attacking Scale (Gilbert et al., 2004). PDS = The Posttraumatic Diagnostic Scale (Foa, 1995). PSS-SR = the Posttraumatic Symptoms Scale—Self Rating (Foa et al., 1993). PTCI = The Posttraumatic Cognitions Inventory (Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999). SCID-I = Structured Clinical Interview for DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1996). TAS = The Trauma Assumption Scale (Su y Chen, 2012). TEPT = Trastorno por estrés postraumático. TRGI = The Trauma Related Guilt Inventory (Kubany et al., 1996). WAS = the World Assumptions Scale (Janoff-Bulman, 1989).

3.3. Aspectos cognitivos en el diagnóstico del TEPT

La primera aparición referente a las consecuencias psicológicas a eventos potencialmente traumáticos se produjo en el primer DSM (APA, 1952), bajo la etiqueta de “reacción intensa de estrés”, si bien no fue hasta la publicación del DSM-III (APA, 1980) cuando aparece la etiqueta de trastorno de estrés postraumático insertada dentro de los trastornos de ansiedad; trastorno cuya característica más definitoria era haber sido originado por la exposición a un estrés reconocible capaz de provocar síntomas de malestar significativo en casi todo el mundo. Dada la vaguedad con la que se definía este criterio (el criterio A), en el DSM III-R (APA, 1987), además de sustituir el término “estrés reconocible” por “acontecimiento traumático”, se decidió añadir una serie de condiciones a modo de ejemplo, como sufrir una amenaza grave a la propia vida o integridad física o a la de los hijos, familiares o amigos cercanos, ver cómo fallece o se lesiona gravemente una persona por un accidente o por un acto de violencia, ser víctima de la destrucción súbita del hogar o de la comunidad, etc., que pudieran clarificar a qué hacía referencia ese acontecimiento traumático, aunque la posibilidad de interpretar un evento como traumático o no seguía siendo, en gran parte, responsabilidad del experto en cuestión. Independientemente de los matices en la redacción y sentido de este criterio, lo que resulta muy relevante dado el carácter descriptivo de los DSM, es que el criterio impone una condición referente a la etiología del trastorno, siendo de los pocos diagnósticos descritos a los que se le imponen esta condición. Esto se mantiene así en las siguientes versiones de la clasificación.

Tomando como referencia inicial el DSM-III-R, vemos que en el DMS-IV (APA, 1994), en el DSM-IV-TR (APA, 2000) y en el último DSM-5 (APA, 2013) los cambios sufridos, tal y como puede apreciarse en la Tabla 13, tienen una especial relevancia en aspectos clave del trastorno, incluyendo los relativos a los factores cognitivos.

Tabla 13. Comparación de los criterios diagnósticos del TEPT del DSM-II-R (APA, 1987), DSM-IV-TR (APA, 2000) y DSM-5 (APA, 2013).

DSM-III-R (APA, 1987)	DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
<p>A. El individuo ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo. Por ejemplo, amenaza grave para la propia vida o integridad física, amenaza o daño para los hijos, el cónyuge u otros parientes cercanos y amigos, destrucción súbita del hogar o de la comunidad. Observación de cómo una persona se lesiona gravemente o muere como resultado de un accidente o de violencia física.</p>	<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha estado (1) y (2):</p> <p>(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.</p> <p>(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos</p>	<p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <p>(1) experiencia directa del suceso/s traumático/s</p> <p>(2) presencia directa del suceso/s ocurrido/s a otros ^[1]_[SEP]</p> <p>(3) conocimiento de que el suceso/s traumático/s ha ocurrido a un familiar ^[1]_[SEP] próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte ^[1]_[SEP] de un familiar o amigo, el suceso/s ha de haber sido violento o accidental</p> <p>(4) exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso/s traumático/s ^[1]_[SEP] (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil) ^[1]_[SEP]</p>
<p>B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las tres formas siguientes:^[1]_[SEP]</p> <p>(1) Recuerdos desagradables, recurrentes e invasores, del acontecimiento.</p> <p>(2) Sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento.^[1]_[SEP]</p> <p>(3) Conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se</p>	<p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <p>(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.^[1]_[SEP]</p>	<p>B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso/s traumático/s, que comienza después del suceso/s traumático/s:</p> <p>(1) recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso/s traumático/s ^[1]_[SEP]</p> <p>(2) sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño</p>

DSM-III-R (APA, 1987)	DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
<p>incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones, y episodios disociativos (<i>flashback</i>), incluso cuando ocurren al despertar, o como consecuencia de alguna intoxicación por drogas.</p> <p>(4) Malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser su aniversario.</p>	<p>(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar [SEP]</p> <p>(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, [SEP] ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que [SEP] aparecen al despertarse o al intoxicarse) [SEP]</p> <p>(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que [SEP] simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático [SEP]</p> <p>(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que [SEP] simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático [SEP]</p>	<p>está relacionado con el suceso/s traumático/s [SEP]</p> <p>(3) reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso/s traumático/s. (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente) [SEP]</p> <p>(4) malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s [SEP]</p> <p>(5) reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s [SEP]</p>
<p>C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta (no existentes antes del trauma), puestas de manifiesto por al menos tres de los siguientes fenómenos:</p>	<p>C. las</p>	<p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso/s traumático/s, que comienza tras el suceso/s traumático/s como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:</p>
<p>(1) Esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas al trauma. [SEP]</p> <p>(2) Esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo</p>	<p>(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático [SEP]</p> <p>(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma [SEP]</p> <p>(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma [SEP]</p>	<p>(1) evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso/s traumático/s [SEP]</p> <p>(2) evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares,</p>

DSM-III-R (APA, 1987)	DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
<p>del trauma.</p> <p>(3) Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma (amnesia psicógena).</p> <p>(4) Disminución marcada del interés en las actividades significativas.</p> <p>(5) Sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto de los demás.</p> <p>(6) Afecto restringido; por ejemplo incapacidad de experiencias amorosas.</p> <p>(7) Sensación de acortamiento del futuro (no se espera, por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos o una larga vida).</p>	<p>(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas</p> <p>(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás</p> <p>(6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)</p> <p>(7) sensación de un futuro limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)</p>	<p>conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso/s traumático/s</p> <p>D: 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 pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:</p> <p>(1) incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso/s traumático/s (debida típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas)</p> <p>(2) 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”)</p> <p>(3) percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso/s traumático/s que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás</p> <p>(4) estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza)</p>

DSM-III-R (APA, 1987)	DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
<p>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (no existentes antes del trauma), puestos de manifiesto por lo menos por dos de los siguientes fenómenos:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño. (2) Irritabilidad o explosiones de ira. (3) Dificultad para la concentración. (4) Hipervigilancia. (5) Respuesta de alarma exagerada. (6) Reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático. 	<p>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño (2) irritabilidad o ataques de ira (3) dificultades para concentrarse (4) hipervigilancia (5) respuestas exageradas de sobresalto 	<ul style="list-style-type: none"> (5) disminución importante del interés o la participación en actividades significativas (6) sensación de desapego o extrañamiento de los demás (7) incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos) <p>E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso/s traumático/s que comienza o empeora después del suceso/s traumático/s como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación), que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos. (2) comportamiento imprudente o auto-destructivo (3) hipervigilancia (4) respuesta de sobresalto exagerada (5) alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño o sueño inquieto)
<p>E. La duración del trastorno (síntomas B, C y D) ha sido por lo menos de un mes.</p>	<p>E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.</p> <p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de</p>	<p>F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a 1 mes.</p>

DSM-III-R (APA, 1987)	DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
<p>Subtipos:</p> <p>Especificar comienzo demorado si el inicio de los síntomas tuvo lugar al menos 6 meses después del trauma.</p>	<p>otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.</p> <p>Especificar si:</p> <p>De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.</p>	<p>G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) o a otra afección médica.</p> <p>Especificar si:</p> <p>Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen criterios para el trastorno por estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas recurrentes y persistentes de una de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Despersonalización 2. Desrealización <p>Especificar si:</p> <p>De expresión demorada: Si la totalidad de criterios no se cumplen hasta al menos 6 meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos de síntomas puedan ser inmediatos).</p>

La primera gran diferencia entre las diferentes versiones del DSM es la categoría bajo la cual se contempla el trastorno de estrés postraumático. Mientras que en el DSM-III-R y en el DSM-IV-TR el TEPT se incluye dentro de los trastornos de ansiedad, junto a otras etiquetas diagnósticas como la fobia específica, la fobia social, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno de ansiedad generalizada, por mencionar los más conocidos, en el DSM-5 se crea una categoría específica de “trastornos relacionados con traumas y factores de estrés”, donde además se incluyen el trastorno de estrés agudo, el trastorno adaptativo y dos categorías infantiles; el trastorno de apego reactivo y el trastorno de relación social desinhibida.

La segunda gran diferencia entre las diferentes versiones del DSM tiene que ver con la definición de evento traumático, la cual se ha ido matizando y acotando a lo largo de los años. En el DSM-III-R se define como un acontecimiento extraordinario capaz de provocar una respuesta de angustia en la mayoría de las personas y se dan algunos ejemplos para guiar al lector. En el DSM-IV-TR se indica que la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado alguna situación en la que su vida o su integridad física o la de algún allegado haya estado en peligro (criterio objetivo) y se añade que se ha tenido que vivir con un horror, desesperanza o terror extremo (criterio subjetivo). Vemos que en el DSM-IV-TR se añade el criterio subjetivo, es decir, ya no basta con que el evento sea potencialmente angustiante, sino que ha debido de provocar algún tipo de angustia/efecto psicológico en la víctima. Sin embargo, deja un abanico demasiado amplio al aceptar cualquier grado de exposición al evento. El DSM-5, por su parte, centra sus matices en este último punto, señalando como evento traumático cualquier situación en la que la persona se haya expuesto a muerte, lesión grave o violencia sexual (de forma real o a través de amenazas) y matizando las diferentes formas de exposición aceptadas.

El criterio B, aquel que hace referencia a los síntomas de re-experimentación se ha mantenido bastante estable a lo largo del tiempo. De hecho, la única diferencia entre el DSM-III-R con los otros dos sistemas, virtualmente idénticos, ha sido la inclusión de un síntoma de re-experimentación referido a los síntomas físicos que puede sentir la persona al recordar algún aspecto del trauma, aunque este mismo síntoma también aparecía en el criterio D del DSM-III-R. Es decir, la modificación que realizan el DSM-IV-TR y el DSM-5 es mover este síntoma desde el criterio D de hipervigilancia al criterio B de re-experimentación.

Es en el criterio C (criterio de evitación) en el cual el DSM-5 ha realizado una modificación más amplia con respecto a sus antecesores, los cuales son virtualmente idénticos. Esta modificación cuenta con una base empírica y se basa en la realización de varios estudios de análisis factorial confirmatorio (véase la revisión metaanalítica de Yufik y Simms, 2010), que defendían un modelo de cuatro factores en el cual el grupo de síntomas de re-experimentación e hipervigilancia quedaban de forma similar a lo propuesto por el DSM-IV-TR y el grupo de síntomas de evitación se dividía en un grupo similar de evitación y otro llamado “alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo”. En este sentido el criterio de evitación se referiría a la evitación activa de pensamientos, sentimientos y estímulos externos relacionados con el acontecimiento traumático y el criterio de alteraciones cognitivas en las cogniciones y el estado de ánimo englobarían los síntomas disociativos (amnesia disociativa, incapacidad para experimentar emociones positivas y sensación de desapego del resto), síntomas disfóricos (estado emocional negativo generalizado y anhedonia) y creencias básicas negativas (sobre las causas y consecuencias del trauma y de uno mismo, el mundo, los otros y el futuro). La inclusión de estos nuevos síntomas en los criterio diagnósticos supone aumentar la importancia a los factores cognitivos, sobretudo en lo que se refiere a los productos cognitivos. Quedan representadas las cogniciones negativas más frecuentes, el pensamiento contrafactual, las

emociones mediadas por razonamientos cognitivos, los problemas en la coherencia de las memorias traumáticas, y la visión de un futuro interrumpido.

Por último, el criterio referido a los síntomas de aumento de la activación apenas ha sufrido variaciones de un DSM a otro. Como ya hemos comentado, en el DSM-III-R se incluía un síntoma relativo a la reactividad fisiológica generada al recordar algún aspecto relacionado con el trauma que en el resto de las versiones pasó a formar parte del criterio de re-experimentación. Por otro lado, en el DSM-5 desaparece el síntoma de dificultades de concentración, al tiempo que se añade el síntoma de comportamiento imprudente o autodestructivo, además de matizar el síntoma de comportamiento irritable o arrebatos de ira.

El resto de criterios en el DSM-5 mantienen la esencia de sus antecesores y, en general, podría afirmarse que el cambio en los criterios diagnósticos, especialmente entre las dos últimas versiones, no tiene un impacto en, por ejemplo, las tasas de prevalencia (Kuester et al., 2017), un buen indicador de la consistencia interna del trastorno.

3.4. Aspectos cognitivos en el tratamiento del TEPT

Un aspecto fundamental cuando hablamos de psicopatología en general y, en concreto, del trastorno de estrés postraumático es el concerniente al tratamiento. Habiendo comentado ya la importancia teórica y empírica de los aspectos cognitivos en el TEPT, cabría esperar que éstos estuvieran también muy presentes en aquellas terapias que han demostrado su eficacia en la reducción y/o eliminación de su sintomatología, es decir, que los tratamientos eficaces, en mayor o menor medida, incluyan algún componente en sus protocolos destinado a modificar los aspectos cognitivos que se han visto relevantes en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. Para ello, un paso preliminar será saber qué tratamientos para el TEPT existen en la actualidad con suficiente aval empírico, para lo cual nos basaremos en la propuesta realizada por las Guías de Práctica Clínica para el TEPT de la APA (APA, 2017) (ver Tabla 14).

Tabla 14. Resumen de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica para el TEPT de la APA (adaptado de APA, 2017).

Tratamiento	Grado de recomendación
<ul style="list-style-type: none"> • Para pacientes adultos con TEPT, se recomienda encarecidamente que el clínico ofrezca alguna de las siguientes intervenciones psicoterapéuticas: <ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitivo-conductual (TCC)* - Terapia de procesamiento cognitivo (TPC) - Terapia cognitiva (TC) - Exposición prolongada (EP) 	Fuerte
<ul style="list-style-type: none"> • Para pacientes adultos con TEPT, se sugiere que el clínico ofrezca alguna de las siguientes intervenciones psicoterapéuticas: <ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia ecléctica breve (PEB) - Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DMOR) - Terapia de exposición narrativa (TEN) 	Condicional
<ul style="list-style-type: none"> • Para pacientes adultos con TEPT, no existe evidencia o la evidencia va en contra para que el clínico ofrezca alguna de las siguientes intervenciones psicoterapéuticas: <ul style="list-style-type: none"> - Relajación - Búsqueda de seguridad 	Insuficiente

Nota. La guía valora como un todo unido tanto las terapias cognitivo-conductuales centradas en el trauma como las terapias cognitivo-conductas no centradas en el trauma, por lo que la recomendación alude a ambos tipos de terapia.

Son cuatro los tratamientos que tienen un grado de evidencia fuerte en el tratamiento del TEPT: la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de procesamiento cognitivo (TPC), la terapia cognitiva (TC) y la exposición prolongada (EP) (APA, 2017). Salvo la terapia cognitiva-conductual (TCC), que incluye un número elevado de diferentes protocolos, todos ellos de corte cognitivo-conductual, pero algunos más centrados en el trauma que otros, el resto de terapias se refieren a protocolos específicos, en concreto, a la Exposición Prolongada de Foa (Foa, Hembree y Rothbaum, 2007; Foa y Rothbaum, 1998), a la terapia de procesamiento

cognitivo de Resick (Resick y Schnicke, 1993) y a la terapia cognitiva de Ehlers y Clark (Ehlers et al., 2005; Ehlers y Wild, 2015).

3.4.1. *Aspectos cognitivos en el tratamiento de la exposición prolongada de Foa.*

El procedimiento de exposición prolongada de Foa (Foa, Hembree y Rothbaum, 2007; Foa y Rothbaum, 1998) incluye en su protocolo módulos de psicoeducación, entrenamiento en respiración, exposición en imaginación y exposición en vivo, se prolonga durante 10-15 sesiones de 90 minutos y está pensada para ser administrada de forma individual. Durante las dos primeras sesiones se realiza la evaluación, un acuerdo sobre la conceptualización del problema, se justifica el uso de este tratamiento, se realiza el entrenamiento en respiración lenta y se elabora una jerarquía de actividades y situaciones temidas y/o evitadas. A continuación, aunque también se inicia en la misma sesión 2, se comienza con la auto exposición en vivo, en la que se pide al paciente que lleve a cabo ciertas exposiciones controladas a los estímulos graduados de la jerarquía, siendo la tarea revisada brevemente al comienzo de la sesión y comentada con más detalle al final de la misma. La exposición en imaginación, por su parte, comienza ya en la sesión 3 y consiste en que el paciente, con los ojos cerrados, reviva la escena traumática en su imaginación de la forma más vívida posible, describiéndola en voz alta, primera persona y tiempo presente. En las primeras sesiones el terapeuta permite que sea el paciente quién elija el nivel de detalle a emplear en su narración, verbalizando, en todo caso, palabras de ánimo, refuerzo y/o aliento. A partir de entonces, el terapeuta incita al paciente a aumentar el nivel de detalle y a profundizar en la narración a través de las preguntas adecuadas con el fin de facilitar la activación de la estructura de miedo (incluyendo elementos de impredecibilidad e incontrolabilidad) y su procesamiento, para el cual se dedican 10-15 minutos en la misma sesión.

Algunos aspectos claves de la EP que deben mantenerse activos durante todo el tratamiento son la capacidad de proporcionar apoyo y tranquilizar a los pacientes cuando se considere necesario, valorar los pensamientos y sentimientos elicitados por la exposición en imaginación, valorar la habitación (o la falta de ella) producida por las exposiciones dentro y fuera de las sesiones, normalizar y ayudar a comprender las reacciones y conductas durante y después del evento traumático y discutir aquellos pensamientos y creencias que puedan estar influyendo en el mantenimiento del trastorno.

Así pues, aunque el foco de la EP no es la reestructuración cognitiva, sí se deja y alienta al clínico para que lleve a cabo la discusión de pensamientos disfuncionales relacionados, especialmente, con las reacciones tenidas durante o tras el trauma, con la falta de habilidad para afrontar el trauma o sus consecuencias, o con creencias negativas sobre uno mismo, los otros y el mundo. Para hacerlo se hace necesario el uso de preguntas similares a las que se utilizan en procedimientos estándar de reestructuración cognitiva. Este procedimiento también se plantea útil cuando existe un predominio de emociones tales como la ira, la culpa o la vergüenza que impidan el normal desarrollo de la tarea de exposición.

Por último, comentar que la eficacia del tratamiento también está supeditada a varias dimensiones cognitivas presentes durante el trauma y durante la tarea de exposición en imaginación. Por ejemplo, Ehlers et al. (1998) encontraron peores resultados en mujeres víctimas de violación cuyos recuerdos reflejaron derrota mental o ausencia de planificación mental (la sensación de darse por vencido y de ser completamente derrotado), así como los que se ven invadidos por sentimientos de alineación de sí mismos o de otros (sentimientos de falta de apoyo, procesos de victimización secundaria, etc.) o un cambio negativo permanente.

3.4.2. Aspectos cognitivos de la terapia de procesamiento cognitivo.

La terapia de procesamiento cognitivo (TPC) de Resick y Schnicke (1993) es una terapia estructurada de 12 sesiones de 60 a 90 minutos de duración desarrollada para ser implementada tanto de forma individual como grupal, cuyos componentes principales son la reestructuración cognitiva y la exposición. Aunque en un primer momento fue pensada para tratar la sintomatología postraumática y depresiva en víctimas de agresión sexual, su uso se ha extendido a víctimas de otros acontecimientos traumáticos.

De forma opuesta al planteamiento de la EP, donde veíamos que el componente principal era la exposición, y la reestructuración cognitiva una suerte de módulo complementario, en la TPC la esencia de la terapia reside en la reestructuración cognitiva, conceptualizando las tareas de exposición como una forma de activar los recuerdos traumáticos y facilitar el descubrimiento de expectativas, atribuciones y creencias erróneas que tratarán de ser corregidas mediante el procedimiento de reestructuración cognitiva. La exposición se manda como tarea para casa y se realiza de forma escrita, para a continuación ser leída en las sesiones y poder trabajar con las cogniciones disfuncionales encontradas.

Así pues, lo principal de la TPC es la reestructuración cognitiva, la cual va dirigida contra los llamados puntos de bloqueo, es decir, creencias contradictorias o fuertes creencias negativas que originan emociones desagradables y conductas desadaptativas. Congruente con los modelos de esquemas (Horowitz, 1986), estos puntos de bloqueo surgen bien como resultado de la violación que el trauma provoca en las creencias previas, bien porque el trauma confirma o refuerza creencias que previamente ya eran negativas. La temática de estos puntos de bloqueo suele estar relacionada con cinco áreas, a las cuales se les concederá una importancia crucial: peligro/seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad.

A través de la tarea de exposición y un registro A-B-C (acontecimiento-pensamiento-consecuencia), se identifican los puntos de bloqueo y con la ayuda de un folleto con 12 preguntas de cuestionamiento (e.g.: ¿cuáles son las pruebas a favor y en contra de esta idea?,

¿está usted empleando ejemplos seleccionados fuera de contexto?) se lleva a cabo la reestructuración cognitiva. Una vez hecho esto, se procede con la descripción de los patrones erróneos de pensamiento (errores cognitivos): exageración, sobregeneralización, razonamiento emocional, abstracción selectiva, inferencia arbitraria, lectura de pensamiento, etc., y se detallan cuáles son las principales características de estos errores (automáticos, sesgados, etc.).

A partir de aquí el trabajo consiste en ayudar a cuestionar los pensamientos automáticos negativos y a reemplazarlos por otros más adaptativos para, finalmente, incidir en el ámbito de las creencias y trabajar de forma específica las cinco áreas comentadas: seguridad, confianza, poder/control, intimidad y estima.

3.4.3. *Aspectos cognitivos de la terapia cognitiva de Ehlers y Clark.*

La terapia cognitiva de Ehlers y Clark (Ehlers et al., 2005; Ehlers y Wild, 2015), basada en el modelo de Ehlers y Clark (2000), comienza desarrollando una versión individualizada del modelo explicativo en el que se identifican los componentes problemáticos y los factores mantenedores del trastorno, al mismo tiempo que se presentan los síntomas y respuestas del paciente como reacciones normales ante el evento traumático que, no obstante, a largo plazo pueden estar manteniendo la problemática. A continuación, se procede con los procedimientos terapéuticos, los cuales se agrupan en tres tipos de metas.

En primer lugar, se lleva a cabo la modificación de las valoraciones excesivamente negativas del trauma y sus secuelas, atacando el auto-concepto negativo que los pacientes han podido desarrollar derivado de la experiencia, así como las consecuencias externas (pérdida de actividades, de relaciones, etc.). Al mismo tiempo, el terapeuta busca cambiar los significados del trauma actualizando los recuerdos traumáticos, para lo cual se siguen tres pasos: (a) identificar los significados personales amenazantes, accediendo a los puntos críticos (momentos de máxima intensidad emocional en el recuerdo del evento) a través de una suerte de exposición

en imaginación o a través de relatos escritos sobre el mismo. (b) Identificar la información incongruente con los significados problemáticos de los puntos críticos (e.g.: en un caso de una víctima del terrorismo que se sentía culpable por no haber sido capaz de salvar a sus compañeros en un primer momento durante un ataque, se identifica como información incongruente los desesperados intentos que realizó para conseguirlo, en los cuáles incluso puso su vida en riesgo, y a través de los cuáles finalmente sí consiguió su objetivo, aunque no tan rápido como le habría gustado). (c) Incorporar la información alternativa en los puntos críticos. Aparte, también se encuentran valoraciones excesivamente negativas de las propias secuelas del trauma, donde incluimos tanto la sintomatología propia del TEPT como las respuestas de los demás, que son modificadas a través de la información, el cuestionamiento socrático y los experimentos conductuales.

En segundo lugar, se busca reducir la reexperimentación mediante la elaboración de los recuerdos del trauma y la discriminación de los estímulos disparadores de las intrusiones. Para ello, se pide al paciente que escriba una narración detallada del evento o que visite el lugar dónde sucedió, lo que ayuda a actualizar los recuerdos. Al mismo tiempo, se identifican de la forma más exhaustiva posible los estímulos discriminantes de las intrusiones, con el objetivo de romper los vínculos entre éstos y los recuerdos del trauma.

Por último, la terapia se dirige a que el paciente abandone las estrategias cognitivas y conductuales disfuncionales como la evitación de situaciones, conversaciones, pensamientos, etc., la hipervigilancia hacia nuevos supuestos peligros, el intento de supresión del pensamiento, etc. Las estrategias para llevarlo a cabo están enmarcadas dentro de la discusión de pensamientos, de sus consecuencias y de los experimentos conductuales.

Aunque, como vemos, algunos de los módulos de la terapia cognitiva de Ehlers y Clark se asemejan bastante a procedimientos de exposición, los autores hacen hincapié en diferenciar sus procedimientos de los de la exposición, aludiendo a que en ningún caso se persigue la

habituaación emocional al recuerdo/situación dolorosa, sino la identificación de puntos críticos, la modificación de los mismos a través de procedimientos de reestructuración cognitiva, la elaboración de una narración del trauma, la búsqueda de pruebas en contra de las predicciones específicas distorsionadas y la reducción del sentido del “ahora” del recuerdo traumático.

3.4.4. Impacto del tratamiento en las cogniciones negativas postraumáticas y los esquemas cognitivos

Como hemos visto, las terapias que según la APA (APA, 2017) cuentan con una mayor evidencia empírica para el tratamiento del TEPT incluyen en mayor o menor medida algún componente destinado a la modificación de las cogniciones negativas postraumáticas. Así pues, cabría esperar que, efectivamente, los tratamientos redujeran estas cogniciones, así como que esta reducción mediara en la reducción o eliminación de la sintomatología postraumática. A este respecto, una reciente revisión (Brown, Belli, Asnaani y Foa, 2019) examinó un total de 65 estudios con el objetivo de (1) valorar el impacto del tratamiento en la reducción de las cogniciones postraumáticas negativas y en la gravedad de los síntomas de TEPT en estudios controlados (que incluyen condición de comparación) y no controlados (que no incluyen condición de comparación), (2) valorar las correlaciones de la reducción provocada por el tratamiento entre los síntomas de TEPT y las cogniciones postraumáticas negativas en el tratamiento, y (3) sintetizar los estudios sobre el papel mediacional de las cogniciones postraumáticas negativas en la reducción de los síntomas de TEPT y viceversa, en los tratamientos para dicho trastorno. La mayoría de los estudios revisados (67.6%) apuntan a una reducción simultánea y con tamaños del efecto similares en las cogniciones postraumáticas y la sintomatología TEPT, independientemente del tratamiento concreto evaluado. Estos hallazgos indican que, en general, los tratamientos que reducen efectivamente los síntomas de TEPT también reducen las cogniciones postraumáticas negativas. En lo relativo al segundo objetivo

de la revisión, se encontró que el doble de estudios ($n = 4$) mostraba correlaciones significativas entre las cogniciones postraumáticas negativas pretratamiento y los síntomas de TEPT postratamiento. Así mismo, todos los estudios ($n = 12$) que valoraron la asociación entre el cambio en las cogniciones postraumáticas negativas y los síntomas de TEPT apoyaban la hipótesis de que ambos cambios están íntimamente relacionados. Es decir, los individuos que experimentaron mayores disminuciones significativas en las cogniciones postraumáticas negativas también experimentaron mayores reducciones en la sintomatología TEPT. Por último, y atendiendo al tercer objetivo propuesto en la revisión, los resultados de 11 estudios encontraron fuertes efectos unidireccionales de las cogniciones postraumáticas negativas en los síntomas de TEPT, es decir, encontraron que las reducciones en las cogniciones postraumáticas precede a la reducción de la sintomatología postraumática. Por su parte, cuatro estudios encontraron efectos bidireccionales o ningún efecto entre ambas reducciones.

En cuanto al efecto del tratamiento en los esquemas cognitivos, tomaremos como referencia la revisión de Bourdon, El-Baalbaki, Girard, Lapointe-Blackburn y Guay (2018), si bien la revisión, que incluye diez artículos, solo incluye uno que evalúe los cambios en los esquemas cognitivos, estando el resto centrados en el efecto del tratamiento sobre las estrategias de afrontamiento. Los resultados indican que los cambios producidos por la terapia (terapia centrada en esquemas) en los esquemas de autonomía (dependencia, incompetencia, vulnerabilidad personal y fracaso) eran capaces de explicar el 26.3% de la varianza del cambio en la sintomatología TEPT. Así mismo, de los 18 esquemas evaluados, el cambio se producía en 17 de ellos, siendo especialmente relevante en los dominios de inhibición emocional, autosacrificio, derecho, autocontrol insuficiente, castigo y estándares implacables.

3.4.5. *Apuntes sobre el tratamiento a víctimas de atentados terroristas*

Si bien hemos visto qué terapias cuentan con un aval empírico fuerte para el tratamiento del TEPT según las guías de práctica clínica de la APA (APA, 2017), se hace necesario saber si estas mismas terapias han sido testadas en la población específica de víctimas de atentados terroristas, dado que sería posible que la eficacia y/o efectividad de estas terapias variara en esta población específica, una hipótesis que cuenta con suficientes argumentos para tenerla en cuenta, tal y como señalan García-Vera et al. (2015). En esta misma revisión, García-Vera et al. (2015) señalan que solo la terapia cognitivo-conductual y la exposición prolongada han mostrado su eficacia en la reducción de la sintomatología derivada de atentados terroristas (ver Tabla 15), con reducciones medias del 50.9% en el diagnóstico de TEPT y tasas de abandono medias del 23.50% (N = 120), mientras que solo la terapia cognitivo-conductual ha mostrado su efectividad en la reducción de la sintomatología derivada de atentados terroristas (ver Tabla 16), con reducciones medias del 57.6% y tasas de abandono medias del 16.2% (N = 295).

Como puede apreciarse en las Tablas 15 y 16, la mayoría de los estudios incluidos en la revisión, ya sean de eficacia o efectividad, se han realizado con víctimas de atentados terroristas considerados masivos que habían tenido su atentado en un plazo de tiempo inferior a los cinco años, sin embargo, el gran grueso de las víctimas de terrorismo de España cuenta con la particularidad de ser víctimas de atentados puntuales, dirigidos contra personas específicas, que además habían sufrido su atentado hace mucho tiempo, más de veinte y treinta años en muchos casos. Por ello, sería interesante valorar si los tratamientos que se han visto eficaces y efectivos para otras víctimas de terrorismo lo son también para las víctimas españolas. A este respecto, Gesteira, García-Vera y Sanz (2018) llevaron a cabo una investigación con grupo control en la que aplicaron una terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) a un grupo de 35 víctimas, de las cuáles 25 (71.4%) completaron las 16 sesiones del protocolo, con tasas de remisión para el TEPT del 100% y con tamaños del efecto en la reducción de la sintomatología

postraumática grandes ($d = 1.39$); resultados que señalan que la TCC-CT es un tratamiento eficaz también para las víctimas del terrorismo españolas, a pesar de sus peculiaridades.

Tabla 15. Estudios grupales sobre la eficacia del tratamiento psicológico en víctimas adultas del terrorismo (tomado de García-Vera et al., 2015).

Referencia	Incidente terrorista	Víctimas	Trastornos psicológicos principales	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a corto plazo	Resultados a medio y largo plazo
Estudios con diseño intergrupo y asignación aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento (GT) y de control (GC)							
Duffy et al. (2007)	Ataques terroristas y conflictos civiles relacionados en Irlanda del Norte	58 víctimas: - 32 testigos directos - 15 testigos indirectos - 11 heridos	- TEPT: 100% - TDM: 63.8% - Trastorno de angustia: 20.7% - Trastorno por consumo de alcohol o sustancias: 13.8% - Fobias específicas: 10.3% - TAG: 5.2%	- GT (29 pacientes): TCC (12 sesiones; n° medio = 5.9) con sesiones adicionales de seguimiento (n° medios = 2). - GC (29 pacientes): lista de espera durante 12 semanas y luego TCC (28 pacientes)	- PDS -BDI-IA - SDS-W, SDS-S y SDS-F	A las 12 semanas, diferencias significativas entre grupos en todas las medidas, con el GT mejorando en todas las medidas y el GC en ninguna. TE pre-post para todos los pacientes tras TCC: (<i>N</i> de intención de tratar = 57): 1.25 (PDS), 1.05 (BDI-IA), 0.97 (SDS-W), 1.03 (SDS-S) y 0.70 (SDS-F). Para todos los pacientes tras TCC (<i>N</i> intención de tratar = 57): 56.1% mejoraron (una reducción de al menos el 50% en PDS)	Las ganancias terapéuticas se mantuvieron: no se encontraron ni diferencias significativas ni mejoras posteriores significativas en las puntuaciones entre el tratamiento y los seguimientos (seguimientos a 1, 4 y 12 meses).

Referencia	Incidente terrorista	Víctimas	Trastornos psicológicos principales	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a corto plazo	Resultados a medio y largo plazo
Difede, Malta et al. (2007)	Aviones estrellados en el World Trade Center el 11 de septiembre de 2001 en Nueva York	31 trabajadores de rescate-emergencia	-TEPT: 67.7% - Criterios por debajo del umbral de TEPT: 32.3%.	-GT (15 pacientes, pero solo 7 lo completaron): TCC (12 sesiones semanales). -GC (16 pacientes, solo 14 lo completaron): tratamiento habitual (<i>feedback</i> sobre la evaluación y consejo y ayuda para obtener tratamiento para el TEPT: ninguno lo buscó).	- CAPS - PCL - BDI - BSI-GSI - MAST	A las 12 semanas, sin diferencias significativas entre grupos en ninguna medida (análisis de intención de tratar); entre los que completaron, diferencias significativas en medidas TEPT (CAPS y PCL). TE entre grupos para los que completaron: 1.37 (CAPS) y 1.66 (PCL). Entre los que completaron, un 71.4% de mejoría (reducción > 10 puntos en CAPS) en el GT frente a 28.6% en GC	En el seguimiento a los 3 meses, las ganancias terapéuticas se mantenían en el PCL, BDI, GSI y MAST entre los que completaron el tratamiento del GT (n = 6), pero en el artículo no se presentaban resultados estadísticos claros.

Referencia	Incidente terrorista	Víctimas	Trastornos psicológicos principales	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a corto plazo	Resultados a medio y largo plazo
Bryant et al. (2011)	Atentados ocurridos entre 2004 y 2009 en el sur de Tailandia	28 víctimas directas con un diagnóstico primario de TEPT basado en criterios DMS-IV	- TEPT: 100% - Duelo complicado en los pacientes con familiares muertos en los atentados: 85.7% (24 víctimas)	- GT (16 pacientes): TCC (8 sesiones semanales de 60 minutos). - GC (12 pacientes): tratamiento habitual (consejo ofrecido por psiquiatras no entrenados en TCC; 8 sesiones semanales)	- PSS-I - BDI-II - ICG - CAPS	En el postratamiento, diferencias significativas entre los grupos en todas las medidas y favorables al GT, con tamaños del efecto de 0.96 (PSS-I), 0.81 (BDI-II) y 0.58 (ICG). Para todos los pacientes, 75% (GT) frente a 33% (GC) mejoraron clínicamente (puntuación < 19 en el CAPS y < 10 en el BDI-II), y esta diferencia fue significativa	En el seguimiento a los 3 meses, diferencias significativas entre los grupos en todas las medidas y favorables al GT, con tamaños del efecto de 0.62 (PSS-I), 0.37 (BDI-II) y 0.38 (ICG)

Referencia	Incidente terrorista	Víctimas	Trastornos psicológicos principales	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a corto plazo	Resultados a medio y largo plazo
Schneier et al. (2012)	Aviones estrellados contra el <i>World Trade Center</i> el 11 de septiembre de 2011 en Nueva York	37 víctimas con diagnóstico de TEPT y síntomas moderados (CAPS \geq 45) durante \geq 3 meses	- TEPT: 100% - Trastornos del estado de ánimo: 65.8%	- GT (19 pacientes, pero solo 13 completaron el tratamiento): Terapia de exposición prolongada (10 sesiones semanales) + paroxetina. - GC (18 pacientes, pero solo 13 completaron el tratamiento): Terapia de exposición prolongada (10 sesiones semanales) + placebo farmacológico	- CAPS - CGI-C - HDRS - Q-LES-Q	En el postratamiento, la remisión de TEPT (CAPS \leq 20 Y CGI-C = 1 “ha mejorado muchísimo”) fue mayor (análisis de intención de tratar) en el GT (42.1%) que en el GC (16.7%) y hubo diferencias intergrupos significativas (análisis de los que completaron el tratamiento) en CAPS y Q-LES-Q, pero no en HDRS	En el seguimiento a los 3 meses, durante los cuales se continuó con paroxetina (n = 13) o placebo (n = 13) como tratamiento de mantenimiento, no se encontraron diferencias en remisión (38% vs. 31%), CAPS, Q-LES-Q o HDRS.
Estudios con diseño intergrupo y asignación no aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento (GT) y de control (GC)							

Referencia	Incidente terrorista	Víctimas	Trastornos psicológicos principales	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a corto plazo	Resultados a medio y largo plazo
Difede, Cukor et al. (2007)	Aviones estrellados contra el <i>World Trade Center</i> el 11 de septiembre de 2001 en Nueva York	21 trabajadores de rescate-emergencia y civiles	- TEPT: 100%	- GT (13 pacientes, pero solo 10 completaron el tratamiento): TCC con exposición mediante realidad virtual (8-14 sesiones semanales) - GC (8 pacientes): lista de espera	- CAPS - PCL - BDI - BSI-GSI	En el postratamiento diferencias intergrupos significativas en la CAPS para los que completaron el tratamiento. TE intergrupo para los que completaron el tratamiento: 1.54 (CAPS). Entre los que completaron el tratamiento, el 90% mejoraron en la CAPS (reducción > 10 puntos en CAPS)	En el seguimiento a los 6 meses, las ganancias terapéuticas se mantenían en la CAPS para los que completaron el tratamiento (n = 9), con diferencias intragrupo significativas en la CAPS entre el pretatamiento y el seguimiento

Nota: TAG= trastorno de ansiedad generalizada; TDM= trastorno depresivo mayor; TEPT= trastorno por estrés postraumático; TCC= terapia cognitivo conductual; BDI= Inventario de depresión de Beck (“Beck Depression Inventory”), BDI-IA= Inventario de depresión de Beck, primera edición corregida; BDI-II= Inventario de depresión de Beck, segunda edición; BSI-GSI= Índice de gravedad global del Inventario breve de síntomas (“Brief Symptom Inventory”); CAPS= Escala para el trastorno por estrés postraumático aplicada por el clínico (Clinician-Administered PTSD Scale); HDRS= Escala de valoración de la depresión de Hamilton (“Hamilton Depression Rating Scale”); ICG= Inventario de duelo complicado (“Inventory of Complicated Grief”); MAST= Test para el cribado del alcohol de Michigan (“Michigan Alcohol Screening Test”). PCL= Lista de verificación del trastorno por estrés postraumático (“PTSD Checklist”); PDS= Escala para el diagnóstico del estrés postraumático (“Post-traumatic Stress Diagnosis Scale”). PSS-I= Escala de síntomas del trastorno por estrés postraumático-entrevista (“PTSD Symptom Scale-Interview”); Q-LES-Q= Cuestionario de satisfacción y placer de la calidad de vida (“Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire”); SDS-W, SDS-S y SDS-F: subescalas Laboral, Social y Familiar de la Escala de discapacidad de Sheehan (“Sheehan Disability Scale”); TE= tamaño del efecto.

Tabla 16. Estudios grupales sobre la utilidad clínica del tratamiento psicológico en víctimas adultas del terrorismo (estudios con diseño intragrupo) (García-Vera et al., 2015).

Referencia	Incidente terrorista	Víctimas	Trastornos psicológicos principales (% de víctimas)	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a corto plazo
Gillespie et al. (2002)	Bomba en Omagh (Irlanda del Norte)	91 víctimas: - 33% heridos - 42% testigos directos - 12% personales de emergencias - 13% otras víctimas	- TEPT: 100% - TDM: 47.3% - Abuso o dependencia del alcohol: 5.5% - Trastorno de angustia y/o agorafobia: 4.4%	TCC (mediana de sesiones = 8; rango: 2.73)	- PDS - IES-R - BDI-IA - GHQ	En el postratamiento, diferencias intragrupo significativas en PDS ($n = 78$ pacientes), BDI ($n = 33$) y GHQ ($n = 37$). TE intragrupo para PDS: 2.47 ($n = 78$ pacientes). Para $n = 78$, 73.1% mejoraron (al menos una reducción del 50% en PDS)
García-Vera y Romero Colino (2004)	Bombas en trenes el 11 de marzo de 2004 en Madrid	40 víctimas: - 7.5% heridos - 55% familiares de fallecidos - 17.5% voluntarios en el rescate - 12.5% testigos directos - 7.5% testigos indirectos	- TEPT: 22.5% - Trastorno por estrés agudo: 22.5% - Trastorno adaptativo: 37.5% - TDM: 2.5% - Duelo: 15%	TCC (nº medio de sesiones = 5; rango = 2.16)	- ESEA - EI - BDI-II - STAI	Para todos los pacientes, 5% de abandonos, 90% de recuerdos (no cumplían los criterios diagnósticos y tenían puntuaciones en medidas sintomáticas en el rango normal) y 5% de no recuperados. Para los pacientes con TEPT, 22% de abandonos, 67% de recuperados y 11% de no recuperados. Para pacientes con trastorno por estrés agudo, 100% de recuperados. Para pacientes con trastornos adaptativos, 100% de recuperados.

Referencia	Incidente terrorista	Víctimas	Trastornos psicológicos principales (% de víctimas)	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a corto plazo
Brewin et al. (2008)	Atentados con bomba el 7 de julio de 2005 en Londres	75 supervivientes	- TEPT según DSM-IV o CIE-10: 100%	- TCC: 80% de los pacientes - EMDR: 10% de los pacientes - TCC + EMDR: 10% de los pacientes. Nº modal de sesiones = 9 (rango = 1-29)	- PDS - BDI	En el postratamiento, diferencias intragrupo significativas en todas las medidas (análisis de intención de tratar) TE intragrupo para los pacientes con TEPT según el DSM-IV: 2.53 (PDS) y 1.90 (BDI). TE intragrupo para los pacientes con TEPT según la CIE-10: 1.99 (PDS) y 1.04 (BDI). Para $n = 53$, 87% y 79% de los pacientes mejoraron en la PDS (puntuación < 24) y en el BDI (puntuación < 15), respectivamente.

Nota: TDM= trastorno depresivo mayor; TEPT= trastorno por estrés postraumático; TCC= terapia cognitivo conductual; EMDR= Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (“Eye movement desensitization and reprocessing”); BDI= Inventario de depresión de Beck (“Beck Depression Inventory”), BDI-IA= Inventario de depresión de Beck, primera edición corregida; BDI-II= Inventario de depresión de Beck, segunda edición; ESEA= Escala de síntomas de estrés agudo; EI= Escala de inadaptación; GHQ= Cuestionario de salud general (“General Health Questionnaire”); PDS= Escala para el diagnóstico del estrés postraumático (“Post-traumatic Stress Diagnosis Scale”); IES-R= Escala revisada de impacto del estresor (“Impact of Event Scale-Revised”); STAI= Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (“State-Trait Anxiety Inventory”); TE= tamaño del efecto.

Capítulo 4.

Instrumentos destinados a la medición de los factores cognitivos del TEPT

Desde que la categoría diagnóstica del trastorno de estrés postraumático se definió como tal en el DSM-III (APA, 1980), han sido muchos los instrumentos de medida desarrollados para evaluar la problemática de dicho trastorno. Así pues, podemos encontrar instrumentos destinados a emitir un diagnóstico de TEPT, instrumentos destinados a la evaluación de síntomas, otros instrumentos cuyo objetivo es tanto el diagnóstico como la evaluación de síntomas, instrumentos para el cribado de síntomas, instrumentos para la evaluación de acontecimientos traumáticos, instrumentos para evaluar otros síntomas no tan representados en las clasificaciones diagnósticas y, por último, instrumentos destinados a valorar la respuesta al tratamiento. Aunque el objetivo del presente trabajo está relacionado con la evaluación de otros síntomas, en concreto las creencias y actitudes disfuncionales traumáticas, se hace conveniente realizar un somero repaso del resto de áreas, con el objetivo de dar un contexto al instrumento objeto de esta tesis.

4.1. Otros instrumentos para evaluar diferentes áreas del TEPT

Comenzando por aquellos instrumentos cuya administración se realiza en formato entrevista, destacamos, en primer lugar, la Escala de Síntomas del TEPT- Entrevista para el DSM-5 (*PTSD Symptom Scale- Interview for DSM-5; PSSI-5*; Foa, McLean Zang, Zhong, Rauch et al., 2016). El PSSI-5 es una entrevista semiestructurada de 24 ítems que evalúa los síntomas de TEPT atendiendo a los criterios del DSM-5. La entrevista incluye una primera pregunta (no contabilizada en el cómputo de los 24 ítems) acerca de los acontecimientos traumáticos vividos por la persona y, tras seleccionar el más grave o perturbador, se procede con el resto de ítems, que quedan distribuidos de la siguiente manera: 5 ítems para valorar el criterio de intrusión, 2 ítems para el criterio de evitación, 7 ítems para el criterio de cambios en el estado de ánimo y cogniciones negativas, 6 ítems para el criterio de activación y reactividad, 2 ítems para el criterio de malestar/interferencia y otros 2 ítems para valorar el comienzo retardado de los síntomas y la duración de los mismos. Otro instrumento a destacar destinado

al diagnóstico de TEPT es la Escala para el TEPT según DSM-5 Administrada por el Clínico (*The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5, CAPS-5*; Weathers, Blake et al., 2018). Se trata de una entrevista de 30 ítems que, en función de su versión, permite diagnosticar un TEPT en el último mes o en algún momento de la vida del evaluado. Además de incluir los 20 síntomas descritos por el DSM-5, también incluye preguntas destinadas a evaluar el comienzo y la duración de los síntomas, el malestar subjetivo, el impacto de los síntomas en el funcionamiento social y laboral, la mejora de los síntomas desde la última administración de la CAPS-5, la validez de respuesta global, la gravedad global del TEPT y especificaciones para el subtipo disociativo. En España, se desarrolló la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, et al., 1997), una entrevista semiestructurada de 17 preguntas que se corresponden con los criterios del DSM-IV-TR.

En el ámbito de los cuestionarios, podemos encontrar cuestionarios de tipo diagnóstico, tal y como la Escala Diagnóstica Postraumática para el DSM-5 (*Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5, PDS-5*; Foa et al., 2015) que es similar en número de ítems y estructura al PSSI-5, está validado con población víctima de diferentes eventos traumáticos ($n = 242$), entre los que se incluyen asalto físico, asalto sexual, veteranos/combatientes, abuso sexual infantil, accidente, desastre natural, etc., muestra una consistencia interna de .95 para la escala total, una estabilidad test-retest de .90 para la escala total y buenas medidas de validez convergente (correlaciones con el PSSI-5 DE .80 y con el PCL-S de .90) y discriminante (correlaciones con el STAI-T de .64 y con el BDI-II de .77). Además, el PDS-5 arroja índices de sensibilidad de .79 y de especificidad de .78 para un punto de corte de 28. Otro cuestionario adaptado al DSM-5 incluido en este ámbito sería el la Lista de TEPT (*PTSD Checklist, PCL-5*; Weathers et al., 2013), que consta de 20 ítems (5 ítems referidos al criterio de reexperimentación, 2 ítems referidos al criterio de evitación, 7 ítems referidos al criterio de cambios en el estado de ánimo y las cogniciones negativas y 6 ítems referidos al criterio de hiperactivación/reactividad). Para su

validación, Blevins, Weathers, Davis, Witte y Domino (2015) llevaron a cabo dos estudios ($N_1 = 278$ y $N_2 = 558$) con estudiantes víctimas de algún acontecimiento traumático, entre los que se incluyen accidentes de vehículos motorizados, asalto físico o sexual, violencia repentina, muerte accidental de un ser querido, desastres naturales, etc. Los resultados arrojaron cifras de consistencia interna de .94, de fiabilidad test-retest de .82, de validez convergente que variaba entre .74 y .85 y de validez discriminante que variaba entre .31 y .60. Aunque existen otros mucho cuestionarios destinados a la evaluación de síntomas, el cribado de síntomas o el diagnóstico de TEPT, no los comentaremos por no estar validados atendiendo a los cambios introducidos en la nueva versión del DSM.

4.2. Instrumentos destinados a la evaluación de los factores cognitivos del TEPT.

Con el fin de identificar los instrumentos disponibles para medir factores cognitivos asociados al TEPT, se realizó una búsqueda con fecha 17 de julio de 2018 en las principales bases de datos de psicología y de psicología del trauma (PsycINFO, PsycARTICLES, PILOTS y Psychology Database), introduciendo las siguientes combinaciones de términos “Cognition” o “attitude” o “belief” y “Victim” o “trauma” o “victims of trauma” y “test” o “inventory” o “questionnaires” o scale” y “development” o “validation” en los campos abstract, título y palabras clave y se limitaron los resultados a aquellos artículos publicados a partir del año 1990. Esta búsqueda arrojó un total de 197 trabajos. Los criterios para seleccionar los trabajos para su revisión fueron (a) que el contenido del artículo abordara el proceso de desarrollo y validación de un test, cuestionario, inventario o escala de medida, (b) que dicho instrumento estuviera destinado a la medida de cogniciones, actitudes o creencias en víctimas de algún tipo de acontecimiento traumático, (c) que se tratara de un trabajo original (no una validación en diferentes poblaciones, idiomas, etc.), y (d) que no fuera un trabajo repetido. En el proceso de revisión se eliminaron 51 trabajos por incumplir el criterio (a), 42 por incumplir el criterio (b),

12 por incumplir el criterio (c) y 82 por incumplir el criterio (d). Finalmente, se revisaron 10 trabajos que cumplieran con los cuatro criterios establecidos.

El análisis de los ítems de los instrumentos revisados indican que, en línea con el sistema taxonómico cognitivo sugerido por Ingram, dos instrumentos están compuestos por ítems que expresan productos cognitivos, cuatro están formados por ítems que mezclan en mayor o menor medida proposiciones cognitivas y productos cognitivos, dos se centran en medir operaciones cognitivas y ninguno está destinado a medir estructuras cognitivas. A continuación, se dividirán y describirán estos instrumentos en función de estas categorías. Los detalles sobre sus principales características psicométricas y de contenido se encuentran en las Tablas 17 y 18.

Tabla 17. Cuestionarios, inventarios y escalas de constructos cognitivos asociados al TEPT.

Autor(es)	Instrumento	Población	Ítems	Factores
Park, Riley, George, Gutiérrez, Hale, Cho y Braun (2016)	<i>The global meaning violation Scale (GMVS)</i>	Adultos sin necesidad de historia de eventos traumáticos	13	1. Violación de la meta intrínseca 2. Violación de creencias 3. Violación de las metas extrínsecas
Buck, Kindt, Arntz, Van den Hout Schouten (2008)	<i>The trauma relevant assumptions scale (TRAS)</i>	Adultos con y sin historia de acontecimientos traumáticos	31	1. Suposiciones sobre uno mismo 2. Suposiciones sobre el mundo
Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo (1999)	<i>The posttraumatic cognitions inventory (PTCI)</i>	Adultos con historia de acontecimientos traumáticos con TEPT, adultos con historia de acontecimientos traumáticos sin TEPT y adultos sin historia de acontecimientos traumáticos	33	1. Cogniciones negativas sobre uno mismo 2. Cogniciones negativas sobre el mundo 3. Culpabilidad
Meiser-Stedman, Smith, Bryant, Salmon, Yule, Dalgleish y Nixon (2009)	<i>The child post-traumatic cognitions Inventory (CPTCI)</i>	Niños de entre 6 y 17 años víctimas de asaltos, de accidentes de tráfico o sin historia de acontecimientos traumáticos	25	1. Cambio permanente y dañino 2. Persona frágil en un mundo peligroso

Autor(es)	Instrumento	Población	Ítems	Factores
Pérez-Sales, Eiroa-Orosa, Olivos, Barbero-Val, Fernández-Liria y Vergara (2012)	<i>Valoración del impacto vital ontológico (VIVO)</i>	Adolescentes (entre 14 y 18 años) y adultos con y sin historia de eventos traumáticos	116	1. Visión del mundo 2. Actitud ante el mundo 3. Visión del ser humano 4. Afrontamiento 5. Impacto de hechos pasados 6. Emociones 7. Narrar la experiencia 8. Apoyo social 9. Identidad 10. Consecuencias
Vogt, Shipherd y Resick (2012)	<i>Posttraumatic maladaptive beliefs scale (PMBS)</i>	Mujeres adultas víctimas de abuso sexual	15	1. Amenaza de daño 2. Autovalía y juicio 3. Confianza en otros
Kubany, Haynes, Abueg, Manke, Brennan y Stahura (1996)	<i>Trauma-related guilt inventory (TRGI)</i>	Adultos con historia de acontecimientos traumáticos	32	1. Escala de culpa total 2. Malestar/angustia 3. Cogniciones de culpa
DePrince, Zurbriggen, Chu y Smart (2010)	<i>The trauma appraisal questionnaire (TAQ)</i>	Adultos con historia de eventos traumáticos	54	1. Alineación 2. Ira 3. Traición 4. Miedo 5. Culpa 6. Remordimiento
Ginzburg, Arnow, Hart, Gardner, Foopman, Classen, Giese-Davis y Spiegel (2006)	<i>The abuse-related beliefs questionnaire (ARBQ)</i>	Adultos supervivientes de abuso sexual infantil	18	1. Culpabilidad 2. Vergüenza 3. Resiliencia
Øktedalen, Hagtvet, Hoffart, Langkaas y Smucker (2014)	<i>The trauma related shame inventory (TRSI)</i>	Adultos con historia de acontecimientos traumáticos y diagnóstico de TEPT	24	1. Repulsa interna 2. Comportamiento afectivo interno 3. Repulsa externa 4. Comportamiento afectivo externo

Tabla 18: Estructura interna y fiabilidad de los instrumentos.

Instrumento	Análisis factorial	Rotación	Consistencia interna (Alfa total)	Fiabilidad Test-retest
GMVS	ACP	oblimin	Subescalas: .61 - .85 Total: ---	.65 - .83
TRAS	ACP	oblimin	Subescalas: .80 - .99 Total: ---	.73 - .87 (5-6 semanas)
PTCI	ACP	oblimin	Subescalas: .86 - .97 Total: .97	.74 (1 semana) .85 (tres semanas)
CPTCI	ACP	Varimax	Subescalas: .86 - .93 Total: .97	.70 - .78 (2-3 meses)
VIVO	ACP	Varimax	Subescalas: .33 - .83 Total: ---	.80 (6 meses)

Instrumento	Análisis factorial	Rotación	Consistencia interna (Alfa total)	Fiabilidad Test-retest
PMBS	---	---	Subescalas: .71 - .76 Total: .82	---
TRGI	ACP	Varimax	Subescalas: .60 - .94 Total: ---	.73 - . (a corto plazo)
ARBQ	ACP	oblmin	Subescalas: .71 - .86 Total: .88 - .90	---
TAQ	ACP	oblmin	Subescalas: .80 - .94 Total: ---	.73 - .88 (3-8 meses)
TRSI	análisis de univarianza, mGENOVA	---	Subescalas: --- Total: .87	---

Nota. (---). Los autores no proporcionan datos. ACP: Análisis de Componentes Principales.

4.2.1. Instrumentos que miden operaciones cognitivas

GMVS

The Global Meaning Violation Scale (Park et al., 2016) es un instrumento de 13 ítems destinado a medir las violaciones o transgresiones y la interferencia producida por eventos estresantes en las creencias y los objetivos de los individuos previos a estos eventos. Los ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, se dividen entre aquellos que evalúan el cambio en las creencias (p.ej.: “el evento traumático sufrido, ¿cuánto cambió su sensación de que el mundo es justo?”) y aquellos que evalúan la interferencia en la capacidad del sujeto para conseguir algún logro específico (p.ej.: “el evento traumático sufrido, ¿cuánto interfiere en su capacidad para conseguir paz interior, logros académicos, logros laborales, etc.?”).

Para su desarrollo y validación se contó con dos muestras de población general ($n_1 = 624$ y $n_2 = 284$) que respondieron el GMVS en función de un acontecimiento estresante, sin necesidad de que este acontecimiento fuese traumático. A continuación, los autores llevaron a cabo un análisis factorial de ejes principales con rotación oblmin y se basaron en tres criterios para determinar el número de factores a extraer: el gráfico de sedimentación de Cattell (Cattell, 1966), análisis paralelos (Horn, 1965) y el procedimiento MAP de Velicer (Velicer, 1976; Velicer et al., 2000), lo que arrojó un total de tres factores: 1) “violación de la meta intrínseca”; compuesto por seis ítems relacionados con las violaciones o transgresiones ligadas con el bienestar; 2) “violación de creencias”, formado por 5 ítems que abarcan creencias básicas como

la seguridad y la justicia y 3) “violación de las metas extrínsecas”, que contiene 4 ítems relacionados con la violación o transgresión de logros ligados a la carrera laboral, la educación, la creatividad y el deporte. Además, realizaron un análisis factorial confirmatorio cuyos resultados aconsejaron la eliminación de dos ítems y tras lo que se produjo un modelo con un ajuste aceptable ($\chi^2 = 181.47$, $df = 62$; CFI = .92; RMSE = .08).

La consistencia interna del instrumento se encuentra entre .61 y .85 para los tres factores, mientras que la fiabilidad test-retest arrojó valores comprendidos entre .65 y .83. En lo referente a la validez del instrumento, los resultados indican que las reducciones en las violaciones o transgresiones están general y significativamente relacionadas con reducciones en las medidas de malestar (ansiedad, estrés, depresión y sintomatología postraumática). Así mismo, los autores también aportan datos de una buena validez convergente y discriminante del instrumento.

TRAS

El *Trauma Relevant Assumptions Scale* (Buck, Kindt, Arntz, van den Hout y Schouten, 2008) es un instrumento formado por 31 ítems destinado a la evaluación de productos y proposiciones cognitivas en términos de negatividad/positividad y flexibilidad/rigidez. Los sujetos deben hacer una marca sobre una línea continua en cuyos extremos se plantean dos enunciados opuestos (p.ej.: “soy una persona débil” frente a “soy una persona fuerte”) en función del grado de acuerdo que tengan con el enunciado. El análisis de los ítems revela que se pregunta tanto por productos cognitivos (p.ej.: “siempre puedo confiar en que haré lo correcto”) como por proposiciones cognitivas (p.ej.: “todo lo relacionado conmigo es malo”). Los 37 ítems de la versión original del TRAS se basaron en los ítems del PTCI, del World Assumptions Scale (WAS, Janoff-Bulman, 1992) y en otros cuestionarios relacionados. Para su desarrollo y validación se reclutó en un primer momento una muestra de 309 adultos voluntarios sin historia previa de acontecimientos traumáticos, con la que se realizó un análisis

de componentes principales y rotación oblimin, dando lugar a una estructura de dos factores: 1) suposiciones sobre uno mismo (ASelf) y 2) suposiciones sobre el mundo (AWorld), que explicaban el 32.24% de la varianza. A continuación, se reclutó una segunda muestra de 248 participantes; 185 de ellos con historia de acontecimientos traumáticos y 63 sin experiencias traumáticas previas. Esta nueva muestra sirvió para llevar a cabo un análisis factorial confirmatorio a través de un modelo de ecuaciones estructurales, excluyendo a los participantes sin experiencias traumáticas previas. En este caso el SRMSR fue de .07 y el CFI fue .90, indicando un ajuste del modelo adecuado.

La consistencia interna de ambos factores en ambas muestras fue superior a .80. Para examinar la validez convergente, se calculó la correlación con diferentes instrumentos de sintomatología, obteniendo en todos los casos correlaciones significativas que confirman la relación entre las subescalas del TRAS y la psicopatología general. Análisis adicionales fueron llevados a cabo para evaluar la capacidad del TRAS a la hora de discriminar entre individuos con TEPT y sin TEPT, lo que mostró que el TRAS clasificaba correctamente al 75% de los individuos con historia de trauma con y sin TEPT. La sensibilidad fue .67 y la especificidad .95.

4.2.2. Instrumentos que mezclan proposiciones cognitivas y productos cognitivos

PTCI

El *Posttraumatic Cognitions Inventory* (Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999) es un instrumento formado por 33 ítems, con una escala Likert de 7 puntos, destinado a evaluar productos y proposiciones cognitivas postraumáticas relacionadas con eventos traumáticos. Para su desarrollo y validación se contó con una muestra de 517 voluntarios que fueron distribuidos conforme a su diagnóstico e historia de eventos traumáticos en tres grupos: individuos con historia de trauma y diagnóstico de TEPT (32.8%), individuos con historia de trauma pero sin diagnóstico (35.7%) e individuos sin historia de trauma (31.3%). Entre los

eventos traumáticos sufridos por los participantes encontramos desastres y accidentes, agresiones o asaltos físicos, agresiones sexuales y enfermedad crónica. La versión inicial del PTCI fue sometida a un análisis factorial de componentes principales con rotación oblimin, arrojando una estructura de tres factores que explicaban el 48.5%, 4% y 3.4% de la varianza, respectivamente. El análisis del contenido de los 33 ítems que formarían la versión final del PTCI sugería que los factores representaban (a) cogniciones negativas sobre uno mismo, (b) cogniciones negativas sobre el mundo y (c) culpabilidad.

La consistencia interna para los tres factores y la puntuación total del PTCI estuvo por encima de .86. Análisis de la fiabilidad test-retest a una semana y a tres semanas arrojó valores superiores a .74 y .80 respectivamente para los tres factores y la escala total. En cuanto a los índices de validez, los autores encontraron altas correlaciones de los factores con medidas similares, así como con medidas de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa. Análisis complementarios encontraron que el PTCI era capaz de discriminar entre individuos con historia de trauma y diagnóstico de TEPT, individuos con historia de trauma pero sin diagnóstico de TEPT e individuos sin historia de acontecimientos traumáticos.

CPTCI

El *Child Post-Traumatic Cognitions Inventory* (Meiser-Stedman et al., 2009) es un instrumento formado por 25 ítems, con una escala de medida tipo Likert de cuatro puntos, que miden productos y proposiciones cognitivas postraumáticas negativas en población infanto-juvenil. La versión inicial del CPTCI estuvo formada por ítems adaptados del PTCI, así como otros ítems inspirados en los resultados de investigaciones pertinentes. Para su desarrollo y validación se reclutaron un total de 570 participantes de edades comprendidas entre los 6-17 años que podían dividirse en tres grupos en función del tipo de trauma: 1) población general, 2) asalto físico y 3) accidente de tráfico. Los ítems de la versión inicial del CPTCI se sometieron a un análisis de componentes principales con rotación Varimax en la muestra de población

general, lo que arrojó una estructura de dos factores: 1) cambio permanente y dañino y 2) persona frágil en un mundo peligroso, que explicaban el 51.9% de la varianza.

La consistencia interna de los distintos factores superaba el .75 en los diferentes grupos de edad, mientras que la fiabilidad test-retest fue superior a .70 medida a los tres meses y superior a .78 medida a las 6-8 semanas. Aparte, las correlaciones entre las puntuaciones de las dos escalas y la total del CPTCI con las puntuaciones de instrumentos de medida tanto de sintomatología postraumática como sintomatología depresiva, fueron superiores a .5 en el primer caso y superiores a .6 con el segundo. Por último, análisis complementarios indican que el CPTCI es capaz de discriminar adecuadamente entre personas con trastorno por estrés agudo (TEA) y sin él, y entre diferentes tipos de trauma; los sujetos víctimas de agresiones puntúan más alto que las víctimas de accidente de tráfico.

VIVO

El cuestionario de Valoración del Impacto Vital Ontológico (VIVO) (Pérez-Sales et al., 2011) es un instrumento formado por 116 ítems con los que se evalúa el sistema de creencias básicas sobre uno mismo, los demás, el mundo y el futuro y el impacto de las experiencias extremas en dichas creencias. La muestra utilizada para su desarrollo, un total de 3808 personas, estuvo compuesta por adolescentes (entre los 14 y 18 años) y adultos (a partir de 19 años) procedentes de población general y supervivientes de experiencias extremas de diferentes nacionalidades. Los ítems se sometieron a un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax que arrojó un total de 35 factores que los autores dividieron en 10 dimensiones conceptuales acordes con los resultados obtenidos en estudios preliminares, el marco de referencia y el consenso de expertos: 1) visión del mundo (visión del mundo, sentido de la vida y creencias y convicciones), 2) actitud ante el mundo (suicidio, destino, ambigüedad e incertidumbre, y búsqueda de lógica), 3) visión del ser humano (compartir experiencias, sufrimiento, bondad del ser humano, confiar en la gente, poder comunicar el horror y sueños),

4) afrontamiento (rumiaciones, afrontamiento inmediato y olvido), 5) impacto de hechos pasados (culpa, autoconfianza, aprender de errores, cambio y miedos), 6) emociones (emociones ligadas a la identidad, control inmediato y sentimientos), 7) narrar la experiencia (testimonio y comunicar), 8) consecuencias (empatía, querer a otros y azar), 9) apoyo social (apoyo social y responsabilidad a la propia víctima) y 10) identidad (futuro y esperanza, cambios en la identidad, cambio de prioridades e identidad de víctima).

Los índices de consistencia interna para los 35 factores oscilan entre .33 y .83. Un análisis test-retest a los seis meses reveló una correlación de .80 para la puntuación global del cuestionario y correlaciones ítem a ítem significativas para el 97% de sus ítems. En cuanto a la validez, 25 factores correlacionaron significativamente con el PCL-C de sintomatología postraumática. Además, encontraron correlaciones significativas y positivas en 27 factores con una medida de alegría, en 28 con medidas de autoimagen y satisfacción con la vida, y en 31 con una medida inversa de tristeza. Las medidas de alegría, autoimagen y satisfacción con la vida y tristeza se realizaban a través de una única pregunta y carecían de propiedades psicométricas.

PMBS

La *Posttraumatic Maladaptive Beliefs Scale* (PMBS) (Vogt, Shipherd y Resick, 2012) consta de 15 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos que evalúan tanto proposiciones como productos cognitivos desadaptativos sobre las circunstancias actuales de la vida que pueden ocurrir después de la exposición a un evento traumático. La elaboración del test se realizó tomando ítems que reflejaran las tres categorías valoradas como relevantes por los autores: amenaza de daño, autovalía y juicio y confianza en otros. Para su validación se contó con dos muestras de mujeres (N = 294) víctimas de abuso sexual (30% de ellas también informaron de haber sido víctimas de asaltos físicos).

Las subescalas, formadas por 5 ítems cada una de ellas, mostraron una consistencia interna de .76 (amenaza de daño), .71 (autovalía y juicio) y .72 (confianza). La consistencia interna de la escala total fue de .82. En relación a la validez, se llevaron a cabo análisis para examinar la relación entre las cogniciones del PMBS y otras medidas de cogniciones, medidas de ansiedad, medidas de inteligencia, medidas de personalidad, medidas de afrontamiento y medidas de crecimiento postraumático. Los resultados indican que el PMBS cuenta con una buena validez de contenido, convergente y discriminante. Además, los análisis adicionales para evaluar la sensibilidad al cambio tras el tratamiento mostraron un efecto significativo e indicativo de una buena sensibilidad al cambio postratamiento.

4.2.3. Instrumentos destinados a medir productos cognitivos

TRGI

El *Trauma Related Guilt Inventory* (Kubany et al., 1996) es un instrumento formado por 32 ítems que representan productos cognitivos destinados a medir la culpa relacionada con un evento traumático, entendida ésta como un sentimiento negativo que aparece acompañado de creencias acerca de que se debería haber pensado, sentido y/o actuado de forma diferente a cómo se hizo. Para su desarrollo se realizaron varios análisis factoriales en diferentes muestras, todos ellos análisis de componentes principales con rotación Varimax. Las diferentes muestras estuvieron compuestas por personas que estaban recibiendo atención psicológica en un centro de atención adscrito a la universidad y que habían sufrido algún tipo de trauma (incluyendo muerte repentina de un ser querido, abuso sexual infantil y adulto, accidente de tráfico, asalto físico, etc.) ($n = 325$), un grupo de mujeres víctimas de malos tratos ($n = 100$) y un grupo de veteranos de Vietnam ($n = 74$).

La versión final del TRGI dio lugar a tres escalas (escala de culpa total, malestar/angustia y cogniciones de culpa) y tres subescalas (sesgo retrospectivo/responsabilidad, mala racha y falta de justificación). La consistencia interna de las tres escalas variaba entre .86 y .94 y de las

tres subescalas entre .66 y .86. El análisis de la estabilidad temporal a corto plazo del TRGI arrojó valores entre .73 y .86 para las tres escalas y entre .73 y .83 para las tres subescalas. Por otro lado, se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones del TRGI y la de otros instrumentos tanto en la muestra de mujeres maltratadas, como en la de veteranos de Vietnam. El TRGI mostró una buena validez convergente, arrojando correlaciones altas con escalas de culpa y con medidas de sintomatología postraumática, depresiva y de autoestima utilizadas.

ARBQ

El *Abuse-Related Beliefs Questionnaire* (Ginzburg et al., 2006) es un instrumento formado por 18 ítems cuyo contenido indica medidas de productos cognitivos destinados a evaluar las creencias relacionadas con el abuso sexual en adultos supervivientes de este evento traumático. Para su validación se contó con una muestra de 240 adultos víctimas de abuso sexual infantil. La estructura del ARBQ fue examinada con un análisis de componentes principales y rotación oblimin, que arrojó tres factores: (1) culpa, (2) vergüenza y (3) resiliencia, que explicaban el 55% de la varianza y que estaban significativamente correlacionadas entre ellas.

La consistencia interna del instrumento varió entre .88 y .90 para la escala total, y entre .71 y .86, .76 y .77, y .76 y .80 para las subescalas de culpa, vergüenza y resiliencia respectivamente. La fiabilidad test-Retest medida en una submuestra de 45 personas a las cuales se les administró el ARBQ 12 meses después, fue de .60 a .64 para las tres subescalas. En lo que respecta a la validez del instrumento, los resultados indicaron relaciones significativas entre las puntuaciones del ARBQ y medidas de sintomatología postraumática, ansiedad, depresión, etc.

TAQ

El *Trauma Appraisal Questionnaire* (DePrince, Zurbriggen, Chu y Smart, 2010) consta de 54 ítems que expresan productos cognitivos medidos con una escala Likert de 5 puntos para valorar trauma en tres áreas (emociones, pensamientos y comportamientos). La construcción

del cuestionario se llevó a cabo en tres fases con tres muestras diferentes con adultos que cumplían el criterio A1 del DSM-IV. El instrumento se sometió a un análisis factorial de componentes principales con rotación Oblimin que dio lugar a seis escalas: alienación, ira, traición, miedo, autculpa y remordimiento.

La consistencia interna osciló entre .90 y .94 para los diferentes factores y la fiabilidad test-retest tras 3-8 semanas varió entre .73 y .88. Para valorar la validez convergente, se realizaron cinco análisis de regresión entre TAQ y la entrevista semiestructurada para valorar representaciones cognitivo-afectivas tras abuso sexual, TAMS adaptada por DePrince (2001). Los resultados mostraron que el TAQ explica la varianza única en miedo, remordimiento, autculpa y traición de los códigos de la entrevista TAMS. Así mismo, el instrumento es capaz de discriminar entre individuos con Trauma y TEPT e individuos sin TEPT, que solo presentan síntomas y además discrimina entre altas y bajas medidas de disociación.

TRSI

El *Trauma Related Shame Inventory* (Øktedalen, Hagtvet, Hoffart, Langkaas y Smucker, 2014) consta de 24 ítems que mediante una escala Likert de 4 puntos valora remordimiento y vergüenza relacionado con el trauma. Para su desarrollo se contó con 50 pacientes (56% mujeres) con diagnóstico de TEPT que habían pasado por diferentes sucesos estresantes (asaltos físicos, accidentes, desastres naturales, traumas de guerra y abuso sexual). Los 24 ítems fueron escritos y analizados por dos expertos en la materia y recogen cuatro categorías etiquetadas como repulsa interna, comportamiento afectivo interno, repulsa externa y comportamiento afectivo externo. Los pacientes completaron el cuestionario junto con la escala SCS (*Self-compassion Scale*, Neff, 2003), el TRGI y el BDI-II.

Se realizó un estudio de generalizabilidad con el programa GENOVA para análisis de univarianza y el mGENOVA para multivarianza. Los resultados arrojaron que las cuatro categorías eran homogéneas y compartían elementos comunes.

En relación a la validez de constructo, el coeficiente G y el índice de fiabilidad con un .87 cada uno, indican que el TRSI es un instrumento que evalúa bien el remordimiento/vergüenza con una probabilidad de error pequeña lo que permite que incluso se pueda usar como instrumento de screening. La validez discriminante se comparó con el TRGI arrojando un .821 en el coeficiente de generabilidad entre remordimiento y culpa. Además, el TRSI se mostró como una medida independiente de autojuicio medido con la SCS y de la depresión medido con el BDI-II.

4.3. Conclusiones de la revisión de instrumentos relativos a factores cognitivos del TEPT.

La revisión realizada arrojó un total de diez instrumentos destinados a medir diferentes constructos cognitivos, entre los que se cuentan operaciones, proposiciones y productos. No se encontró ningún instrumento destinado a la evaluación de las estructuras cognitivas, quizá debido a la propia idiosincrasia de estos constructos, cuya evaluación se adecúa mejor a procedimientos diferentes a los autoinformes tales como test neurológicos, cognitivos, etc. A pesar de la importancia que los modelos teóricos del TEPT otorgan a las operaciones cognitivas y en especial a la violación de las creencias previas al trauma (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996; Foa y Riggs, 1993, Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992; McCann y Pearlman, 1990 y Resick y Schnicke, 1992), tan solo dos de los diez instrumentos encontrados (GMVS y TRAS) evalúan estos aspectos y solo el GMVS se centra en el concepto de violación/transgresión, con el inconveniente añadido de que la muestra utilizada para su desarrollo y validación no era una muestra traumatizada, lo que resta validez ecológica al instrumento.

Por su parte, vemos que en cuatro de los autoinformes revisados (PTCI, CPTCI, VIVO y PMBS) se mezclan ítems que expresan proposiciones cognitivas (creencias y/o actitudes) con ítems que expresan productos cognitivos (pensamientos negativos). Aunque ambos constructos están íntimamente relacionados y, en ocasiones, uno puede ser consecuencia directa del otro,

su funcionamiento e implicaciones varían de forma sustancial. Este es el caso de, por ejemplo, la teoría cognitiva de la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983), donde se postula que la sintomatología depresiva es consecuencia de la existencia de creencias y/o esquemas depresógenos y no tanto de los pensamientos automáticos negativos, a pesar de que al modificar las creencias éstos también cambien. Así pues, convendría realizar una mejor diferenciación en la redacción de los ítems que no dé lugar a dudas sobre el/los constructo/s que se están midiendo.

Por lo general, nos encontramos con instrumentos relativamente breves; la mayoría de ellos por debajo de los 40 ítems, si bien el TAQ tiene 54 ítems y el VIVO 116 ítems. A la hora de analizar los factores o escalas que componen estos cuestionarios cabe señalar que todos ellos proponen una estructura multidimensional, destacando algunos temas reiterativos tales como la culpa, el malestar general, aspectos relativos a la propia persona, al mundo, a la cronicidad de los síntomas y a la visión negativa de los demás y/o de la sociedad, todos ellos aspectos muy en consonancia con los propuestos por los modelos teóricos explicativos del TEPT. No obstante, también se debe destacar la enorme variabilidad existente entre los factores y/o escalas encontradas en los diferentes instrumentos y que apoya la hipótesis de que muchos factores relativos al TEPT tales como el riesgo de padecerlo, la sintomatología presentada, el grado de intensidad, etc., dependen en gran medida del tipo de acontecimiento traumático sufrido. Por ejemplo, encontramos que en la mayoría de los instrumentos la muestra utilizada carece de homogeneidad en el evento traumático sufrido y, solo en dos de ellos, el ARBQ y el PMBS, toda la muestra comparte un mismo acontecimiento traumático (abuso sexual en ambos casos). Cabría esperar que cuanto más homogénea sea la muestra en lo referente al tipo de acontecimiento traumático, mayor especificidad muestren los factores encontrados para esa población.

Por otro lado, a la hora de elegir el método de análisis factorial, encontramos, muy en consonancia con la literatura disponible sobre el tema (Conway y Huffcut, 2003; Henson y Roberts, 2006, Izquierdo, Olea y Abad, 2013), un patrón de errores comunes e injustificados. En siete de los diez instrumentos se utiliza el método de análisis de componentes principales (ACP), un método que al ignorar el error de medida puede aumentar espuriamente las cargas factoriales y los porcentajes de varianza explicados por los factores, y que puede producir una sobreestimación de la dimensionalidad del conjunto de ítems, lo que conlleva a la posibilidad de que la interpretación de la solución obtenida mediante ACP sea errónea (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco, 2014). Por su parte, en dos de los instrumentos ni siquiera se realiza algún tipo de análisis factorial, siendo el criterio de expertos el utilizado para decidir el número y composición de los factores y solo en uno de los autoinformes (GMVS), el uso de un análisis factorial de ejes principales se adecúa a las mejores recomendaciones para este tipo de análisis. En menor medida, pero no desdeñable, sucede lo mismo con el método de rotación, dado que en tres instrumentos (CPTCI, VIVO, TRGI) se utiliza el método ortogonal Varimax, cuando las recomendaciones más actualizadas apoyan el uso de rotaciones oblicuas, tales como Oblimin, utilizadas por cinco de los instrumentos revisados (GMVS, TRAS, PTCI, ARBQ y TAQ). Por último, comentar que dos de estos instrumentos (el GMVS y el TRAS) llevaron a cabo procedimientos de análisis factorial confirmatorio, indicando buenos ajustes del modelo.

En cuanto a las propiedades psicométricas, y siguiendo las instrucciones de interpretación propuestos por Prieto y Muñiz (2000), vemos que la consistencia interna de los instrumentos y sus subescalas varía entre “adecuada” y “excelente”, si bien algunas subescalas del VIVO muestran una consistencia interna inadecuada y algunas subescalas del TRGI y del GMVS muestran una consistencia interna “adecuada pero con algunas carencias”. Por su parte, la fiabilidad test-retest es medida en ocho de los diez instrumentos (ni el PMBS, ni el TRSI

aportan datos de este estadístico) y arroja, en casi todos los casos, valores que indican una estabilidad temporal entre “adecuada” y “excelente”, salvo en el caso del ARBQ, cuya estabilidad temporal sería “adecuada pero con algunas carencias”. Por lo general, los autores de los autoinformes revisados defienden buenos índices de validez de criterio, convergente y discriminante de sus instrumentos.

En resumen, de esta revisión podemos extraer las siguientes conclusiones generales: 1) Hoy en día contamos con instrumentos capaces de evaluar diferentes constructos cognitivos asociados al TETP; no obstante, dada la variabilidad de constructos relacionados con este trastorno, las diferencias en los perfiles sintomatológicos y en las tasas de prevalencia en función del tipo de evento traumático sufrido, parece necesario la creación de nuevos instrumentos específicos para diferentes poblaciones, como por ejemplo, víctimas del terrorismo. 2) Los factores encontrados por los instrumentos muestran cierta homogeneidad y están en consonancia con los propuestos por los modelos teóricos del TEPT, si bien esto puede ser una consecuencia de la propia elección de los ítems, realizada en función de estos mismos modelos. 3) Los aspectos metodológicos, en especial aquellos relacionados con el análisis factorial, continúan siendo una fuente de errores que comprometen la interpretación de las soluciones obtenidas. 4) Por lo general, las propiedades psicométricas (fiabilidad y validez) de los instrumentos y sus subescalas son adecuadas. 5) Solo dos de estos instrumentos tienen versión en español: el VIVO, el cual está desarrollado con población hispano parlante proveniente de diferentes países, y el PTCI, validado en España por Blanco, Díaz, Gaborit y Amaris (2010). 6) Dada la importancia de los constructos cognitivos en el TEPT y de la existencia de buenos instrumentos a la hora de medirlo, su uso debería ser extendido en la práctica clínica tanto para la evaluación pre-tratamiento, evaluación inter-tratamiento y evaluación post-tratamiento, sirviendo de guía al clínico en la puesta en práctica de terapias psicológicas, más aún en aquellas en las que el componente de reestructuración cognitiva sea

nuclear en el protocolo, como sucede en la mayoría de las terapias que han demostrado su eficacia en el tratamiento del TEPT.

Capítulo 5.
Planteamiento general del trabajo e hipótesis

El objetivo general de este trabajo es el diseño, desarrollo y validación de un instrumento destinado a la evaluación de actitudes disfuncionales traumáticas en víctimas de atentados terroristas (directas e indirectas) residentes en España. Este objetivo se plantea a raíz de una serie de diversas consideraciones:

La primera de ellas alude a las altas cifras de víctimas (víctimas mortales, heridos, familiares y allegados de fallecidos y de heridos y secuestrados) que año tras año deja el terrorismo en todo el mundo y que alcanza un promedio, si tomamos como referencia los últimos diez años con datos disponibles, es decir, desde el año 2008 hasta el año 2017, de 19168 personas asesinadas, de 29897 personas heridas y de 7733 personas secuestradas en un total de 10602 atentados terroristas (National Counterterrorism Center 2009, 2010, 2011, 2012; START 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018). Si bien en nuestro entorno más cercano, la Unión Europea, estas cifras son mucho más reducidas, las más de 40 víctimas mortales cometidas de media cada año en el mismo período de tiempo (EUROPOL 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018) son un reflejo de la importancia y la capacidad para dañar que tiene el terrorismo también en nuestro contexto, con víctimas que, según las estadísticas, año tras año seguirán aumentando su número. España, además, cuenta con una historia reciente de terrorismo cuyas cifras de víctimas fallecidas supera por mucho el millar, lo que nos lleva a concluir que, actualmente, el número de heridos y familiares de fallecidos y heridos en España no sea en ningún caso desdeñable.

La segunda consideración hace referencia a las altas tasas de psicopatología que provoca en las víctimas la vivencia de un atentado terrorista, donde el trastorno de estrés postraumático juega un rol fundamental, siendo desarrollado por el 19-40% de las víctimas directas, el 17-29% de las víctimas indirectas (familiares de fallecidos y heridos), el 3-11% de la población general residente en la zona afectada y el 5-12% de los intervinientes (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2016).

En tercer lugar y tal como hemos visto, desde la década de los 80 los modelos y factores cognitivos han adquirido una importancia nuclear a la hora de explicar el origen, mantenimiento y respuesta al tratamiento del TEPT. Existen propuestas que abogan por modelos cognitivos basados en un único sistema de representación de la información, tales como los modelos basados en esquemas (Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992; McCann y Pearlman, 1990; Resick y Schnicke, 1992) o las teorías de redes asociativas (Foa y Kozak, 1986), así como teorías que plantean la existencia de dos o más sistemas de representación de la información, entre los cuales cabe destacar la teoría de representación dual (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996), el modelo cognitivo de Ehlers y Clark (2000), la teoría de procesamiento emocional (Foa y Riggs, 1993; Foa y Rothbaum, 1998) y la teoría de los sistemas representacionales esquemático, proposicional, asociativo y analógico (SPAARS) (Dalgleish, 1999). Además, la investigación empírica ha puesto de manifiesto la existencia de ciertas alteraciones cognitivas y que se reflejan en los campos de las proposiciones, operaciones y productos cognitivos. La evidencia empírica de estos aspectos ha sido tan abrumadora que en la última edición del DSM (APA, 2013) se ha incluido un grupo de síntomas específico sobre alteraciones cognitivas. Por último, comentar que las principales terapias empíricamente validadas para el tratamiento del TEPT cuentan en su protocolo con técnicas destinadas de forma más o menos específica al cambio cognitivo, objetivo que, según los datos, consiguen, impactando de forma directa en la reducción de la sintomatología postraumática.

Por último, vemos que aunque existen una serie de instrumentos desarrollados específicamente para la evaluación de los factores cognitivos relativos al TEPT, ciertos aspectos ponen en duda bien su calidad como instrumentos de evaluación quei. Además, solo dos de los instrumentos revisados, el PTCI y el VIVO han sido desarrollados y/o validados con población hispano-parlante, lo que plantea la cuestión de la escasez de instrumentos existentes

en España, un país con una bagaje de terrorismo muy amplio, para valorar los aspectos cognitivos derivados de un atentado terrorista.

Por todo ello parece oportuno diseñar, desarrollar y validar un instrumento de evaluación de las creencias y actitudes traumáticas, que se denominará Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas (EADT) y que contará con las siguientes características:

1. Sea capaz de evaluar las creencias y actitudes traumáticas que puedan derivarse de un atentado terrorista.
2. En su diseño se priorice el conocimiento obtenido in situ del propio colectivo de víctimas del terrorismo, lo que asegurará una excelente validez ecológica.
3. Esté validado con población hispano-parlante víctima del terrorismo, ya sean víctimas directas o indirectas, cuyos atentados sean diferentes, de varios grupos terroristas, cometidos en diferentes contextos sociopolíticos, etc.
4. Se lleven a cabo procedimientos de análisis factorial siguiendo las mejores recomendaciones publicadas hasta la fecha.
5. Ofrezca garantías psicométricas adecuadas (fiabilidad y validez).
6. Sea de aplicación fácil y breve.

El diseño, desarrollo y validación de la EADT se llevó a cabo en tres fases:

En la primera de ellas, que denominaremos *Diseño de la Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas (EADT)*, se llevó a cabo un proceso en el que cuatro psicólogos expertos en la atención integral a víctimas del terrorismo analizaron un total de 480 grabaciones de sesiones de una terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma llevada a cabo con víctimas de atentados terroristas diagnosticadas de, al menos, TEPT. De este análisis surgieron las primeras propuestas de ítems que podrían encajar en la escala, según se había planteado en un primer momento. Tras ello, se depuraron los ítems, se eliminaron aquellos que estaba

repetidos, aquellos cuya redacción pudiera resultar confusa y aquellos cuyo contenido señalaba aspectos diferentes a creencias y/o actitudes, se mejoró la redacción de los restantes y se comparó con los incluidos en otras escalas similares, incorporando algunos que aparecían en éstas. Antes de proceder con la administración de la escala, un grupo de expertos valoró cada ítem en tres áreas de interés: adecuación de los ítems a la descripción de creencias y/o actitud, inteligibilidad de los ítems y capacidad del ítem para señalar el significado inverso y mantener su puntuación. Gracias a las valoraciones de los expertos, se depuró una última vez la escala, se modificaron algunos ítems para que expresaran el significado inverso y se evitara así la aquiescencia a la hora de responder y se eliminaron algunos otros, dando lugar a la primera versión de la EADT, formada por un total de 84 ítems.

En una segunda fase, *Solución factorial de la Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas (EADT)*, se administró la versión preliminar de la EADT a un total de 253 víctimas del terrorismo, junto con otros instrumentos de evaluación, y siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) y de Martínez Arias, Hernández Lloreda y Hernández Lloreda (2014) para el análisis factorial exploratorio se realizaron un total de 10 análisis factoriales exploratorios, combinando diferentes tipos de matrices factoriales (matriz de correlaciones de Pearson y matriz de correlaciones policóricas) con diferentes soluciones factoriales (3, 4, 5, 6 y 7 factores) sugeridas por diferentes métodos de identificación de los factores a extraer (gráfico de sedimentación, método de Hull, MAP de Velicer y análisis paralelos clásico y óptimo). Finalmente se optó por utilizar una solución de cuatro factores, aunque tras el análisis de los ítems incluidos en cada factor y de los índices de fiabilidad y validez arrojados por cada factor, se tomó la decisión de eliminar uno de ellos. En este punto se constituyó la versión definitiva de la EADT, compuesta por un total de 34 ítems repartidos en 3 factores. A continuación se calcularon los índices de consistencia interna de la escala global y de cada uno de los factores.

En una tercera fase denominada *Validación de la Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas (EADT)* se reclutó una nueva muestra de víctimas de atentados terroristas y se trató de replicar los índices de consistencia interna y calcular los índices de validez de criterio (validez predictiva), analizando también otros índices como la validez discriminante del instrumento, validez convergente, validez clínica, etc.

5.1. Objetivos específicos

El objetivo general de este trabajo, a saber, el diseño, desarrollo y validación de la EADT, se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

1. Diseñar y desarrollar un buen instrumento destinado a la evaluación de creencias y actitudes disfuncionales traumáticas específico para ser usado con población víctima del terrorismo, cuyo aplicación sea breve y sencilla y que arroje información acerca de las áreas cognitivas relacionadas con el terrorismo que pueda ser útil a la hora de explicar el trastorno, implementar programas de tratamiento, etc.

2. Validar el instrumento con población hispano-parlante víctima del terrorismo, determinando la fiabilidad (consistencia interna) de la escala, así como diferentes índices de validez (validez predictiva, validez discriminante, etc.).

5.2. Hipótesis

Para analizar los objetivos de este estudio se propuso el contraste de las siguientes hipótesis:

H₁. Si la prueba desarrollada es un buen instrumento para medir las creencias y actitudes disfuncionales traumáticas en víctimas del terrorismo, entonces todos sus ítems expresarán proposiciones cognitivas susceptibles de ser desarrolladas por una víctima del terrorismo.

H₂: Si la prueba desarrollada ofrece garantías de fiabilidad y por lo tanto el instrumento mide correctamente aquello que mide, entonces:

- H_{2a}: En el análisis de la consistencia interna de la escala y de las subescalas que componen la prueba se obtendrán puntuaciones de α de Cronbach superiores a .70.

- H_{2b}: En el análisis de la homogeneidad de los ítems se encontrarán índices superiores a .20 (McIver y Carmines, 1981).

H₃: Si la prueba desarrollada ofrece garantías de validez y por tanto el instrumento mide verdaderamente el concepto que pretende medir, entonces:

- H_{3a}: Se obtendrán diversos factores, es decir, grupos homogéneos de variables, capaces de explicar las respuestas de los participantes del estudio, asegurando una buena validez de constructo.

- H_{3b}: En el estudio de la validez convergente se obtendrán:

H_{3b1}: Correlaciones significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con las puntuaciones totales de la EADT.

H_{3b2}: Correlaciones entre cada ítem con la subescala a la que pertenece con valores superiores a las correlaciones establecidas entre el ítem y una subescala a la que no pertenece.

H_{3b3}: Correlaciones significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ entre cada subescala de la EADT y de éstas con las puntuaciones globales de la EADT.

- H_{3c}: En el estudio de la validez discriminante se obtendrán:

H_{3c1}: Correlaciones significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ entre cada subescala de la EADT y la puntuación de la escala global con las medidas de sintomatología postraumática, depresiva, ansiosa y de inadaptación.

- H_{3d}: En el estudio de la validez predictiva se obtendrán:

H_{3d1}: Los puntos de corte óptimos, con adecuados valores en sensibilidad y especificidad (aunque priorizando la sensibilidad por encima de la especificidad para que el instrumento pueda ser utilizado como una prueba de cribado), para las puntuaciones globales de la EADT, así como para las puntuaciones de cada una de las subescalas (si las hubiere).

H_{3d2}: Las áreas que dejan las curvas COR realizadas una vez seleccionado el punto de corte de la EADT tanto para comparar presencia/ausencia de TEPT como presencia/ausencia de patología sea superior a .70.

- H_{3e}: En el estudio de la validez clínica se obtendrán:

H_{3e1}: Diferencias significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ al comparar las medias de los participantes con y sin TETP o con y sin patología en la puntuación global de la EADT, así como en la puntuación de cada una de las subescalas (si las hubiere), una vez se hubiera quitado el posible efecto provocado por el sexo o la edad de los participantes.

Capítulo 6.

Fase I. Diseño de la Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas (EADT)

El objetivo de esta primera fase consistió en generar un amplio número de posibles ítems que expresaran creencias y/o actitudes disfuncionales susceptibles de ser desarrolladas por las víctimas del terrorismo y cuyas características se adecuaran para formar parte de la última versión de la Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas. Para ello, se utilizaron las grabaciones de las sesiones llevadas a cabo por víctimas del terrorismo a las que se les había aplicado con anterioridad un tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma (TCC-CT) de 16 sesiones. Estas víctimas fueron tratadas en el contexto de un proyecto de investigación realizado en colaboración con la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT).

6.1. Método de la fase de diseño de la Escala de actitudes disfuncionales traumáticas.

6.1.1. Procedimiento

En un primer momento se seleccionaron las grabaciones de 480 sesiones de un TCC-CT aplicado con anterioridad a víctimas del terrorismo diagnosticadas de TEPT para que a partir de su escucha se pudieran generar un gran número de creencias y/o actitudes disfuncionales que, tras ciertas depuraciones en su redacción, pudieran convertirse en los ítems que conformaran la EADT. Este tratamiento estuvo basado en la terapia de exposición prolongada para el TEPT de Foa y Rothbaum (1998; Foa, Hembree y Rothbaum, 2007) y estaba compuesto por 16 sesiones, de 60-90 minutos de duración que debían llevarse a cabo de manera individual y semanalmente. En la tabla 19 se describen de forma detallada los módulos y el contenido de las sesiones de la terapia, si bien es importante resaltar algunas matizaciones. La esencia del tratamiento de Foa y Rothbaum (1998), a saber, la exposición progresiva en imaginación a los recuerdos traumáticos, la exposición en vivo a estímulos ansiógenos relacionados con el evento traumático (en este caso un atentado terrorista), el “reprocesamiento del trauma” llevado a cabo tras las exposiciones en imaginación en forma de discusiones con el terapeuta de los pensamientos y emociones elicitados durante el relato, técnica ésta última donde quedan englobados los componentes cognitivos de la terapia, y la grabación y escucha de las sesiones

terapéuticas, fueron respetados y aplicados según el manual de Foa y Rothbaum (1998), si bien también se realizaron algunas modificaciones en el protocolo original con el fin de adaptarlo a la población específica de víctimas de atentados terroristas cuyo atentado había ocurrido hacía muchos años (véase la Tabla 19).

En primer lugar se modificó y amplió la psicoeducación presentada en la primera sesión de tratamiento, en la cual además de explicar y normalizar las reacciones relacionadas con el trauma (como la ansiedad), se describían en detalle otro tipo de reacciones postraumáticas relacionadas con el duelo o con la pérdida, se le otorgaba un mayor peso a la sintomatología depresiva y se comentaban aspectos claves como el control, la confianza, la seguridad, etc. Aparte, con el objetivo de atender específicamente a las altas tasas de comorbilidad que presenta el TEPT con el TDM y con otros trastornos de ansiedad, se añadieron en la sesión 2 del tratamiento algunas técnicas específicas para su manejo, como son la relajación muscular progresiva y la planificación de actividades agradables (véase la Tabla 19).

Las sesiones 3 y 4 se plantearon como una suerte de preparación para la exposición, de forma que la lógica de la técnica pudiera ser introducida de forma gradual, a diferencia de lo que se hace en el protocolo de Foa, en el que el mismo día que se explica la técnica, también se lleva a cabo. Así pues, la sesión 3 se destinaba a la explicación del concepto de evitación y exposición como dos procesos contrapuestos a través de los propios ejemplos del paciente, mientras que la sesión 4 se dedicaba a realizar una exhaustiva psicoeducación sobre la ansiedad y su progreso (véase la Tabla 19).

En el campo de las emociones y la regulación emocional, la terapia presentada también decidió aumentar su importancia, así que a diferencia de lo que se plantea en el protocolo de Foa, donde emociones diferentes a la ansiedad tales como la ira, la culpa, la vergüenza, la tristeza, etc., únicamente se discuten en sesión después de cada ejercicio de exposición (reprocesamiento cognitivo), en esta terapia se destinan las sesiones 5 y 6 al trabajo emocional,

en el cual se entrena a los pacientes en el reconocimiento, etiquetación, aceptación y regulación de las emociones (véase la Tabla 19).

En cuanto a las técnicas de exposición (exposición en vivo y exposición en imaginación), el tratamiento aplicado a las víctimas del terrorismo se adhirió básicamente al protocolo de Foa, desarrollándose la exposición en vivo a lo largo de las sesiones 7, 8 y 9, y la exposición en imaginación durante las sesiones 10 a 14. Si bien las diferencias entre ambos protocolos en la aplicación de las técnicas de exposición son mínimas, sí cabe recalcar que en el aplicado la exposición se llevaba a cabo más tarde que en el protocolo de Foa, que las primeras exposiciones en vivo se realizan en sesión con la supervisión del terapeuta (no como tarea para casa) y que se insta a los pacientes a incluir otros tipos de estímulos ansiógenos en la jerarquía de exposición, aunque éstos no estén relacionados de forma directa con el acontecimiento traumático (véase la Tabla 19).

Por último, se incluía en las dos últimas sesiones una tarea narrativa en la que el paciente debía realizar un relato vital integrado con el fin de culminar el procesamiento cognitivo llevado a cabo tras cada sesión de exposición (véase la Tabla 19). Además, a lo largo de todo el tratamiento y con una filosofía subyacente de flexibilidad, se permitía al terapeuta incidir ayudado de técnicas de reestructuración cognitiva sobre alguna creencia disfuncional relativa a las causas o consecuencias del trauma, tales como creencias relativas al control, seguridad, confianza, auto-estima, poder, culpa, etc.

Como vemos, el propio carácter de la terapia, la flexibilidad otorgada a la hora de aplicar técnicas de reestructuración cognitiva, las tareas de reprocesamiento cognitivo llevadas a cabo tras cada exposición, las diferentes psicoeducaciones, la tarea narrativa, etc., favorecían la discusión sobre aspectos que, en última instancia, podían estar muy relacionados con creencias y actitudes traumáticas, poniendo de relieve creencias relativas a uno mismo, al mundo, a la

sociedad, al futuro, así como a otros tipos de dominios más específicos como el manejo de la propia sintomatología, el control, la confianza, la culpa, el perdón, etc.

Tabla 19. Módulos, sesiones, estrategias y técnicas terapéuticas de la terapia y número de grabaciones de cada sesión analizadas

Módulos	Sesiones	Estrategias y técnicas	Nº grabaciones analizadas
Módulo 1. Trabajando en equipo	Sesión 1. ¿Por qué me pasa lo que me pasa?	Psicoeducación y normalización de las reacciones al trauma y al duelo	33
	Sesión 2. Relajarnos para coger fuerzas	Psicoeducación y entrenamiento en relajación muscular progresiva en 16 grupos Planificación de actividades agradables Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva	24
Modulo 2. Conocerme mejor para tener más herramientas	Sesión 3. ¿A qué nos vamos enfrentando?	Identificación de las situaciones que evita enfrentarse y de las que se ha enfrentado Relajación muscular en 8 grupos y recorrido mental Planificación de actividades agradables Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva	33
	Sesión 4. Atreverse con las situaciones difíciles	Psicoeducación sobre la ansiedad y su mantenimiento Construcción de la jerarquía de exposición Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva	35
Módulo 3. Mirando cara a cara a las emociones	Sesión 5. Regulación mis emociones I	Introducción de la exposición como técnica que nos enfrenta a las emociones, al sufrimiento Psicoeducación sobre emociones Identificación de emociones Entrenamiento en respiración lenta Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva	30
	Sesión 6. Regulación mis emociones II	Regulación emocional Entrenamiento en respiración lenta Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva	32

Módulos	Sesiones	Estrategias y técnicas	Nº grabaciones analizadas
Módulo 4. Todos en guardia	Sesión 7-9: La exposición nos hace fuertes y competentes (prácticas I, II y III)	Introducción al método de exposición en vivo Exposición en sesión Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva	31, 35, 32
Modulo 5. Esta es mi historia	Sesión 10-14: Atreverse con los puntos calientes (I, II, III, IV, V)	Introduciendo al método de exposición al relato Exposición al relato, identificación de puntos calientes y nuevo significado Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva	28, 26, 30, 28
Modulo 6. Mi nueva perspectiva	Sesión 15. ¡Buen trabajo! Fin del tratamiento y prevención de recaídas	Prevención de recaídas Introducción a técnicas narrativas Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva	29
	Sesión 16. Una nueva identidad	Narrativa de la nueva identidad Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva	22

Como se ha comentado, se decidió utilizar las grabaciones de 480 sesiones de este tratamiento para someterlas a análisis y extraer una serie de creencias y/o actitudes disfuncionales que pudieran conformar los ítems de la versión inicial de la EADT. Así pues, se seleccionaron aquellos casos de los que se contaba con las grabaciones terapéuticas y que cumplían los criterios diagnósticos de TEPT; un total de 59, y se llevó a cabo una aleatorización para seleccionar qué sesiones de qué pacientes serían sometidas a análisis (ver Tabla 19).

El análisis de las grabaciones fue llevado a cabo por cuatro psicólogos expertos en la atención integral a víctimas de atentados terroristas, algunos de los cuales había actuado también como terapeuta en este tratamiento. Antes de proceder a la escucha de las sesiones, los cuatro psicólogos recibieron una formación donde se revisó la literatura científica más actualizada sobre la temática a abordar, así como del resto de instrumentos existentes que podían medir aspectos similares a los que se buscaban.

Tras el análisis de las grabaciones se realizó una puesta en común de las creencias y/o actitudes disfuncionales encontradas de forma independiente por cada uno de los terapeutas, se ordenaron los posibles ítems bajo aspectos más generales y se compararon con los ítems incluidos en otras escalas. Además, se añadieron algunos ítems de otras escalas que no habían sido identificados en el análisis de las grabaciones.

Por último, una vez redactados los ítems, se procedió a realizar un análisis de los mismos en varios dominios. Por un lado, se pidió a un grupo de 16 psicólogos clínicos que valoraran si, bajo su perspectiva, los ítems expresaban creencias, actitudes o algún otro dominio cognitivo, conductual o emocional. Para ello se les dio la siguiente definición, adaptada de la definición de creencia disfuncional de Aaron Beck (Beck et al., 1979/1983): “Según Beck, las creencias o actitudes nucleares son ideas incondicionales, duraderas y globales sobre uno mismo (p. ej., *soy incapaz*) los otros (p. ej., *la gente te manipula si puede*) y el mundo (p. ej., *el mundo es peligroso*), representando el nivel cognitivo más profundo. Estas creencias, que la persona considera verdades absolutas y, por tanto, no se cuestiona, determinarán el modo en que la persona se enfrenta a su entorno, influyendo de forma directa en la manera en la que atiende, percibe, almacena y recupera la información, así como en las interpretaciones, valoraciones y asociaciones que hace en un momento dado. Es muy importante diferenciarlas de los productos que genera, es decir, de los pensamientos negativos, autoverbalizaciones o imágenes que aparecen en situaciones externas o ante eventos internos”. Por otro lado, se les pidió a este mismo grupo de psicólogos clínicos que valoraran en una escala de 1 a 5 el grado de inteligibilidad de cada uno de los ítems. Por último, con el objetivo de evitar la aquiescencia a la hora de responder, se redactaron todos los ítems en su forma inversa y se compararon las puntuaciones con su forma directa para decidir si expresaban de forma invertida lo mismo. Las respuestas a estas cuestiones ayudaron a depurar la escala inicial, así como a cambiar algunos de los ítems por su forma inversa.

6.1.2. Participantes

La muestra inicial de participantes constaba de 110 sujetos que habían iniciado un tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma con anterioridad (en el contexto de un proyecto de investigación llevado a cabo con la colaboración de la AVT) y cuyas sesiones de terapia habían sido grabadas. El único criterio utilizado para aceptar sus grabaciones para el análisis de su contenido fue que el paciente hubiera recibido un diagnóstico de TEPT, criterio que excluyó a un total de 51 casos, por lo que la muestra final de sujetos que aportaban grabaciones fue de 59. En la tabla 20 pueden verse las principales características sociodemográficas y las relativas al atentado de este grupo de víctimas.

Tabla 20. Características sociodemográficas y del atentado de la muestra

Características (<i>n</i> = 59)	
Media de edad (desviación típica)	47.59 (12.42)
Sexo	
% mujeres	61
Estado civil	
% casados/as o conviviendo con pareja estable	59.3
% solteros/as	22
% viudos/as	10.2
% separados/as o divorciados/as	8.5
Estudios	
% personas sin estudios o con estudios primarios	30.5
% personas con estudios de secundaria o bachillerato	20.4
% de personas con formación profesional	20.3
% de personas con estudios superiores	28.9
Trabaja	
% no tiene trabajo	55.9
Ocupación laboral	
% obreros	5.1
% sector servicios	8.5
% personal de servicios administrativos	13.6
% profesional técnico	8.5
% amo/a de casa	15.3
% estudiante	3.4
% jubilado/a o prejubilado/a	18.7
% fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado	5.1
% parados	18.6
% otros	3.2
Media de años desde el atentado (desviación típica)	22.53 (10.93)
Tipo de víctima	

Características (<i>n</i> = 59)	
% heridos	57.6
% Familiar de primer grado	42.4
Autoría atentado	
% ETA	57.6
% Al-Qaeda	27.1
% Otros	15.3
Tipo de atentado	
% Coche bomba u otro tipo de explosión	27.1
% Explosión casa cuartel	8.5
% Arma de fuego	22
% Atentado masivo	35.6
% Otros	6.8

La media de edad del grupo de 59 víctimas (61% de ellas mujeres) del cuál se extrajeron las grabaciones para su análisis fue de 47.59 años ($DT = 12.42$), con una media de años desde que habían sufrido el atentado de 22.53 ($DT = 10.93$). La mayoría de ellos, un 59.3% estaba casado o conviviendo con una pareja estable, casi un 30% tenía estudios superiores (grado, licenciatura, máster y/o doctorado), aunque únicamente el 44.1% estaba en una situación de empleo remunerado, si bien la baja tasa de empleo se debe en parte al alto número de jubilados (18.7%) y amos/as de casa (18.7%). En cuanto a la relación de la muestra con el atentado, la mayoría de ellos eran los propios supervivientes (57.6%), mientras que el resto eran en todos los casos familiares de primer grado (42.4%), ya fuera de víctimas heridas o fallecidas. En un 57.6% de los casos la autoría del atentado se atribuía a la banda terrorista ETA, en un 27.1% al grupo terrorista Al-Qaeda (la mayoría de éstos víctimas del atentado del 11-M en Madrid) y el resto a otros grupos terroristas como son GRAPO, el Frente Polisario, grupos anarquistas, etc. Los métodos terroristas más destacados que sufrieron este grupo de víctimas fueron los atentados masivos (aquellos en los que más de diez personas fueron asesinadas) (35.6%), la explosiones de bombas (27.1%) y los atentados con arma de fuego (22%). Como puede apreciarse, las características sociodemográficas y relativas al atentado de la muestra eran muy heterogéneas, una cualidad muy ventajosa cuando el objetivo que se persigue es el de abarcar el máximo campo posible, como es el caso de la fase en la que nos encontramos.

En cuanto a las características clínicas de la muestra (ver figura 1), todos los pacientes cuyas grabaciones de sesiones fueron analizadas tenían diagnosticado un TEPT, etiqueta diagnóstica a la que le seguían, en orden decreciente de frecuencia, el trastorno depresivo mayor (TDM), con un 47.5% de la muestra, el trastorno de angustia (35.6%), la fobia específica (25.4%) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (20.3%). Aparte, cabe destacar las altas tasas de comorbilidad encontradas, pues solo un 18.7% de los participantes estaba diagnosticados únicamente de TEPT. El resto de ellos habían recibido dos o más diagnósticos. En concreto, un 30.5% de los participantes habían sido diagnosticados con dos trastornos, un 27.1% habían sido diagnosticados con tres trastornos, un 11.9% habían sido diagnosticados de cuatro trastornos, un 8.5% habían recibido la etiqueta de cinco diagnósticos y un 3.4% lo habían hecho de seis diagnósticos. Como puede apreciarse en la figura 2, la combinación más prevalente de las comorbilidades era aquella que implicaba tanto al TEPT, como a un trastorno del estado de ánimo como a otro trastorno de ansiedad (45.8%), combinación a la que seguía la de TEPT con otro trastorno de ansiedad (20.3%) y TEPT con un trastorno del estado de ánimo (15.2%).

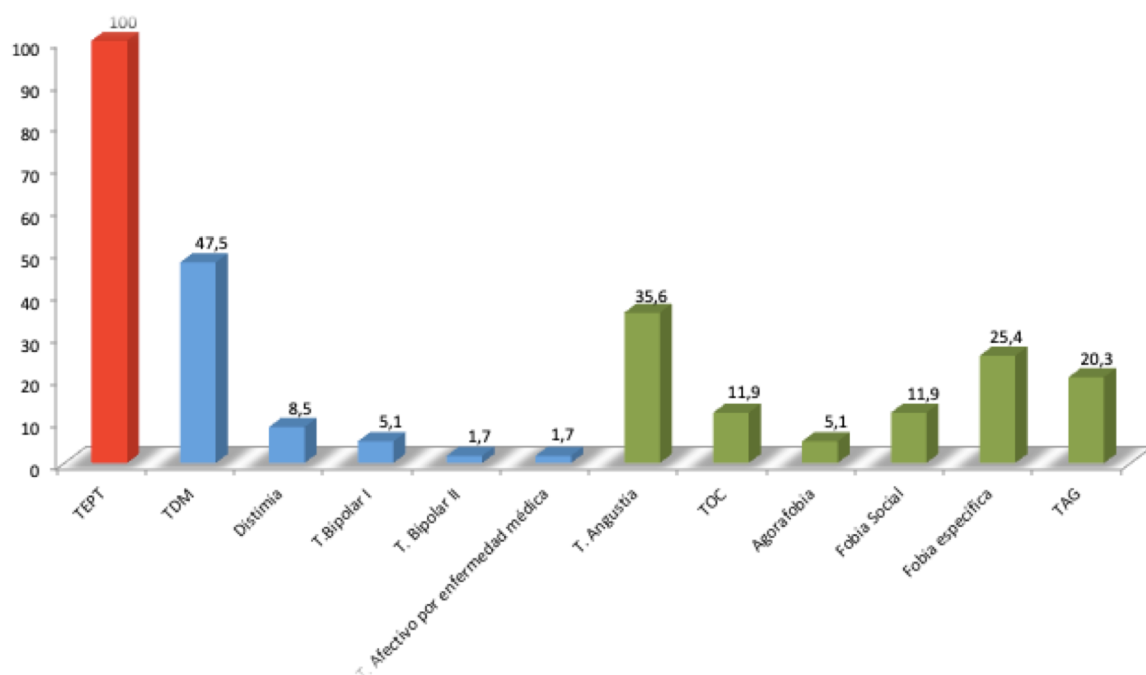


Figura 1. Prevalencia (%) de TEPT, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad

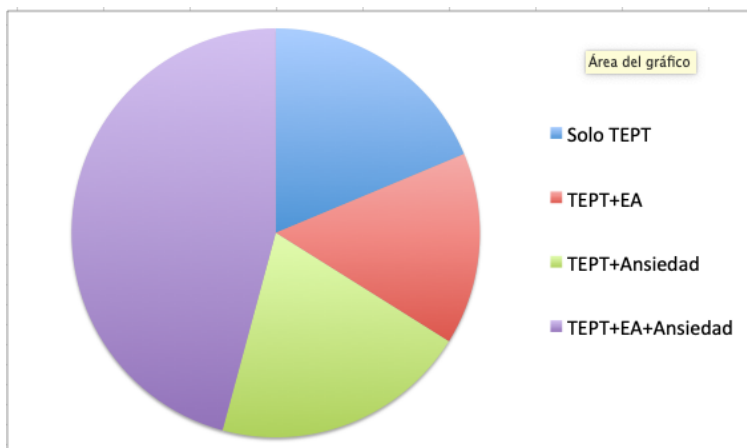


Figura 2. Combinación de las comorbilidades

6.1.3. Instrumentos y materiales

En esta fase del estudio, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- *Características sociodemográficas y clínicas de las víctimas y características de los atentados y sus consecuencias.* Se administró en una entrevista de evaluación realizada de forma presencial una entrevista semiestructurada creada ad hoc para un estudio anterior por M. P. García-Vera y J. Sanz y basada, en parte, en el módulo general de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders, Clinician Version, o SCID-I-VC; First, et al., 1996), en su traducción española (First, Spitzer, Gibbon y William, 1999), y en la entrevista sobre el trauma de Foa, Hembree y Rothbaum (2007).

- Diagnóstico de TEPT y de trastornos de ansiedad y depresivos. Se administró en la entrevista de evaluación presencial los módulos F (ansiedad y otros trastornos) y A (episodios afectivos) de la SCID-I-VC, en su traducción española (First et al., 1999).

- A la hora de comparar los ítems propuestos para formar parte de la EADT, así como para añadir algún ítem que los análisis de las grabaciones no hubieran arrojado, se revisaron y tuvieron en consideración los ítems del *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI) (Foa,

Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999), del cuestionario de Valoración del Impacto Vital Ontológico (VIVO) (Pérez-Sales et al., 2011) y de la *Posttraumatic Maladaptive Beliefs Scale* (PMBS) (Vogt, Shipherd y Resick, 2012), cuyas características se han comentado de forma extensa en el capítulo 4 del presente trabajo.

6.1.4. Análisis de datos

A la hora de generar y redactar los ítems que formarían parte la versión preliminar de la EADT, los análisis que se llevaron a cabo fueron todos ellos cualitativos, si bien se tomaron decisiones basadas en criterios tales como (1) la representatividad de las creencias encontradas por los psicólogos encargados del análisis de las grabaciones, (2) la facilidad de comprensión del ítem en cuestión, (3) la concordancia con lo propuesto por los modelos y teorías cognitivas del TEPT, así como con otras propuestas de ítems realizadas por otros instrumentos.

Ahora bien, una vez redactada una primera versión de la EADT, se procedió a su administración entre un grupo de 16 psicólogos clínicos para que valoraran cada ítem en una escala Likert de 1 a 5, en dos aspectos fundamentales: (a) inteligibilidad del ítem, (b) grado en el que el contenido del ítem expresa una creencia y/o actitud. En el caso de la inteligibilidad del ítem una puntuación de 1 indicaba que *“No comprendo en absoluto a qué se refiere el ítem”* mientras que una puntuación de 5 indicaba que *“El ítem se comprende perfectamente”*. Por su parte, en el caso de valorar el grado en el que el contenido del ítem expresa una creencia y/o actitud, la puntuación de 1 de la escala indicaba que *“No es en absoluto una creencia y/o actitud”* mientras que una puntuación de 5 indicaba que *“Estoy completamente seguro de que el contenido del ítem indica una creencia y/o actitud”*. De esta forma, se desecharon o reescribieron los ítems que obtenían una puntuación media menor de 4 en ambos análisis.

Por último y como se ha comentado con anterioridad, los ítems de la primera versión de la EADT fueron redactados tratando de que expresaran su significado de forma inversa y se administraron a un grupo de 16 psicólogos que, con anterioridad, habían respondido a los

mismos ítems redactados en su forma directa. Para decidir si el ítem inverso expresaba el significado inverso del ítem en cuestión y, por tanto, podía ser sustituido sin perder la esencia de la creencia disfuncional que se pretendía medir con el ítem se tomó como criterio que el promedio de la diferencia entre la puntuación del ítem en su forma inversa y el valor esperado del ítem (valor que se desprende al restar al valor 6 la puntuación dada al ítem de forma directa) fuera menor de 1, lo que aseguraba que apenas hubiera diferencias entre responder al ítem en su forma directa y hacerlo en su forma inversa.

6.2. Resultados de la fase de diseño de la Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas (EADT)

6.2.1. Resultados iniciales del análisis de las 480 sesiones terapéuticas

Los cuatro psicólogos que escucharon las grabaciones de 480 horas de sesiones del tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma aplicado a víctimas del terrorismo arrojaron un total de 211 posibles y diferentes enunciados cuyo contenido apuntaba a alguno de los dominios cognitivos. A continuación se llevó a cabo un ejercicio de agrupación de los 211 enunciados en función de la temática que trataran y, a su vez, se agruparon estas temáticas atendiendo a cuatro creencias de orden superior, como son “creencias acerca de uno mismo”, “creencias acerca de los demás”, “creencias acerca del mundo en general” y “creencias acerca del futuro”. Los temas encajados en cada una de las creencias y el número de enunciados en cada tema viene desglosado en la tabla 21.

Tabla 21. Creencias, temáticas y número de enunciados en cada temática arrojados por el análisis de las grabaciones.

Creencia	Temática	Nº de enunciados
Creencias acerca de uno mismo	Incapacidad de tolerar el sufrimiento	15
	Falta de control personal (emocional y conductual)	12

Creencia	Temática	Nº de enunciados
	Evitación emocional como estrategia positiva de afrontamiento	12
	Ausencia de control interpersonal	2
	Falta de desarrollo personal	4
	Incapacidad para tolerar la incertidumbre	4
	Escasa valía personal en relación al futuro	9
	Culpa y responsabilidad por lo sucedido	18
	Catastrofización de respuestas personales	9
	Escasa valía personal en relación al propio funcionamiento	17
	Suicidio como opción viable y positiva	5
	Vida enquistada	2
Creencias acerca del mundo en general	Ausencia de seguridad global	13
	Falta de control general	3
	Mayor peso de las experiencias negativas que de las positivas	2
	Venganza como una estrategia útil de afrontamiento	11
	Ausencia de justicia	2
Creencias acerca de los demás	Ausencia de seguridad interpersonal	11
	Falta de confianza interpersonal	15
	Atribución de la culpa de la sociedad a uno mismo	4
	Incomprensión del resto	2
	Ausencia de apoyo social	13
	Responsabilizar a la sociedad de las experiencias negativas	3
	Atribución generalizada de maldad a un grupo determinado	1
Creencias acerca del futuro	Futuro incierto y peligroso por factores externos	6
	Futuro incierto y peligroso por factores internos	11
	Catastrofización de situaciones negativas	3
	Imposibilidad de cambio futuro en la sociedad	2

Como puede observarse en la tabla 21 las temáticas que abordan los enunciados derivados del análisis de las grabaciones engloban una gran variedad de aspectos que las víctimas del terrorismo pueden pensar y/o sentir. Además, también se observa que la representación de todos estos aspectos no es en ningún caso homogénea, habiendo temáticas señaladas únicamente con

un solo enunciado, como es el caso de la temática “atribución generalizada de maldad a un grupo determinado”, y otras temáticas con 18 enunciados, como es el caso de “culpa y responsabilidad por lo sucedido”. Si bien esto no es indicativo de que una creencia esté más presente que ninguna otra en el colectivo de víctimas, el hecho de que solo se encuentre una forma de expresar ideas parecidas parece indicar que es un aspecto demasiado concreto para tomarlo en demasiada consideración. En este punto cabe destacar que las temáticas están generadas *ad hoc* en función de los enunciados encontrados, por lo que ni tienen por qué ser todas las existentes, ni puede que todas ellas expresen, en última instancia, significados diferentes. La agrupación se llevó a cabo con el objetivo de ordenar la información y hacerla más manejable, asumiendo cierta flexibilidad teórica en el procedimiento utilizado, aunque con el acuerdo de cuatro psicólogos expertos en la materia.

6.2.2. Primera depuración de ítems.

Esta primera depuración estuvo centrada en la eliminación de aquellos enunciados cuyos significados fueran muy similares (34), cuya redacción y/o idea central pudiera dar lugar a confusión (20), enunciados que no señalaran creencias (12) y enunciados que, con el acuerdo de los cuatro psicólogos, no hubieran tenido apenas representación en las grabaciones analizadas (30). Atendiendo a estos criterios de exclusión se eliminaron 96 enunciados.

Los 113 enunciados restantes fueron evaluados por cuatro psicólogos, quienes modificaron su redacción y simplificaron en lo posible la idea que se quería transmitir con el ítem en cuestión. De esta forma se conformó la primera versión de la EADT, formada por 113 ítems. A continuación y, de forma similar a lo llevado a cabo en la fase anterior, se ordenaron los ítems según la temática que abordaban, si bien el análisis de los ítems dio lugar a otras temáticas más refinadas que las presentadas en el epígrafe anterior. Los temas encajados en cada una de las creencias y el número de enunciados en cada tema viene desglosado en la tabla 22.

Tabla 22. Creencias, temáticas y número de enunciados en cada temática arrojados por el análisis de las grabaciones (nótese que algunas temáticas vienen representadas por varios enunciados).

Creencia	Temática	Nº de enunciados
Creencias acerca de uno mismo	Catastrofización de estados personales	12
	Sensación de vida enquistada	11
	Intolerancia al sufrimiento	8
	Evitación emocional	4
	Baja valía personal	12
	Afrontamiento desadaptativo	13
	Culpa	14
Creencias acerca del mundo en general	Incontrolabilidad generalizada	15
	Mundo injusto	22
	Mundo peligroso	10
	Atribuciones erróneas al atentado	1
Creencias acerca de los demás	Ausencia de apoyo social	18
Creencias acerca del futuro	Cronificación del malestar	16

Como puede observarse, el número de temas que recogen los 113 ítems que conformaron la versión preliminar de la EADT recoge las cuatro creencias de orden superior (creencias acerca de uno mismo, del mundo en general, de los demás y del futuro), si bien dos de ellas están representadas por una sola temática específica. También conviene señalar que el contenido de la mayoría de los ítems podía ser interpretado reflejando más de una sola temática específica.

6.2.3. Segunda depuración de ítems.

En esta segunda depuración de la EADT se eliminaron, en función del análisis de 16 psicólogos de la inteligibilidad y la adecuación del contenido del ítem a la definición de creencia y/o actitud, así como de que la redacción del ítem fuera muy similar con la de otro ítem (en tal caso se desechara uno de los dos), 31 de los iniciales 113 ítems, con lo que la EADT quedó conformada con un total de 80 ítems.

En ambos análisis la versión de 113 ítems de la EADT fue administrada al grupo de psicólogos, si bien en el análisis de la inteligibilidad se les preguntaba por el grado de comprensión del ítem y en el análisis de adecuación a la definición de creencia se les preguntaba por esto mismo. Se les pidió que valoraran sus respuestas en una escala Likert de 1 a 5 puntos, indicando el 1 el grado más bajo de comprensión y adecuación y 5 el grado más alto. El criterio para mantener el ítem o descartarlo fue que la media de las puntuaciones dadas a cada ítem en ambos dominios fuera igual o mayor que cuatro.

A continuación se decidió incluir 4 ítems tomados del VIVO cuyo contenido no había encontrado representación en los ítems generados a partir de las escuchas de las grabaciones. Con estas incorporaciones la EADT quedó conformada con un total de 84 ítems. En la tabla 23 se presentan los 32 ítems eliminados.

Tabla 23. Ítems eliminados de la versión de 113 ítems de la EADT

1	Si mataran a algún ser querido, mi vida dejaría de tener sentido.
2	Las emociones negativas que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás van a desaparecer.
3	Después de sufrir un atentado terrorista todo va a ir siempre a peor, independientemente de lo que se haga para evitarlo.
4	Cuando sufres un atentado terrorista, los recuerdos que te quedan de ello jamás dejarán de provocarte dolor (o sufrimiento).
5	Cuando sufres un atentado terrorista, sigues viviendo pero tu vida ya no te pertenece.
6	Todo el sufrimiento emocional que una persona siente se debe a las malas decisiones que ha ido tomando.
7	Si dices que eres víctima del terrorismo o hablas del atentado terrorista que sufriste, terminarás dando lástima a la gente.
8	En este mundo a la gente buena le pasan cosas malas y a la gente mala no, por eso hay que ser malo.
9	Todas las cosas que ocurren en este mundo deberían tener una razón lógica (no como el terrorismo, que no tiene ninguna).
10	Después de sufrir un atentado, tu cuerpo y tu mente se modifican para siempre.

-
- 11 Haber sufrido un atentado es algo que no se puede superar. Nunca podrás adaptarte ni asimilar lo que ha ocurrido
- 12 Es seguro que un atentado volverá a ocurrir, porque ya ha pasado
- 13 El mundo es un lugar peligroso: En cualquier momento toda tu vida se puede hundir
- 14 Recordar el atentado que sufrí siempre es malo y además, es peligroso para mí.
- 15 Si pudiera olvidar todo lo malo que me ha pasado sería más feliz // o si no hablo sobre lo sucedido, me sentiré mejor.
- 16 Ser feliz es mucho más fácil si evitas todo lo que no te gusta.
- 17 Si hubiera tomado otra decisión o me hubiera comportado de otra forma, el atentado no habría ocurrido.
- 18 Las personas con sus decisiones y sus comportamientos tienen el poder de evitar que les sucedan cosas malas, como por ejemplo, un atentado terrorista.
- 19 Si me hubiera muerto, no habría hecho sufrir tanto a los míos
- 20 Todo el mundo es mucho más fuerte que yo.
- 21 Tras vivir un atentado terrorista tienes que ser fuerte y afrontar todo lo malo, si no eres débil.
- 22 La sociedad olvida a las víctimas del terrorismo porque la gente se cree todo lo que dicen los políticos.
- 23 Los niños pequeños no deberían morir en atentados terroristas, es antinatural.
- 24 Después de un atentado terrorista los únicos derrotados son las víctimas.
- 25 El atentado cambió mi proyecto de vida/mi futuro y eso nunca va a mejorar.
- 26 Todo lo bueno que te pasa da igual o pierde sentido si te pasan cosas malas.
- 27 Perdonar a los terroristas está mal porque te traicionarías a ti mismo y a los tuyos.
- 28 Los terroristas te hacen daño, lo mínimo que tienes que hacer es odiarles.
- 29 La única manera de que las víctimas puedan llegar a estar bien es que los terroristas sufran las mismas calamidades que provocan, sería lo más justo.
- 30 El mundo está lleno de gente mala (se podría añadir también: que solo quiere hacer daño a los demás), no te puedes fiar de nadie
- 31 La gente no está preparada para escuchar y comprender el sufrimiento de las víctimas del terrorismo.
- 32 La sociedad siempre te da la espalda cuando te pasa algo tan grave como un atentado terrorista.
-

6.2.4. Inclusión de los ítems inversos.

A continuación se redactaron los 84 ítems en su forma inversa y se administraron al grupo de 16 psicólogos. Estas puntuaciones se compararon con las puntuaciones de los mismos ítems en su forma directa y, tras aplicar las fórmulas descritas en el epígrafe de procedimiento del método, se decidió incluir 23 ítems en su redacción inversa, es decir, 23 ítems que, en lugar de expresar una creencia disfuncional, expresaran una creencia funcional.

6.2.5. Presentación de la versión preliminar de la EADT, instrucciones y escala de respuesta

La versión preliminar de la EADT que sería sometida a procedimientos de análisis factorial estuvo compuesta por un total de 84 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, donde 1 punto señalaba “totalmente en desacuerdo”, 2 puntos “parcialmente en desacuerdo”, 3 puntos “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, 4 puntos “parcialmente de acuerdo” y 5 puntos “totalmente de acuerdo”. Las instrucciones que se generaron para su aplicación fueron las siguientes: “Este inventario contiene una lista de distintas actitudes o creencias que tienen a veces las personas. Lea cada frase con atención y decida en qué medida está o no de acuerdo. Para cada frase, señale su respuesta marcando un aspa (X) bajo la columna que mejor describa su manera de pensar. Dado que cada persona es distinta, no existen respuestas correctas ni erróneas. Para decidir si una determinada actitud es típica de su modo de ver las cosas, basta con que tenga presente cómo es usted la mayoría de las veces”.

Por su parte, el análisis de los ítems incluidos en la EADT indicó la posibilidad de que las cuatro creencias de orden superior presentadas en epígrafes anteriores tuvieran una representación, de forma que 21 ítems señalaban al dominio de las creencias sobre uno mismo, 18 ítems señalaban al dominio de las creencias relacionadas con el mundo, 28 ítems señalaban

al dominio de las creencias sobre la sociedad o con los demás y 16 ítems señalaban al dominio de las creencias relacionados con el futuro.

En la tabla 24 pueden verse los 84 ítems que conformaron la versión preliminar de la EADT.

Tabla 24. Ítems incluidos en la versión preliminar de la EADT (los ítems con una formulación inversa se expresan en *cursiva*).

1	<i>Es posible ser feliz si asesinan a algún ser querido en un atentado terrorista.</i>
2	Ver en persona a la/s persona/s que ha cometido un atentado terrorista contra ti o algún ser querido sería algo insoportable.
3	<i>Para ser feliz no es necesario desechar de tu vida todo aquello que te hace sufrir.</i>
4	Hablar y/o expresar tus sentimientos es un signo de debilidad y te convierte en una persona mucho más vulnerable.
5	Cuando sufres tanto como en un atentado terrorista, la muerte puede llegar a ser un descanso, una solución a todo ese sufrimiento.
6	El malestar emocional que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.
7	La ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.
8	Sufrir un atentado terrorista es lo más horroroso que te puede pasar en la vida.
9	Cuando sufres un atentado terrorista, sigues viviendo pero tu vida ya no tiene sentido.
10	Tras sufrir un atentado terrorista, la vida se vuelve completamente incontrolable.
11	El mundo es totalmente impredecible.
12	Tras un atentado terrorista, únicamente los sentimientos de rabia y de ira te impulsarán a seguir luchando.
13	Tras un atentado terrorista tienes que sentir rabia e ira; no hacerlo sería injusto y una traición a ti mismo y a los tuyos
14	Después de un atentado terrorista hay un tiempo en el que puedes estar mal, pero después deberías (tendrías que) volver a estar bien.
15	Las únicas personas que tienen derecho a quejarse después de un atentado terrorista son aquellas que peor lo han pasado.

-
- 16 No todas las muertes cometidas en atentados terroristas son igual de injustas, algunas son mucho más crueles e injustas que otras, como las muertes de niños y jóvenes.
- 17 Superar el atentado, pasar página o recuperarte, sería una traición al resto de víctimas, a mí mismo y a las personas a las que quiero.
- 18 Es imposible ser feliz si te quedas solo.
- 19 Las personas que, tras sufrir un atentado terrorista, se centran en ellas mismas son personas egoístas ((y, por tanto, no merecen la pena)).
- 20 *No es necesario conseguir la aprobación del resto de las personas para ser felices.*
- 21 Si después de sufrir un atentado terrorista no te centras únicamente en ti y en tu bienestar, nunca podrás llegar a ser feliz.
- 22 *Cuando eres víctimas del terrorismo, es posible encontrar ayuda en el conjunto de la sociedad.*
- 23 Lo único que el mundo quiere de verdad de las víctimas del terrorismo es sacar algún beneficio (económico, político y/o social) de ellas.
- 24 A las buenas personas no deberían pasarle nunca cosas malas como sufrir un atentado terrorista, eso es algo completamente intolerable.
- 25 *La ansiedad es una emoción que puede manejarse.*
- 26 *Aprender a manejar las emociones para que no lleguen a dominarte es posible.*
- 27 *Las consecuencias negativas de un atentado son reversibles; no están grabadas a fuego en tu cerebro.*
- 28 *Después de sufrir un atentado es posible volver a ser feliz.*
- 29 En la vida siempre debería haber una explicación razonable para todas las cosas importantes que le suceden a uno.
- 30 *Para ser feliz, no es necesario comprender por qué me sucedió el atentado.*
- 31 Cuando te ha pasado algo malo es seguro que eso mismo te volverá a ocurrir.
- 32 *El mundo es, por lo general, un lugar seguro.*
- 33 Recordar el atentado que sufrí siempre será malo y me hará empeorar
- 34 *Evitar pensar sobre el atentado no hará que éste desaparezca.*
- 35 Después de sufrir un Atentado es imposible volver a relacionarse de manera normal con las personas.
- 36 Después de sufrir un atentado, ya estás gafado para toda la vida. Todo lo que intentes, te saldrá mal.
- 37 Si no vigilas y controlas todo es muy probable que te ocurra algo horrible.
-

-
- 38 *En ocasiones pueden ocurrirte cosas malas de las que no eres en absoluto responsable.*
- 39 Si sucede un atentado terrorista, todas las personas tienen el deber moral de ayudar a los demás
- 40 Si le ocurre algo malo a mi familia (o si mi familia sufre) será por mi culpa.
- 41 Hacer sufrir a los demás es algo horrible/intolerable
- 42 Si quieres a alguien, le evitarás todo sufrimiento
- 43 *Mostrar tu dolor, aunque haga sufrir a los demás, no es malo.*
- 44 Después de sufrir un atentado, te conviertes en una persona frágil, dependiente e inútil
- 45 Si me pasa algo malo, no tendré habilidades para luchar o defenderme.
- 46 Todo lo malo que les ocurre a las víctimas del terrorismo es consecuencia del atentado.
- 47 *Es posible ser una persona normal a pesar de haber sufrido un atentado terrorista.*
- 48 La gente te hará daño si te ve fuerte.
- 49 Es horrible depender de otras personas (para recibir ayuda).
- 50 *En ocasiones, la mayoría de las personas somos incapaces de controlar nuestras emociones (e.g.: llorar por cómo te sientes), independientemente de lo fuerte o débil que uno sea.*
- 51 Si estás siempre bien, antes o después te pasará algo malo
- 52 Si sufres un atentado terrorista, siempre encontrarás algo ajeno a ti que te impida salir adelante.
- 53 Si anticipas todas las cosas malas que te pueden pasar en la vida, cuando ocurran no te harán tanto daño porque estarás preparado.
- 54 El olvido es la única forma de ser feliz si has vivido un atentado terrorista.
- 55 Dar la cara por tu país o por los demás es absurdo, nadie le da valor.
- 56 En este mundo lo malos ganan y los buenos pierden, por eso hay que ser malo.
- 57 Las instituciones del gobierno nunca harán nada por ayudar a las víctimas del terrorismo. No se puede confiar en ellas.
- 58 Después de sufrir un atentado terrorista, la vida se queda totalmente truncada.
- 59 *El mundo, en algunos aspectos, no tiene ni orden ni reglas claras, y no son cosas necesarias para sentirse tranquilo.*
- 60 Es inconcebible que en el mundo en el que vivimos la gente muera de una forma tan cruel como en un atentado terrorista.
-

-
- 61 La mentira es algo horrible e inaceptable.
- 62 *La influencia que tienen en nuestra vida las cosas malas que nos ocurren puede ser mayor, menor o igual que la influencia de las cosas buenas.*
- 63 *Perdonar a alguien que te hace algo malo es posible.*
- 64 Es absolutamente imposible perdonar a los terroristas por lo que hicieron
- 65 *La venganza (ojo por ojo, diente por diente) no es algo que merezca sufrir nadie en una sociedad basada en la justicia.*
- 66 El mundo es injusto/el mundo está lleno de injusticias
- 67 Si los demás te ven vulnerable y perciben que pueden hacerte daño, te lo harán
- 68 *En el mundo hay gente mala y gente buena; gente de la que te puedes fiar y gente de la que no.*
- 69 Si sufres un atentado terrorista todo el mundo a tu alrededor te verá como una persona débil y de escasa valía.
- 70 La gente siempre se dedica a juzgar negativamente a los demás
- 71 La gente que no ha sufrido un atentado terrorista nunca podrá comprenderte.
- 72 A la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas.
- 73 La sociedad siempre responsabiliza a las víctimas del terrorismo por lo que les ha pasado (piensan “algo habrá hecho él o ella para que le pase eso”).
- 74 Los demás deberían tratarnos bien porque somos víctimas del terrorismo
- 75 Los seres humanos son egoístas, solo piensan en sí mismos, eso es intolerable
- 76 Las personas que nos rodean son unas hipócritas.
- 77 Cierta clase de gente (como los árabes o los vascos), son malos por naturaleza y eso nunca va a cambiar.
- 78 El terrorismo no va a acabar nunca, nadie tiene ningún control ni ninguna capacidad de afrontarlo.
- 79 Las creencias ideológicas o espirituales son completamente inútiles para enfrentar o superar acontecimientos tan negativos como un atentado terrorista
- 80 *Aunque difícil, es posible expresar o comunicar todo lo que supone sufrir un atentado terrorista.*
- 81 *Es posible aprender de los errores que cometemos.*
- 82 *Las personas, aún después de sufrir un atentado terrorista, pueden ser capaces de querer/amar a otras personas.*
- 83 Sufrir un atentado terrorista es algo humillante y vergonzoso.
-

Capítulo 7.

Fase II. Análisis factorial de la versión preliminar de la EADT

El objetivo de esta segunda fase fue administrar la versión preliminar de 84 ítems de la EADT a una muestra suficientemente grande de víctimas del terrorismo para así realizar sobre sus respuestas diferentes análisis factoriales que arrojaran una solución factorial que cumpliera una serie de requisitos, a saber: que la consistencia interna de la escala global de la EADT, así como de sus diferentes factores fuera lo más alta posible, que el número de ítems que terminaran formando la EADT fuera lo menor posible, que las temáticas abordadas por los ítems dentro de un mismo factor tuvieran cierta coherencia teórica y que no hubiera factores espurios con un número muy bajo de ítems (menos de cuatro ítems). Para ello se seleccionó una muestra de víctimas del terrorismo en el contexto de un proyecto de investigación realizado en colaboración con la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT).

Una vez desarrollado este instrumento y, si bien en el siguiente estudio se profundizará sobre diferentes índices que arrojen luz sobre su validez, se decidió llevar a cabo un estudio para evaluar con esta muestra la validez nomológica y la validez de grupos contrastados del instrumento ya definitivo.

7.1. Método de la fase de diseño de la Escala de actitudes disfuncionales traumáticas.

7.1.1. Participantes

El presente estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio acerca del papel que desempeñan las cogniciones, creencias y actitudes traumáticas en el inicio, curso y mantenimiento de la patología así como de la respuesta terapéutica en víctimas del terrorismo realizado en colaboración con la AVT desde el año 2015.

Desde noviembre del año 2016, momento en el que se inició la búsqueda activa de participantes, se trató de contactar con un total de 652 víctimas adultas asociadas en ese momento a la AVT (víctimas directas o familiares o allegados de heridos o fallecidos en atentados terroristas) provenientes de las comunidades de Madrid, País Vasco, Navarra, Cantabria, Asturias y Andalucía. Se logró contactar a través de una llamada telefónica con un

total de 421 víctimas (64.5%), de las cuales 319 (75.8%) aceptaron realizar una entrevista telefónica de cribado. A estas 319 víctimas se les volvió a contactar pasado un período entre uno y tres meses para la realización de una entrevista diagnóstica presencial donde también se les administraría una batería de instrumentos entre los que se contaba la versión preliminar de 84 ítems de la EADT, entrevista que realizaron finalmente 139 víctimas (43.6%). Por otro lado, con el objetivo de aumentar el tamaño de la muestra se envió por correo postal a un total de 562 víctimas de varias regiones de España que habían realizado la entrevista presencial en el contexto de un proyecto de investigación anterior, en el que se les pedía que rellenaran una serie de datos sociodemográficos actualizados, la versión preliminar de la EADT y otro cuestionario. De las 562 cartas enviadas, 114 (20.2%) fueron devueltas debidamente cumplimentadas. Así pues, la muestra final de víctimas del terrorismo que cumplimentaron la versión preliminar de la EADT estuvo formada por un total de 253 personas. Las características sociodemográficas del grupo de víctimas y del atentado sufrido por ellas pueden verse en la tabla 25.

Tabla 25. Características sociodemográficas y del atentado de la muestra

Características (<i>n</i> = 253)	
Media de edad (desviación típica)	55.05 (13.55)
Sexo	
% mujeres	50.2
Estado civil	
% casados/as o conviviendo con pareja estable	67.2
% solteros/as	10.1
% viudos/as	15
% separados/as o divorciados/as	7.7
Comunidad de procedencia	
% Andalucía	11
% Asturias	7.8
% Cantabria	5.5
% Extremadura	2
% Galicia	5.5
% Madrid	28.6
% Murcia	.8
% Navarra	7.8
% País Vasco	21.6

Características (<i>n</i> = 253)	
% La Rioja	3.5
% Valencia	5.9
Estudios	
% personas sin estudios o con estudios primarios	25.3
% personas con estudios de secundaria o bachillerato	24.1
% de personas con formación profesional	21.7
% de personas con estudios superiores	28.9
Trabaja	
% no tiene trabajo	56.8
Media de años desde el atentado (desviación típica)	27.75 (10.17)
Tipo de víctima	
% heridos	42.4
% Familiar de primer grado	54.9
% Familiar de segundo grado	2.7
Autoría atentado	
% ETA	74.6
% Al-Qaeda	13.1
% Otros	12.3
Tipo de atentado	
% Coche bomba u otro tipo de explosión	39.9
% Explosión casa cuartel	7.6
% Arma de fuego	35.9
% Atentado masivo	15.1
% Otros	1.5

La media de edad del grupo de 253 víctimas (50.2% de ellas mujeres) a las que se les administró la versión preliminar de la EADT fue de 55.05 años ($DT = 13.55$), con una media de años desde que habían sufrido el atentado de 27.75 ($DT = 10.17$). La mayoría de ellos, un 67.2% estaba casado o conviviendo con una pareja estable, casi un 30% tenía estudios superiores (grado, licenciatura, máster y/o doctorado), aunque únicamente el 43.2% estaba en una situación de empleo remunerado. En cuanto a la relación de la muestra con el atentado, la mayoría de ellos correspondían al grupo de familiares de primer grado de la víctima directa (54.9%). En un 74.6% de los casos la autoría del atentado se atribuía a la banda terrorista ETA, en un 13.1% al grupo terrorista Al-Qaeda (la mayoría de éstos víctimas del atentado del 11-M en Madrid) y el resto a otros grupos terroristas como son GRAPO, el Frente Polisario, grupos anarquistas, etc. Los métodos terroristas más destacados que sufrieron este grupo de víctimas fueron los atentados con coche bomba u otro tipo de explosión (35.6%), los atentados por arma

de fuego (35.9%) y los atentados masivos (aquellos en los que el número de víctimas mortales supera la decena) (15.1%).

En cuanto a las características clínicas de la muestra (ver figura 3), únicamente se darán datos de diagnóstico del grupo de 139 víctimas que realizaron la entrevista presencial, dado que aquellos que cumplieron la versión preliminar de la EADT a través del contacto por correo postal no fueron sometidos a ningún procedimiento que permitiera establecer diagnósticos. Así pues, en el grupo de 139 víctimas un 11.3% recibió un diagnóstico de TEPT, un 20.5% recibió un diagnóstico de TDM o distimia, un 10.6% recibió un diagnóstico de fobia específica, un 7.1% de TOC, un 6.4% de TAG y un 5% de trastorno de angustia. Sí cabe mencionar que la mayoría de la muestra (60.9%) no presentó criterios que conformaran un diagnóstico de los que se evaluaron. Aparte, las tasas de comorbilidad se mantuvieron bastante bajas. El 21.1% de los participantes recibió un solo diagnóstico, por el 18% que recibió dos o más diagnósticos (hasta un total de 5).

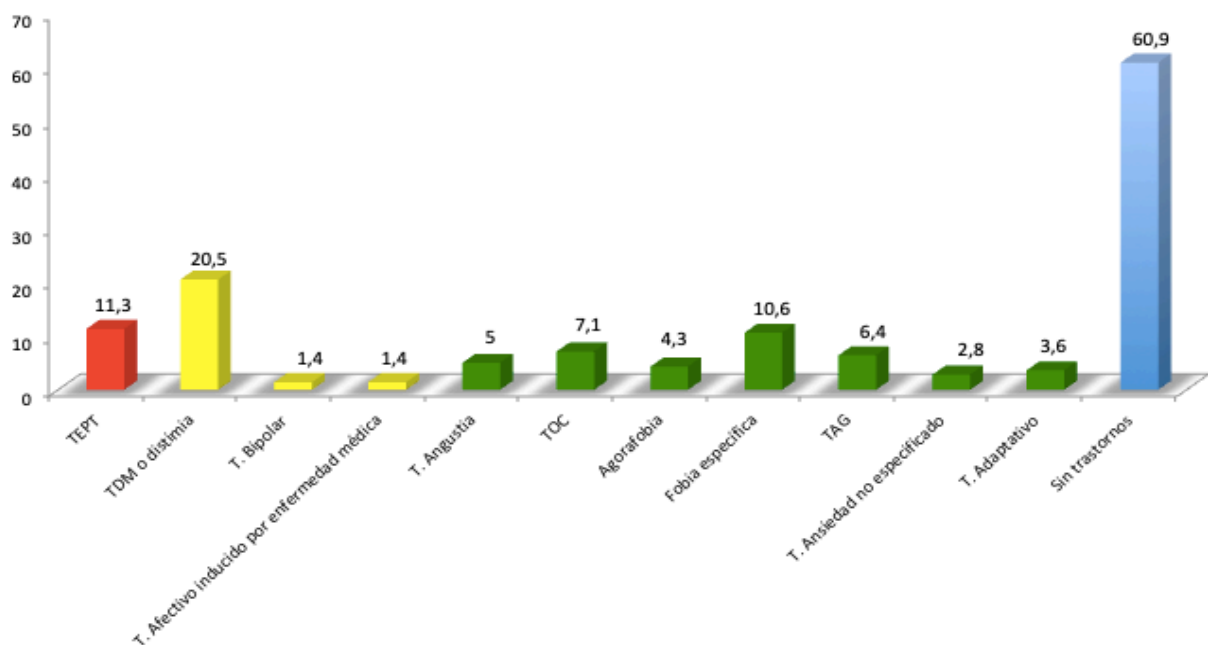


Figura 3. Prevalencia (%) de TEPT, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad

7.1.2. Procedimiento

Las víctimas del terrorismo asociadas a la AVT fueron informadas de la realización de este proyecto y de la posibilidad de participar en él de forma voluntaria y gratuita mediante el envío de una carta y a través de la publicación en la revista oficial que la asociación remite a todos sus asociados. En un primer momento se contactó con ellas a través de una entrevista telefónica de *screening* y, a aquellos que realizaron la entrevista, se les ofreció una entrevista diagnóstica que se realizaría de forma presencial y en la cual, además de una entrevista semi-estructurada en la que se recogían datos sociodemográficos y de la historia del participante, se le administró una entrevista diagnóstica y una serie de cuestionarios, entre los que se encontraba la versión preliminar de la EADT.

Por su parte, las víctimas cuya administración de la versión preliminar de la EADT se realizó a través del correo postal eran aquellas que habían realizado la entrevista diagnóstica presencial en el contexto de un proyecto de investigación anterior. En la carta se les pedía que contestaran los ítems de la EADT y de otro cuestionario.

7.1.3. Instrumentos

- *Características sociodemográficas y clínicas de las víctimas y características de los atentados y sus consecuencias.* Se administró en una entrevista de evaluación realizada de forma presencial una entrevista semiestructurada creada ad hoc para un estudio anterior por M. P. García-Vera y J. Sanz y basada, en parte, en el módulo general de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders, Clinician Version, o SCID-I-VC; First, et al., 1996), en su traducción española (First, Spitzer, Gibbon y William, 1999), y en la entrevista sobre el trauma de Foa, Hembree y Rothbaum (2007).

- Diagnóstico de TEPT y de trastornos de ansiedad y depresivos. Se administró en la entrevista de evaluación presencial los módulos F (ansiedad y otros trastornos) y A (episodios afectivos) de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I-VC, First et al., 1997), en su traducción española (First et al., 1999). La SCID-I presenta buenos índices de validez y fiabilidad (Sanz, 2013). Por ejemplo, respecto al diagnóstico del TEPT se han encontrado coeficientes de fiabilidad interjueces (kappa) de 0.77 (Lobbestael et al., 2010) y 0.88 (Zanarini et al., 2000) y un coeficiente de fiabilidad (correlación) test-retest con un intervalo de 7-10 días de 0.78 (Zanarini et al., 2000), mientras que en relación con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor se han hallado coeficientes kappa de 0.66 (Lobbestael et al., 2010) y 0.80 (Zanarini et al., 2000) y un coeficiente de fiabilidad test-retest con un intervalo de 7-10 días de 0.61 (Zanarini et al., 2000).

- *Sintomatología de estrés postraumático*. Se administró la Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático, versión específica, o PCL-S (Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993) en su adaptación española (Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006). La PCL-S está formada por 17 ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas de estrés postraumático según el DSM-IV. Las instrucciones de la PCL-S piden a la persona evaluada que, en cada uno de sus 17 ítems, valore, mediante escalas de tipo Likert de 5 puntos, el grado en que tales síntomas le han afectado en el último mes, desde “nada en absoluto” (1) a “extremadamente” (5), de manera que la PCL-S proporciona una puntuación total en estrés postraumático entre 17 y 85. Existe una abundante literatura empírica que indica que la PCL-S tiene índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Blanchard, Jones Alexander, Buckley y Forneris, 1996; Weathers et al., 1993), incluida muestras españolas de víctimas del terrorismo (Cobos Redondo et al., 2020).

- *Sintomatología depresiva*. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), en su adaptación española (Beck, Steer y Brown, 2011). El BDI-II está

formado por 21 grupos de afirmaciones o ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos según el DSM-IV. Para cada ítem, la persona evaluada debe escoger la afirmación que mejor refleja su estado en las últimas dos semanas y que son valoradas de 0 a 3 según la gravedad que representan, de manera que el BDI-II proporciona una puntuación total en depresión con un rango de 0 a 63. Existe una abundante literatura empírica que indica que el BDI-II tiene índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Beck et al., 1996). La adaptación española ha mostrado también índices de fiabilidad y validez adecuados en muestras españolas de la población general y de pacientes con trastornos psicológicos (p. ej., alfa = entre ,87 y ,91; Sanz y García-Vera, 2013).

- *Actitudes disfuncionales depresivas*. Se utilizó una versión revisada de la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A (DAS-A; Weissman y Back, 1978), denominada DAS-R (de Graaf et al., 2009). La DAS-R contiene 17 de los 40 ítems de la DAS-A, con sus mismas instrucciones y con la misma escala Likert de respuesta de 7 puntos (1 = “totalmente en desacuerdo”, 7 = “totalmente de acuerdo”), y, como la DAS-A, también pretende medir las actitudes disfuncionales típicas de la depresión. La DAS-R permite obtener una puntuación total en actitudes disfuncionales depresivas, pero también tiene una subescala de actitudes de perfeccionismo y otra de actitudes de dependencia. La DAS-A fue adaptada al español por Sanz y Vázquez (1993) y, a partir de esa adaptación, Ruiz et al. (2015) adaptaron la DAS-R. De Graaf et al. (2009) han informado de buenos índices de fiabilidad y validez para la escala total y las dos subescalas de la DAS-R (p. ej., alfa = entre .81 y .91), los cuales han sido replicados en población española por Ruiz et al. (2015) (p. ej., alfa = entre .76 y .91).

- Versión preliminar de la Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas (EADT). Se administró la versión presentada en el capítulo anterior.

7.1.4. *Análisis de datos*

Siguiendo las recomendaciones para el análisis factorial exploratorio propuestas por Lloret-Segura et al. (2014) y Martínez Arias et al. (2014) y, en particular, cuando se aplican a los ítems de un instrumento, se realizaron análisis factoriales tanto sobre la matriz de correlaciones de Pearson como sobre la matriz de correlaciones policóricas, ya que 47 de los 84 ítems (56% de los ítems) presentaban valores de curtosis, de asimetría o de ambos estadísticos alejados del rango de valores que suelen considerarse que indican una distribución normal de las puntuaciones (-1/+1), y, cuando algunos de los ítems incumplen el supuesto de normalidad, se considera que el análisis de la matriz de correlaciones policóricas reproduce mejor el modelo de medida que el análisis de las correlaciones de Pearson.

Siguiendo también las recomendaciones anteriormente señaladas, se realizaron pruebas para analizar la adecuación de los datos al análisis factorial, en concreto, el test de esfericidad de Barlett y el test de Kaiser-Meyer-Olkin (test KMO), se llevaron a cabo diversos procedimientos para determinar el número de factores más adecuado a extraer en el análisis factorial, en concreto, el *scree test* o gráfico de sedimentación de Cattell, el método de Hull, el test de la correlación parcial media mínima o MAP de Velicer (1976), el análisis paralelo clásico de Horn (1965) y el análisis paralelo óptimo de Timmerman y Lorenzo-Seva (2011), y, en función de los resultados de estos procedimientos (véase la Tabla 26), se realizaron diversos análisis factoriales tanto sobre la matriz de correlaciones de Pearson como sobre la matriz de correlaciones policóricas en los que se extrajeron tantos factores como recomendaban mayoritariamente esos procedimientos.

Todos estos análisis se realizaron utilizando el método de extracción de factores de estimación de mínimos cuadrados no ponderados (ULS), ya que el mismo no asume el supuesto de distribución normal multivariante de los datos y, como se ha comentado antes, las distribuciones de las puntuaciones del 56% de los ítems no parecían ajustarse a una distribución normal. De hecho, el análisis de Mardia de la curtosis y la asimetría multivariada reveló

resultados estadísticamente significativos ($p < .05$) que no permitían aceptar la hipótesis nula de normalidad multivariada para los 84 ítems en su conjunto.

En cuanto al procedimiento utilizado para la rotación de los factores, en todos los análisis factoriales se utilizó un método oblicuo, en concreto, el método promax normalizado, en lugar de un método ortogonal como, por ejemplo, el clásico método varimax. Parafraseando los argumentos de Lloret-Segura et al. (2014), la elección de un método oblicuo respondía a las siguientes razones: 1) se asume que las actitudes disfuncionales traumáticas están más o menos relacionadas entre sí; 2) si las actitudes disfuncionales traumáticas realmente son relativamente independientes, esta ortogonalidad se verá reflejada en los resultados, de manera que la rotación oblicua resultaría en factores con correlaciones bajas, y 3) si las correlaciones entre factores fueran consistentemente bajas (por debajo de .30 o .20), se repetirían los análisis utilizando un método ortogonal y, en el caso de que las dos soluciones, la oblicua y la ortogonal, fueran similares, se aceptaría provisionalmente la solución ortogonal atendiendo al criterio de parsimonia.

Todos los análisis, estadísticos y procedimientos mencionados hasta ahora en relación con los análisis factoriales fueron realizados con el programa FACTOR, versiones 10.3.01 (Ferrando y Lorenzo-Seva, 2017).

Por otro lado, se llevaron a cabo análisis de la fiabilidad, mediante el programa SPSS, versión 25, posteriores a la elección del análisis factorial definitivo, esto es, la fiabilidad mostrada por el instrumento reducido, tanto de la escala global como de las subescalas extraídas en el análisis factorial. Para ello, se utilizó el modelo alfa de consistencia interna de Cronbach (1951), que valora la consistencia interna de la escala a partir de la correlación inter-elementos promedio. La consistencia interna se calculó para las tres subescalas arrojadas por el análisis factorial escogido (“mundo peligroso”, “visión negativa de la sociedad y del ser humano” y “cronificación del malestar”), así como para la escala total compuesta por 34 ítems que

conformarían la totalidad de la EADT definitiva. Además, como índices de consistencia interna complementarios, se llevaron a cabo análisis de los índices de homogeneidad (IH) de cada uno de los ítems, con lo que se da información sobre la aportación que realiza cada ítem a la medida de la EADT y de sus subescalas. El IH se calculó a través de los índices de correlaciones de Pearson entre la puntuación en el ítem y la suma de las puntuaciones en los restantes ítems de cada subescala y la suma de las puntuaciones en los restantes ítems de la escala global.

Así mismo, también se realizaron análisis para valorar la relación existente entre los diferentes factores de la versión definitiva de la EADT y su escala global, así como entre ellos mismos, para lo cual se calcularon correlaciones de Pearson con el SPSS.

Se llevaron a cabo análisis mediante pruebas de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney calculadas con el SPSS para explorar la influencia del sexo y la edad, para lo cual se dividió a las víctimas del terrorismo en cuatro grupos (18-35 años, 36-50 años, 51-65 años y mayores de 65 años) y se compararon sus puntuaciones en la escala global de la EADT y en las tres subescalas encontradas tras el análisis factorial definitivo.

De cara a valorar la validez nomológica de la versión definitiva de la EADT y puesto que el supuesto de que las actitudes disfuncionales traumáticas son un factor de vulnerabilidad cognitiva para el TEPT subyace tras la génesis misma de la EDAT, se analizó la correlación de su escala global y de sus subescalas con la medida de síntomas de estrés postraumático (PCL-S) y con la medida de depresión (BDI-II), ya que la depresión es un constructo estrechamente ligado al de TEPT (Byllesby et al., 2017; Elhai et al., 2011; Rytwinski, Scur, Feeny y Youngstrom, 2013). Igualmente, cabría suponer que las actitudes disfuncionales traumáticas están relacionadas con otras actitudes disfuncionales, especialmente con las depresivas, dada la mencionada vinculación entre TEPT y depresión, por lo que también se analizó la correlación de la EADT con la medida de actitudes disfuncionales depresivas (DAS-R).

Aparte y dado que en el propio origen de la EADT también subyace el supuesto de que las víctimas con TEPT deben presentar niveles elevados de actitudes disfuncionales traumáticas, ya que, se asume que estas actitudes son un factor de vulnerabilidad cognitiva para dicho trastorno se decidió realizar análisis para valorar la validez de grupos contrastados. A este respecto se realizaron, mediante el programa SPSS, análisis de covarianza (ANCOVA) sobre la puntuación total en la escala global y en cada una de las subescalas de la EADT y en los cuales se incluyó, como covariables a controlar, el sexo y la edad, y, como factor intersujetos, el grupo clínico con tres niveles: TEPT ($n = 14$), otros trastornos emocionales ($n = 34$) y ningún trastorno ($n = 85$). En el caso de que el grupo clínico mostrara un efecto estadísticamente significativo, se realizaron posteriormente pruebas de Bonferroni para comparar dos a dos los tres grupos clínicos.

7.2. Resultados de la fase de diseño de la Escala de actitudes disfuncionales traumáticas.

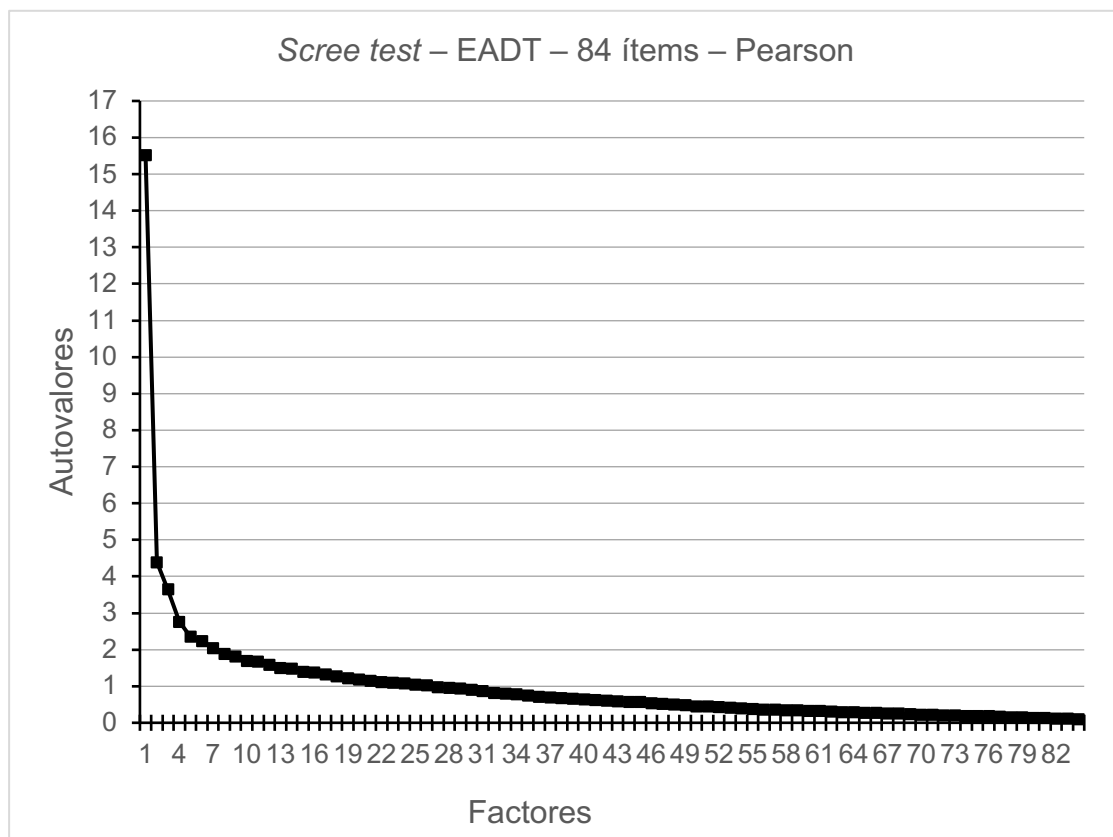
7.2.1. Análisis de esfericidad y de adecuación de los datos al análisis factorial.

El análisis de esfericidad calculado a partir del estadístico de Barlett arrojó un valor de $\chi^2 = 9880.3$ (g. l. = 3486, $p = .0001$), estadísticamente significativo, y el test de adecuación de los datos al análisis factorial calculado a través de la prueba KMO arrojó un valor de .81997, lo que indica un grado de adecuación bueno. Estos resultados indican la conveniencia de los datos para proceder a la realización de procedimientos de análisis factorial.

7.2.2. Número de factores recomendados en la muestra de desarrollo

A pesar de las limitaciones que presenta el gráfico de sedimentación para decidir el número de factores más conveniente de una solución factorial, entre las que se cuentan que el propio método para decidir se basa en una mera inspección visual de izquierda a derecha hasta localizar

el punto de inflexión en que los autovalores dejan de formar una pendiente y comienzan a generar una caída de poca inclinación, su uso puede apuntar de forma tentativa a las soluciones factoriales más lógicas y, por tanto, a aquellas a las que se debe dedicar un mayor análisis. Los gráficos de sedimentación de la versión preliminar de la EADT obtenidos a partir de la matriz de correlaciones de Pearson y de la matriz de correlaciones policóricas se presentan en la figura 4. Como puede apreciarse, ambos gráficos de sedimentación apuntan a la existencia de 4 factores.



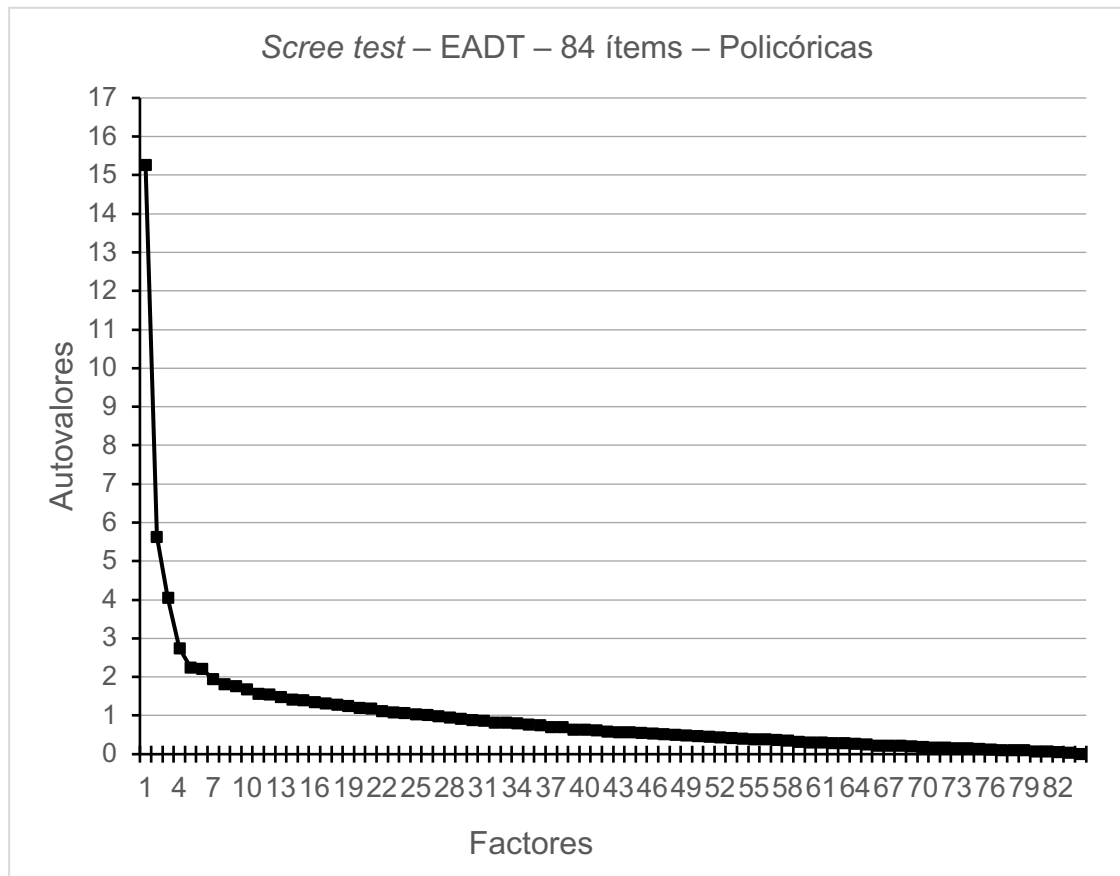


Figura 4. Gráficos de sedimentación de Cattell en la muestra de desarrollo.

Sin embargo, los resultados de los otros procedimientos recomendados en la literatura psicométrica para identificar el número de factores a extraer arrojaban resultados distintos a 4 y muy diversos entre ellos, desde 1 a 7. Tales resultados se recogen en la tabla 26 y, como puede observarse en dicha tabla, aunque los índices obtenidos fueran distintos, mayoritariamente señalaban soluciones multifactoriales frente a unifactoriales (8 índices vs. 2 índices), por lo que la solución unifactorial fue descartada. Entre las soluciones multifactoriales, la más frecuente era la de 4 factores, pero los índices también sugerían soluciones en un rango entre 3 y 7 factores. De ahí, que se realizaran 10 análisis factoriales extrayendo 3, 4, 5, 6 y 7 factores sobre los dos tipos distintos de matrices de correlaciones.

Tabla 26. Número recomendado de factores según distintos procedimientos realizados sobre las matrices de correlaciones policóricas y de Pearson

Procedimiento	Nº de factores en la matriz de correlaciones policóricas	Nº de factores en la matriz de correlaciones de Pearson
Gráfico de sedimentación (<i>scree test</i>)	4	4
Análisis paralelo optimizado	4	6
Análisis paralelo clásico de Horn	6	7
Método de Hull	1	1
MAP de Velicer	3	3

7.2.3. Resultados de los análisis factoriales

Con el objetivo de explorar el conjunto de variables latentes o factores comunes que, en última instancia, explican las respuestas a los ítems de la EADT se llevaron a cabo 10 procedimientos de análisis factorial en los que se combinaron las diferentes matrices a analizar (matriz de correlaciones de Pearson y matriz de correlaciones policóricas) con los siguientes números de factores a extraer: 3, 4, 5, 6 y 7. De esta forma se realizaron 2 análisis factoriales ajustando los datos a una solución de 3 factores, 2 análisis factoriales ajustando los datos a una solución de 4 factores, 2 análisis factoriales ajustando los datos a una solución de 5 factores, 2 análisis factoriales ajustando los datos a una solución de 6 factores y 2 análisis factoriales ajustando los datos a una solución de 7 factores. Los criterios para retener los ítems que formarían parte de los factores seleccionados en cada caso se basaron en los valores de las saturaciones que cada ítem obtenía en uno o varios factores. En concreto, los ítems seleccionados cumplían los requisitos de tener una saturación en el factor mayor o igual de .40 al mismo tiempo que tenían saturaciones menores que .30 en el resto de los factores. Si bien estos criterios se utilizaron para realizar una primera comparativa entre las distintas soluciones factoriales, una vez se seleccionó la que se utilizaría, algunos de los ítems inicialmente excluidos por no cumplir con estos requisitos fueron añadidos con el objetivo de aumentar la consistencia de interna y/o la validez de la escala o de las subescalas. En la tabla 27 puede verse el número de ítems de cada solución factorial así como la consistencia interna que arroja cada

uno de los factores de cada una de las soluciones factoriales y el porcentaje de la varianza explicada por cada uno de ellos.

Tabla 27. Resultados de los análisis factoriales de la versión preliminar de la EADT

Nº	Análisis factorial	Nº de factores	Nº de ítems que cumplen los criterios*	Fiabilidad (α de Cronbach)	% de varianza explicada por los factores rotados
1	- Matriz de correlaciones de Pearson - Extracción: ULS - Rotación: promax normalizada	3	Total: 36	Total: $\alpha = .903$	Total: 21.486
			Factor 1: 19	Factor 1: $\alpha = .856$	Factor 1: 9.857
			Factor 2: 15	Factor 2: $\alpha = .886$	Factor 2: 7.968
			Factor 3: 2	Factor 3: $\alpha = .079$	Factor 3: 3.661
2	- Matriz de correlaciones policóricas - Extracción: ULS - Rotación: promax normalizada	3	Total: 38	Total: $\alpha = .892$	Total: 22.991
			Factor 1: 5	Factor 1: $\alpha = .013$	Factor 1: 4.881
			Factor 2: 20	Factor 2: $\alpha = .871$	Factor 2: 10.407
			Factor 3: 13	Factor 3: $\alpha = .846$	Factor 3: 7.703
3	- Matriz de correlaciones Pearson - Extracción: ULS - Rotación: promax normalizada	4	Total: 37	Total: $\alpha = .892$	Total: 23.615
			Factor 1: 10	Factor 1: $\alpha = .693$	Factor 1: 6.796
			Factor 2: 9	Factor 2: $\alpha = .854$	Factor 2: 5.763
			Factor 3: 14	Factor 3: $\alpha = .859$	Factor 3: 7.891
4	- Matriz de correlaciones policóricas - Extracción: ULS - Rotación: promax normalizada	4	Factor 4: 4	Factor 4: $\alpha = .339$	Factor 4: 3.165
			Total: 46	Total: $\alpha = .914$	Total: 25.127
			Factor 1: 18	Factor 1: $\alpha = .873$	Factor 1: 8.633
			Factor 2: 9	Factor 2: $\alpha = .854$	Factor 2: 5.175
5	- Matriz de correlaciones policóricas - Extracción: ULS - Rotación: promax normalizada	5	Factor 3: 7	Factor 3: $\alpha = .192$	Factor 3: 4.116
			Factor 4: 12	Factor 4: $\alpha = .831$	Factor 4: 7.203
			Total: 31	Total: $\alpha = .876$	Total: 25.363
			Factor 1: 7	Factor 1: $\alpha = .627$	Factor 1: 6.379
6	- Matriz de correlaciones policóricas - Extracción: ULS - Rotación: promax normalizada	5	Factor 2: 1	Factor 2: $\alpha = ---$	Factor 2: 2.627
			Factor 3: 3	Factor 3: $\alpha = -.493$	Factor 3: 2.599
			Factor 4: 9	Factor 4: $\alpha = .854$	Factor 4: 5.405
			Factor 5: 11	Factor 5: $\alpha = .858$	Factor 5: 8.353
7	- Matriz de correlaciones policóricas - Extracción: ULS - Rotación: promax normalizada	5	Total: 44	Total: $\alpha = .897$	Total: 26.825
			Factor 1: 8	Factor 1: $\alpha = .302$	Factor 1: 3.759
			Factor 2: 9	Factor 2: $\alpha = .854$	Factor 2: 5.185
			Factor 3: 16	Factor 3: $\alpha = .869$	Factor 3: 8.510
7	- Matriz de correlaciones Pearson	6	Factor 4: 5	Factor 4: $\alpha = .809$	Factor 4: 4.398
			Factor 5: 6	Factor 5: $\alpha = .422$	Factor 5: 4.973
7	- Matriz de correlaciones Pearson	6	Total: 35	Total: $\alpha = .898$	Total: 26.999

Nº	Análisis factorial	Nº de factores	Nº de ítems que cumplen los criterios*	Fiabilidad (α de Cronbach)	% de varianza explicada por los factores rotados
	- Extracción: ULS - Rotación: promax normalizada		Factor 1: 1	Factor 1: $\alpha = ---$	Factor 1: 2.042
			Factor 2: 9	Factor 2: $\alpha = .852$	Factor 2: 5.644
			Factor 3: 14	Factor 3: $\alpha = .890$	Factor 3: 8.578
			Factor 4: 3	Factor 4: $\alpha = -.226$	Factor 4: 3.482
			Factor 5: 4	Factor 5: $\alpha = .793$	Factor 5: 4.547
			Factor 6: 4	Factor 6: $\alpha = .114$	Factor 6: 2.706
			Total: 45	Total: $\alpha = .905$	Total: 28.445
8	- Matriz de correlaciones policóricas - Extracción: ULS - Rotación: promax normalizada	6	Factor 1: 1	Factor 1: $\alpha = ---$	Factor 1: 1.822
			Factor 2: 5	Factor 2: $\alpha = .314$	Factor 2: 4.074
			Factor 3: 9	Factor 3: $\alpha = .854$	Factor 3: 4.952
			Factor 4: 17	Factor 4: $\alpha = .896$	Factor 4: 9.502
			Factor 5: 8	Factor 5: $\alpha = .302$	Factor 5: 3.694
			Factor 6: 5	Factor 6: $\alpha = .809$	Factor 6: 4.401
			Total: 39	Total: $\alpha = .917$	Total: 28.409
9	- Matriz de correlaciones Pearson - Extracción: ULS - Rotación: promax normalizada	7	Factor 1: 4	Factor 1: $\alpha = .793$	Factor 1: 4.402
			Factor 2: 4	Factor 2: $\alpha = .091$	Factor 2: 2.789
			Factor 3: 1	Factor 3: $\alpha = ---$	Factor 3: 2.256
			Factor 4: 18	Factor 4: $\alpha = .906$	Factor 4: 9.326
			Factor 5: 9	Factor 5: $\alpha = .852$	Factor 5: 5.591
			Factor 6: 2	Factor 6: $\alpha = .494$	Factor 6: 2.561
			Factor 7: 1	Factor 7: $\alpha = ---$	Factor 7: 1.484
Total: 48	Total: $\alpha = .910$	Total: 29.767			
10	- Matriz de correlaciones policóricas - Extracción: ULS - Rotación: promax normalizada	7	Factor 1: 8	Factor 1: $\alpha = .841$	Factor 1: 4.874
			Factor 2: 2	Factor 2: $\alpha = .422$	Factor 2: 2.068
			Factor 3: 7	Factor 3: $\alpha = .510$	Factor 3: 4.088
			Factor 4: 7	Factor 4: $\alpha = -.078$	Factor 4: 3.627
			Factor 5: 19	Factor 5: $\alpha = .903$	Factor 5: 9.620
			Factor 6: 1	Factor 6: $\alpha = ---$	Factor 6: 1.479
			Factor 7: 4	Factor 7: $\alpha = .735$	Factor 7: 4.011

Nota: Los valores de α negativos se deben a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. --- : dado que solo hay un ítem en el factor no es posible dar un valor de α . *Los criterios son: saturaciones iguales o mayores de .40 en un factor, pero menores de .30 en los restantes. ULS: Método de mínimos cuadrados no ponderados.

Como puede apreciarse en la tabla 27, el número de ítems retenidos por las diferentes soluciones factoriales va desde 31 hasta 48. También se puede observar que las soluciones factoriales que tratan de ajustarse a un modelo de 5, 6 o 7 factores arrojan unos resultados que desaconsejan su uso. En concreto, salvo en el análisis factorial con numeración 6, en el resto se presenta al menos un factor compuesto por un único ítem, así como otros factores con unos índices de consistencia interna excesivamente bajos. Atendiendo a los índices de fiabilidad, además, se puede ver que se encuentran valores negativos en algunos casos, lo cual viola el supuesto del análisis de fiabilidad. Esto se produce debido a que algunos de los ítems inversos incluidos en la versión preliminar de la EADT no tuvieron el funcionamiento esperado, es decir, las respuestas de los sujetos a estos ítems correlacionaban positivamente con el resto de ítems directos, cuando, debido a su carácter inverso, deberían haber presentado correlaciones negativas.

Resumiendo, podemos afirmar que las soluciones factoriales 5, 7, 8, 9 y 10 añaden factores espurios compuestos por un solo ítem o ítems cuyo funcionamiento no es el adecuado para este tipo de escalas, lo que desaconseja su uso.

El siguiente paso es seleccionar el análisis factorial de los restantes cuya solución tenga unos índices de consistencia interna excelentes (o cercanos a excelentes) utilizando el menor número de ítems y atendiendo a que el contenido de los ítems den como resultado un factor homogéneo y psicológicamente interpretable. Con estas premisas, se seleccionaron los análisis factoriales 1, 4 y 6 (en función de la numeración presentada en la tabla 27), es decir, el análisis factorial que utilizó la matriz de correlaciones de Pearson y que trató de ajustar los datos a una solución factorial de 3 factores (análisis factorial 1), el análisis factorial que utilizó la matriz de correlaciones policóricas y que trató de ajustar los datos a una solución factorial de 4 factores (análisis factorial 4), y el análisis factorial donde se utilizó la matriz de correlaciones policórica y que trató de ajustar los datos a una solución factorial de 5 factores (análisis factorial 6). A

continuación se detallan las razones por las que se han elegido estos análisis factoriales para su consideración.

Dentro de los dos análisis factoriales ajustados a tres factores (análisis de factores 1 y 2), se seleccionó, para su comparación, el análisis factorial número 2, por ser el que menor número de ítems tenía (36), al mismo tiempo que presentaba índices de consistencia interna excelentes en la escala global y en dos de los factores (en el restante la consistencia interna es muy baja, pero es un resultado que también obtiene el otro análisis factorial ajustado a tres factores). A pesar de todo, cabe destacar que los dos análisis factoriales ajustados a tres factores son muy similares y quedan representados por casi los mismos ítems.

Dentro de los análisis factoriales ajustados a cuatro factores (análisis factoriales 3 y 4), se seleccionó, para su comparación con el resto el análisis factorial, el número 4, ya que, aunque contiene un mayor número de ítems que el análisis factorial 3 (46 frente a 37), la escala global y tres de los factores muestran una consistencia interna mayor.

Por último, dentro de los análisis factoriales ajustados a cinco factores (análisis factoriales 5 y 6) se seleccionó el análisis factorial 6, ya que el análisis factorial 5 contenía un factor formado por un único ítem, desaconsejando su uso.

En la tabla 28 pueden verse las saturaciones de los ítems obtenidas en la matriz factorial rotada de las soluciones factoriales 1, 4 y 6, ajustadas a 3, 4 y 5 factores respectivamente, así como los ítems seleccionados para cada factor en cada solución factorial (resaltados en negrita).

Tabla 28. Saturaciones de los ítems obtenidas en la matriz factorial rotada de las soluciones factoriales 1, 4 y 6, ajustadas a 3, 4 y 5 factores respectivamente (los ítems seleccionados se resaltan en negrita).

		Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 3 factores			Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 4 factores				Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 5 factores				
		F ₁	F ₂	F ₃	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅
1	<i>Es posible ser feliz si asesinan a algún ser querido en un atentado terrorista.</i>	-.520	---	---	---	---	---	-.472	---	---	---	---	.390
2	Ver en persona a la/s persona/s que ha cometido un atentado terrorista contra ti o algún ser querido sería algo insoportable.	.370	---	.300	---	---	---	.530	---	---	---	.712	---
3	<i>Para ser feliz no es necesario desechar de tu vida todo aquello que te hace sufrir.</i>	-.509	---	---	---	---	---	-.362	---	---	---	---	.455
4	Hablar y/o expresar tus sentimientos es un signo de debilidad y te convierte en una persona mucho más vulnerable.	.377	---	---	.499	---	---	---	---	---	.487	---	---
5	El malestar emocional que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.	.465	---	.432	---	---	---	.682	---	---	---	.841	---
6	La ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.	.613	---	.393	---	---	---	.764	---	---	---	.832	---

		Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 3 factores			Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 4 factores				Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 5 factores				
7	Sufrir un atentado terrorista es lo más horroroso que te puede pasar en la vida.	.452	---	.345	---	---	---	.463	---	---	---	.475	---
8	Cuando sufres un atentado terrorista, sigues viviendo pero tu vida ya no tiene sentido.	.671	---	---	.392	---	---	.511	---	---	.414	.316	---
9	Tras sufrir un atentado terrorista, la vida se vuelve completamente incontrolable.	.728	---	---	.349	---	---	.527	---	---	.347	---	-.401
10	El mundo es totalmente impredecible.	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
11	Tras un atentado terrorista, únicamente los sentimientos de rabia y de ira te impulsarán a seguir luchando.	.453	---	---	.419	---	---	---	---	---	.483	.392	---
12	Tras un atentado terrorista tienes que sentir rabia e ira; no hacerlo sería injusto y una traición a ti mismo y a los tuyos	.531	---	---	---	---	---	.388	---	---	---	---	---
13	Después de un atentado terrorista hay un tiempo en el que puedes estar mal, pero después deberías (tendrías que) volver a estar bien.	-.509	---	---	---	---	---	-.516	---	---	---	---	.500
14	Las únicas personas que tienen derecho a quejarse después de un	---	---	---	.511	---	---	---	---	---	.522	---	---

	Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 3 factores			Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 4 factores				Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 5 factores					
	atentado terrorista son aquellas que peor lo han pasado.												
15	No todas las muertes cometidas en atentados terroristas son igual de injustas, algunas son mucho más crueles e injustas que otras, como las muertes de niños y jóvenes.												
	---	---	---	.307	---	---	---	---	---	---	---	---	---
16	Superar el atentado, pasar página o recuperarte, sería una traición al resto de víctimas, a mí mismo y a las personas a las que quiero.												
	---	.365	---	.583	---	---	---	---	---	.575	---	---	---
17	Es imposible ser feliz si te quedas solo.												
	.455	---	---	---	---	---	.409	---	---	---	---	---	-.321
18	Las personas que, tras sufrir un atentado terrorista, se centran en ellas mismas son personas egoístas ((y, por tanto, no merecen la pena)).												
	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
19	<i>No es necesario conseguir la aprobación del resto de las personas para ser felices.</i>												
	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
20	Si después de sufrir un atentado terrorista no te centras únicamente en ti y en tu bienestar, nunca podrás llegar a ser feliz.												
	---	---	---	.423	---	---	---	---	---	.461	---	---	---

		Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 3 factores			Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 4 factores				Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 5 factores				
21	<i>Cuando eres víctimas del terrorismo, es posible encontrar ayuda en el conjunto de la sociedad.</i>	---	---	---	---	-.314	---	---	---	-.344	---	---	---
22	Lo único que el mundo quiere de verdad de las víctimas del terrorismo es sacar algún beneficio (económico, político y/o social) de ellas.	---	.622	---	---	.562	---	---	---	.549	---	---	---
23	A las buenas personas no deberían pasarle nunca cosas malas como sufrir un atentado terrorista, eso es algo completamente intolerable.	---	---	.315	---	---	---	---	---	---	---	---	---
24	<i>La ansiedad es una emoción que puede manejarse.</i>	-.520	---	---	---	---	---	-.482	---	---	---	---	.508
25	<i>Aprender a manejar las emociones para que no lleguen a dominarte es posible.</i>	-.546	---	---	---	---	---	-.395	---	---	---	---	.584
26	<i>Las consecuencias negativas de un atentado son reversibles; no están grabadas a fuego en tu cerebro.</i>	-.561	---	---	---	---	---	-.724	---	---	---	-.328	.532
27	<i>Después de sufrir un atentado es posible volver a ser feliz.</i>	-.784	---	---	-.363	---	---	-.536	---	---	-.341	---	.551
28	En la vida siempre debería haber una explicación razonable para todas las	---	---	---	---	---	.322	---	---	---	---	---	---

	Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 3 factores			Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 4 factores				Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 5 factores				
	cosas importantes que le suceden a uno.											
29	<i>Para ser feliz, no es necesario comprender por qué me sucedió el atentado.</i>											
	-.598	---	---	---	---	---	-.450	---	---	---	---	---
30	Cuando te ha pasado algo malo es seguro que eso mismo te volverá a ocurrir.											
	.361	---	---	.607	---	---	---	---	---	.578	---	---
31	<i>El mundo es, por lo general, un lugar seguro.</i>											
	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.354
32	Recordar el atentado que sufrí siempre será malo y me hará empeorar											
	.543	---	---	---	---	---	.479	---	---	---	---	---
33	<i>Evitar pensar sobre el atentado no hará que éste desaparezca.</i>											
	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
34	Después de sufrir un Atentado es imposible volver a relacionarse de manera normal con las personas.											
	.380	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-.435
35	Después de sufrir un atentado, ya estás gafado para toda la vida. Todo lo que intentes, te saldrá mal.											
	.496	.314	---	.689	---	---	---	---	---	.680	---	---
36	Si no vigilas y controlas todo es muy probable que te ocurra algo horrible.											
	.447	---	---	.683	---	---	---	---	---	.653	---	---

	Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 3 factores			Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 4 factores				Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 5 factores					
37	<i>En ocasiones pueden ocurrirte cosas malas de las que no eres en absoluto responsable.</i>			---	---	.312	-.363	---	---	---	---	---	---
38	Si sucede un atentado terrorista, todas las personas tienen el deber moral de ayudar a los demás			---	---	.377	---	---	.485	---	.455	---	---
39	Si le ocurre algo malo a mi familia (o si mi familia sufre) será por mi culpa.			.387	---	---	.550	---	---	---	---	.511	---
40	Hacer sufrir a los demás es algo horrible/intolerable			---	---	.404	---	---	.594	---	.561	---	---
41	Si quieres a alguien, le evitarás todo sufrimiento			---	---	.394	---	---	.556	---	.453	---	---
42	<i>Mostrar tu dolor, aunque haga sufrir a los demás, no es malo.</i>			---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
43	Después de sufrir un atentado, te conviertes en una persona frágil, dependiente e inútil			.508	---	---	---	---	---	---	.362	---	---
44	Si me pasa algo malo, no tendré habilidades para luchar o defenderme.			.363	---	---	.320	---	---	---	---	.332	---
45	Todo lo malo que les ocurre a las víctimas del terrorismo es consecuencia del atentado.			.440	---	---	.497	---	---	---	---	.495	---

		Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 3 factores			Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 4 factores				Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 5 factores				
46	<i>Es posible ser una persona normal a pesar de haber sufrido un atentado terrorista.</i>	-.638	---	---	---	---	.354	-.539	---	---	---	---	.704
47	La gente te hará daño si te ve fuerte.	---	.492	---	.406	---	---	---	---	---	.392	---	---
48	Es horrible depender de otras personas (para recibir ayuda).	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
49	<i>En ocasiones, la mayoría de las personas somos incapaces de controlar nuestras emociones (e.g.: llorar por cómo te sientes), independientemente de lo fuerte o débil que uno sea.</i>	---	---	.305	---	---	---	---	---	---	---	---	---
50	Si estás siempre bien, antes o después te pasará algo malo	---	.540	---	.640	---	---	---	---	---	.626	---	---
51	Si sufres un atentado terrorista, siempre encontrarás algo ajeno a ti que te impida salir adelante.	.458	.306	---	.501	---	---	---	---	---	.506	---	---
52	Si anticipas todas las cosas malas que te pueden pasar en la vida, cuando ocurran no te harán tanto daño porque estarás preparado.	---	---	---	.742	---	.312	---	---	---	.735	---	---
53	El olvido es la única forma de ser feliz si has vivido un atentado terrorista.	---	---	---	.547	---	---	---	---	---	.548	---	---

		Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 3 factores			Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 4 factores				Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 5 factores				
54	Dar la cara por tu país o por los demás es absurdo, nadie le da valor.	---	.474	---	---	---	---	---	---	.301	---	---	---
55	En este mundo lo malos ganan y los buenos pierden, por eso hay que ser malo.	---	.484	---	.489	---	---	---	-.311	---	.478	---	---
56	Las instituciones del gobierno nunca harán nada por ayudar a las víctimas del terrorismo. No se puede confiar en ellas.	---	.537	---	---	.578	---	---	---	.608	---	---	---
57	Después de sufrir un atentado terrorista, la vida se queda totalmente truncada.	.483	---	---	---	---	---	.662	---	---	---	.551	---
58	<i>El mundo, en algunos aspectos, no tiene ni orden ni reglas claras, y no son cosas necesarias para sentirse tranquilo.</i>	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
59	Es inconcebible que en el mundo en el que vivimos la gente muera de una forma tan cruel como en un atentado terrorista.	---	---	.376	---	---	.456	---	.605	---	---	---	---
60	La mentira es algo horrible e inaceptable.	---	---	.302	---	---	.382	---	.477	---	---	---	---
61	<i>La influencia que tienen en nuestra vida las cosas malas que nos ocurren</i>	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

	Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 3 factores			Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 4 factores				Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 5 factores						
	<i>puede ser mayor, menor o igual que la influencia de las cosas buenas.</i>													
62	<i>Perdonar a alguien que te hace algo malo es posible.</i>			---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
63	Es absolutamente imposible perdonar a los terroristas por lo que hicieron			---	---	.343	-.360	---	---	.386	---	---	-.338	---
64	<i>La venganza (ojo por ojo, diente por diente) no es algo que merezca sufrir nadie en una sociedad basada en la justicia.</i>			---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
65	El mundo es injusto/el mundo está lleno de injusticias			---	.363	.348	---	.508	---	---	---	.476	---	---
66	Si los demás te ven vulnerable y perciben que pueden hacerte daño, te lo harán			---	.549	---	.417	.351	---	---	---	.353	.409	---
67	<i>En el mundo hay gente mala y gente buena; gente de la que te puedes fiar y gente de la que no.</i>			---	---	.415	---	---	.490	---	.604	---	---	---
68	Si sufres un atentado terrorista todo el mundo a tu alrededor te verá como una persona débil y de escasa valía.			---	.526	---	.445	---	---	---	---	---	.436	---
69	La gente siempre se dedica a juzgar negativamente a los demás			---	.612	---	---	.533	---	---	---	.531	---	---

		Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 3 factores			Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 4 factores				Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 5 factores				
70	La gente que no ha sufrido un atentado terrorista nunca podrá comprenderte.	---	.572	---	---	.512	---	---	---	.510	---	---	---
71	A la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas.	---	.709	---	---	.751	---	---	---	.780	---	---	---
72	La sociedad siempre responsabiliza a las víctimas del terrorismo por lo que les ha pasado (piensan “algo habrá hecho él o ella para que le pase eso”).	---	.707	---	---	.589	---	---	---	.610	---	---	---
73	Si supero las cosas terribles que me han pasado en relación al atentado y sus consecuencias, la sociedad me juzgará mal	---	.643	---	.430	.388	---	---	---	.427	.375	---	---
74	Los demás deberían tratarnos bien porque somos víctimas del terrorismo	---	---	---	.532	---	---	---	---	---	.524	---	---
75	Los seres humanos son egoístas, solo piensan en sí mismos, eso es intolerable	---	.691	---	---	.749	---	---	---	.719	---	---	---
76	Las personas que nos rodean son unas hipócritas.	---	.737	---	---	.551	---	---	---	.562	---	---	---
77	Cierta clase de gente (como los árabes o los vascos), son malos por naturaleza y eso nunca va a cambiar.	---	---	.393	---	.412	.338	---	---	.427	---	---	---

		Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 3 factores			Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 4 factores				Saturaciones en la matriz rotada de la solución de 5 factores				
78	El terrorismo no va a acabar nunca, nadie tiene ningún control ni ninguna capacidad de afrontarlo.	---	---	---	---	.339	---	---	---	.337	---	---	---
79	Las creencias ideológicas o espirituales son completamente inútiles para enfrentar o superar acontecimientos tan negativos como un atentado terrorista	---	.316	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
80	<i>Aunque difícil, es posible expresar o comunicar todo lo que supone sufrir un atentado terrorista.</i>	---	---	---	---	---	.339	---	---	---	---	---	---
81	<i>Es posible aprender de los errores que cometemos.</i>	-.420	---	.418	---	---	.593	---	.561	---	---	---	---
82	<i>Las personas, aún después de sufrir un atentado terrorista, pueden ser capaces de querer/amar a otras personas.</i>	-.358	---	.372	---	---	.544	---	.475	---	---	---	---
83	Sufrir un atentado terrorista es algo humillante y vergonzoso.	---	.327	---	.485	---	---	---	---	---	.503	---	---
84	El destino determina nuestras vidas.	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nota: Con el fin de facilitar la lectura de la tabla, las saturaciones, en valor absoluto, menores de .30 no se presentan.

A la hora de tomar una decisión acerca de cuál de los tres análisis factoriales utilizar finalmente para formar los ítems de la versión definitiva de la EADT, se tomaron en consideración los contenidos de los ítems que, en cada solución factorial, componían cada factor. Así mismo, se les dio más peso explicativo a aquellos ítems cuyas saturaciones mostraban una magnitud (en valor absoluto) mayor.

Comenzando por la solución factorial que trata de ajustar los datos a tres factores, vemos que, en el factor 1 (compuesto por 19 elementos), los ítems cuyas saturaciones son mayores son *“Después de sufrir un atentado es posible volver a ser feliz”* (saturación de -.784) *“Tras sufrir un atentado terrorista, la vida se vuelve completamente incontrolable”* (saturación de .728) y *“Cuando sufres un atentado terrorista, sigues viviendo pero tu vida ya no tiene sentido”* (saturación de .671). Vemos pues que en lo que respecta a esta factor, la temática abordada por los ítems que más lo saturan trata sobre el concepto de irreversibilidad del daño sufrido y la cronificación del malestar. Si analizamos el conjunto de elementos encontramos que la mayoría de los ítems (73.7%) expresan la idea de la irreversibilidad del daño o la cronificación del malestar, estando el resto de ítems más centrados en temáticas relativas al mundo como un lugar peligroso (15.8%) o a la intolerancia al sufrimiento (10.5%).

En el factor 2 (compuesto por 15 elementos) los ítems que muestran una mayor saturación son *“Las personas que nos rodean son unas hipócritas”* (saturación de .737), *“A la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas”* (saturación de .709) y *“La sociedad siempre responsabiliza a las víctimas del terrorismo por lo que les ha pasado (piensan “algo habrá hecho él o ella para que le pase eso”* (saturación de .707). La temática en este caso parece estar volcada sobre la idea de que el conjunto de la sociedad; todo lo relativo a las demás personas, es negativo. Aunque hay otros elementos que abordan temáticas que puedan estar más asociadas a la idea de que el mundo es un lugar

peligroso, la mayoría de los ítems (80%) están claramente asociados a la temática de la visión negativa de la sociedad y del ser humano.

Por último, el factor 3 de esta solución factorial está compuesto por únicamente dos elementos, cuyas saturaciones, además, están muy cerca del punto de corte (.415 y .404). Las temáticas abordadas por estos dos ítems tienen que ver con una idea rígida del bien y del mal, es decir, con la idea de que hay personas buenas y malas, dicotomizando dicha cualidad.

Las conclusiones que podemos extraer del análisis cualitativo del contenido de los ítems de la solución factorial ajustada a 3 factores es que los ítems contenidos en cada uno de los factores expresan ideas bastante homogéneas entre sí, destacando las temáticas de irreversibilidad del daño y/o cronificación del malestar, visión negativa de la sociedad y del ser humano y dicotomía bueno/malo, si bien este último factor solo está representado por dos ítems que, además, saturan muy poco en su factor.

Analizando la solución factorial ajustada para cuatro factores, vemos que el factor 1 (compuesto por 18 elementos) solo comparte tres ítems con el factor 1, cuatro con el factor 2 y ninguno con el factor 3 de la solución factorial ajustada a tres factores, lo que indica que será un factor *a priori* diferente de los vistos en la solución factorial anterior. En este factor, los ítems que presentan saturaciones mayores son “*Después de sufrir un atentado, ya estás gafado para toda la vida. Todo lo que intentes, te saldrá mal*” (saturación de .689) y “*Si no vigilas y controlas todo es muy probable que te ocurra algo horrible*” (saturación de .683). Estos ítems parecen abordar la idea de que el mundo, tras un atentado terrorista, se convierte en un lugar más hostil de lo que solía serlo. Analizando el conjunto de ítems del factor, vemos que esta idea queda representada por un número elevado de ítems (44.4%), si bien también hay ítems más relacionados con la culpa, la visión negativa de la sociedad y los derechos que deberían tener las víctimas.

El factor 2 (compuesto por 9 ítems) se corresponde claramente con el factor 2 de la solución factorial de tres factores, pues 8 de los 9 elementos de este factor están también en la solución factorial vista anteriormente. Los ítems con unos índices de saturación mayor son “*A la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas*” (saturación de .751) y “*los seres humanos son egoístas, solo piensan en sí mismos; eso es intolerable*” (saturación de .749). La temática continúa siendo la visión negativa de la sociedad y del ser humano en general, con todos los ítems del factor representando esta idea (hecho que aventaja al factor 2 de la solución factorial de tres factores, que además de esta idea también representaba la idea de que el mundo era un lugar peligroso).

El factor 3 de esta solución factorial de cuatro factores incluye a los dos elementos del factor 3 de la solución factorial de tres factores y añade otros 5 ítems, dando un total de siete elementos. Los ítems que más saturan en el factor son “*Hacer sufrir a los demás es algo horrible/intolerable*” (saturación de .594) y “*es posible aprender de los errores que cometemos*” (saturación de .593). La mayoría de los ítems de este factor (85.7%) están relacionados con la temática de la idea rígida del bien y del mal.

Por último, el factor 4 de esta solución factorial se corresponde en parte con el factor 1 de la solución factorial de tres factores, dado que 6 de los 12 elementos también aparecen en el factor 1 de esa solución factorial. Los ítems que más saturan en el factor 4 son “*La ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer*” (saturación .764), “*Las consecuencias negativas de un atentado son reversibles; no están grabadas a fuego en tu cerebro*” (saturación -.724) y “*El malestar emocional que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer*” (saturación de .682). La temática abordada por estos ítems, así como por el grueso de los demás que componen el factor tiene que ver con la irreversibilidad del daño.

Resumiendo, la solución factorial de 4 factores tiene un primer factor que aborda la idea de que el mundo es un lugar hostil y/o peligroso, un segundo factor acerca de una visión negativa de la sociedad y del ser humano, un tercer factor que habla predominantemente de una idea rígida del bien y del mal y un cuarto factor que trata el tema de la cronificación del malestar o de la irreversibilidad del daño sufrido.

La última solución factorial que analizaremos y compararemos es la que trata de ajustarse a un modelo de 5 factores.

El factor 1 de esta solución factorial es casi idéntico al factor 3 de la solución factorial de cuatro factores (únicamente se añade el ítem “*La mentira es algo horrible e inaceptable*”). A pesar de que tienen los mismos ítems, en el caso de esta solución factorial de cinco factores los ítems que más saturan son diferentes a los de la solución factorial de cuatro factores, en concreto son “*Es inconcebible que en el mundo en el que vivimos la gente muera de una forma tan cruel como en un atentado terrorista*” (saturación de .605) y “*En el mundo hay gente mala y gente buena; gente de la que te puedes fiar y gente de la que no*” (saturación de .604). Estos ítems abordan la idea de la rigidez en la dicotomía bueno/malo o bien/mal.

El factor 2 de esta solución factorial de cinco factores es idéntica en cuanto a los elementos que la componen, así como en cuanto a los ítems que más saturan el factor, al factor 2 de la solución factorial para cuatro factores que, como veíamos, tiene que ver con una visión negativa de la sociedad y del ser humano en general.

El factor 3 (compuesto por 16 elementos) es muy similar al factor 1 de la solución factorial para cuatro factores, compartiendo con ella todos los ítems salvo uno. Los ítems que más saturan en este factor son “*Si anticipas todas las cosas malas que te pueden pasar en la vida, cuando ocurran no te harán tanto daño porque estarás preparado*” (saturación de .735), “*Después de sufrir un atentado, ya estás gafado para toda la vida. Todo lo que intentes, te saldrá mal*” (saturación de .680) y “*Si no vigilas y controlas todo es muy probable que te ocurra*

algo horrible” (saturación de .653). Al igual que en el factor 1 de la solución factorial para cuatro factores, estos ítems parecen abordar la idea de que el mundo, tras un atentado terrorista, se convierte en un lugar más hostil de lo que solía serlo. Analizando el conjunto de ítems del factor, vemos que esta idea predomina por encima del resto, si bien también hay ítems más relacionados con la visión negativa de la sociedad y del ser humano y con la irreversibilidad del daño sufrido.

El factor 4 (compuesto por 5 elementos) es, igualmente, muy similar al factor 4 de la solución factorial para cuatro factores, compartiendo con ésta todos los ítems menos uno. Los elementos que saturan más al factor son “*El malestar emocional que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer*” (saturación de .841), “*La ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer*” (saturación de .832) y “*ver en persona a las personas que han cometido un atentado terrorista contra ti o algún ser querido sería algo insoportable*” (saturación de .712). Al igual que sucedía en el factor 4 de la solución factorial para cuatro factores, estos ítems abordan la temática de la cronificación de los síntomas o la irreversibilidad del daño sufrido.

Por último, el factor 5 (compuesto por 6 elementos) queda comprendido en su mayoría (83.3%) por ítems contenidos en el factor 1 de la solución factorial para tres factores. Los ítems que saturan más al factor son “*Es posible ser una persona normal a pesar de haber sufrido un atentado terrorista*” (saturación de .704) y “*Aprender a manejar las emociones para que no lleguen a dominarte es posible*” (saturación de .584). Analizando el conjunto de ítems del factor vemos que las ideas que abordan tienen que ver con la irreversibilidad del daño sufrido y la cronificación del malestar, de forma similar a cómo hacía el factor anterior.

En resumen, la solución factorial para cinco factores tiene un primer y un tercer factor relacionado con la idea de que el mundo es un lugar peligroso, un segundo factor cuyos elementos contienen la idea de una visión negativa de la sociedad y del ser humano y un cuarto

y un quinto factor que aborda la temática de la cronificación de los síntomas y la irreversibilidad del daño sufrido. Como vemos, en esta solución factorial diferentes temáticas se abordan en un mismo o varios factores, lo que no permite realizar una interpretación psicológica de aquello que se está midiendo, condición que desaconsejaría su uso.

Finalmente, se decidió optar por la solución factorial de cuatro factores por las razones que se exponen a continuación: (1) la escala global y tres de las subescalas cuentan con índices de fiabilidad altos (por encima de .80); (2) los ítems incluidos en cada factor son bastante homogéneos en cuanto a las temáticas que abordan lo que facilita realizar una interpretación psicológica de la medida; (3) la solución factorial para tres factores cuenta con un factor que incluye únicamente dos ítems con temáticas dispares, además de tener un índice de consistencia interna muy bajo ($\alpha = .079$); (4) en la solución factorial para cinco factores aparecen diferentes temáticas abordadas dentro de un mismo factor, así como en diferentes factores, y (5) cuatro era el número de factores que aparecía sugerido con mayor frecuencia por los distintos procedimientos realizados para identificar los factores a extraer, siendo sugerido por los dos gráficos de sedimentación de Cattell y por el análisis paralelo optimizado realizado sobre la matriz de correlaciones policóricas (véase la Tabla 26).

Así pues, se escogió la solución factorial de cuatro factores, si bien una vez escogida fue sometida a ciertas variaciones con el objetivo de aumentar la fiabilidad, crear factores más homogéneos y potenciar sus propiedades psicométricas.

7.2.4. Composición de la versión definitiva de la EADT, fiabilidad de la escala y de las subescalas.

La primera modificación realizada sobre la solución factorial de cuatro factores escogida fue eliminar el factor 3, aquel que se componía de 7 ítems, pero cuya fiabilidad era de solo .192. La mayoría de los ítems de este factor (85.7%) están relacionados con la temática de la

idea rígida del bien y del mal. Esta decisión se tomó con el fin de reducir los ítems de la versión definitiva de la EADT, eliminar los problemas de interpretación psicológica de la escala y de aumentar la fiabilidad de la escala total. Además, la baja consistencia interna del factor indica que no es un buen instrumento de medida, sea lo que sea lo que esté midiendo.

Los tres factores restantes fueron sometidos a modificaciones con el objetivo de aumentar la homogeneidad de las temáticas tratadas en cada factor, así como la consistencia interna de cada uno de ellos y de la escala global. Del factor 1, aquel cuyos 18 ítems abordaban la temática de que el mundo era un lugar hostil y peligroso, se eliminaron 8 ítems (los ítems 14, 16, 20, 39, 53, 68, 74 y 83) y se añadieron 3 ítems (los ítems 52, 66, 73), aquellos cuyas saturaciones en el ítem estaban por encima de .400, independientemente de que tuvieran saturaciones por encima de .300 en el resto de los factores. Este cambio logró que la temática del factor fuese más homogénea, al tiempo que se acortaba la escala, sin que esto tuviera un gran impacto en la fiabilidad (varió de .873 a .867). Del factor 2, aquel cuyos 9 ítems abordaban la temática de la visión negativa de la sociedad y el ser humano, se eliminó únicamente un ítem (el ítem 65) lo que incluso aumentó de forma mínima la fiabilidad (varió de .854 a .855). Por último, del factor 4, cuyos 13 ítems trataban sobre la cronificación de la sintomatología y la irreversibilidad del daño sufrido, se eliminaron 3 ítems (los ítems 2, 7 y 13) y se incluyeron 3 ítems (los ítems 8, 9 y 27), aquellos que, al igual que lo realizado en el factor 1, tenían saturaciones por encima de .400 en el factor 4, independientemente de que tuvieran saturaciones por encima de .300 en el resto de los factores. En el caso del ítem 13 se eliminó dado que las saturaciones que presentaban tenían un valor negativo, cuando el ítem estaba formulado de forma directa, con lo que se esperaba obtener una saturación positiva. Con este cambio se consiguió dar más homogeneidad al factor, facilitar su interpretación psicológica y aumentar la consistencia interna de .831 a .872. Con estas variaciones la versión definitiva de la EADT quedó compuesta por un total de 34 ítems que se distribuían en tres factores: factor 1 de “mundo peligroso”,

formado por 13 ítems ($\alpha = .867$); factor 2 de “visión negativa del ser humano”, formado por 8 ítems ($\alpha = .855$), y factor 3 de “cronificación del malestar”, formado por 13 ítems ($\alpha = .872$). Como las subescalas que correspondían a estos tres factores mostraban correlaciones superiores a 0,40 entre ellas, tal y como se detallará más adelante, tenía sentido hablar de una puntuación total en actitudes disfuncionales traumáticas a partir de los 34 ítems de la escala, ya que, además, la fiabilidad de esa puntuación total era de .927. En la tabla 29 puede verse la escala final de la EADT, así como a qué factor corresponde cada uno de los ítems.

Tabla 29. Versión definitiva de la EADT.

	Ítem	F ₁	F ₂	F ₃
1	Es posible ser feliz aunque hayan asesinado a algún ser querido en un atentado terrorista.			x
2	Hablar o expresar tus sentimientos es un signo de debilidad y te convierte en una persona mucho más vulnerable.	x		
3	El enorme malestar emocional que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.			x
4	La ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.			x
5	Cuando sufres un atentado terrorista, sigues viviendo pero tu vida ya no tiene sentido.			x
6	Tras sufrir un atentado terrorista, la vida se vuelve completamente incontrolable.			x
7	Tras un atentado terrorista, únicamente los sentimientos de rabia y de ira te impulsarán a seguir luchando.	x		
8	Es imposible ser feliz si te quedas solo tras un atentado terrorista.			x
9	Lo único que el mundo quiere de verdad de las víctimas del terrorismo es sacar algún beneficio (económico, político o social) de ellas.		x	
10	La ansiedad es una emoción que puede manejarse.			x
11	Las consecuencias negativas de un atentado son reversibles; no están grabadas a fuego en tu cerebro.			x
12	Después de sufrir un atentado es posible volver a ser feliz.			x
13	Para ser feliz, no es necesario comprender por qué me sucedió el atentado.			x
14	Cuando te ha pasado algo malo es seguro que eso mismo te volverá a ocurrir.	x		
15	Recordar el atentado que sufrí siempre será malo y me hará empeorar			x
16	Después de sufrir un atentado, ya estás gafado para toda la vida.	x		

	Ítem	F ₁	F ₂	F ₃
17	Si no vigilas y lo controlas todo, es muy probable que te ocurra algo horrible.	x		
18	Todo lo malo que nos ocurre a las víctimas del terrorismo es consecuencia del atentado.	x		
19	Es posible ser una persona normal a pesar de haber sufrido un atentado terrorista.			x
20	La gente te hará daño si te ve fuerte.	x		
21	Si estás bien, antes o después te pasará algo malo.	x		
22	Si sufres un atentado terrorista, siempre encontrarás algo ajeno a ti que te impida seguir adelante.	x		
23	Si anticipas todas las cosas malas que te pueden pasar en la vida, cuando ocurran no te harán tanto daño porque estarás preparado.	x		
24	En este mundo los malos ganan y los buenos pierden.	x		
25	Los gobiernos nunca harán nada de verdad por ayudar a las víctimas del terrorismo.		x	
26	Después de sufrir un atentado terrorista, la vida se queda totalmente truncada.			x
27	Si los demás te ven vulnerable y perciben que pueden hacerte daño, te lo harán.	x		
28	La gente siempre se dedica a juzgar negativamente a los demás.		x	
29	La gente que no ha sufrido un atentado terrorista nunca podrá comprenderte.		x	
30	A la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas.		x	
31	La sociedad siempre responsabiliza a las víctimas del terrorismo por lo que les ha pasado (piensan “algo habrá hecho él o ella para que le pase eso”).		x	
32	Si supero las cosas terribles que me han pasado en relación al atentado y sus consecuencias, la sociedad me juzgará mal.	x		
33	Los seres humanos son egoístas, solo piensan en sí mismos.		x	
34	Las personas que nos rodean son unas hipócritas.		x	

Nota: F₁: factor 1 de “mundo peligroso”; F₂: factor 2 de “visión negativa del ser humano”; F₃: factor 3 de “cronificación del malestar”.

7.2.5. Índice de homogeneidad y fiabilidad de los ítems de la escala definitiva de la EADT en la muestra de desarrollo.

Por otro lado, también se llevaron a cabo análisis del índice de homogeneidad (IH) con cada ítem en esta muestra de desarrollo, con el objetivo de valorar la contribución que cada

ítem hace a la escala. Para ello, se calculó el IH de cada ítem y su contribución al α total de la escala (mediante la consideración del α corregido de la escala sin la inclusión del ítem). En la tabla 30 puede verse el IH de cada ítem para la escala global y para la subescala a la que pertenece, el valor de α corregido para cada subescala y el valor de α corregido para la escala global de cada ítem.

Tabla 30. Índice de homogeneidad para la escala global, índice de homogeneidad para la subescala a la que pertenece el ítem, α corregido para cada subescala y α corregido para la escala global de cada ítem.

Ítem	IH global	IH subescala	α subescala sin ítem	α global sin ítem
Factor “mundo peligroso” ($\alpha = .867$)				
2. Hablar o expresar tus sentimientos es un signo de debilidad y te convierte en una persona mucho más vulnerable.	.483**	.490**	.861	.925
7. Tras un atentado terrorista, únicamente los sentimientos de rabia y de ira te impulsarán a seguir luchando.	.513**	.460**	.865	.925
14. Cuando te ha pasado algo malo es seguro que eso mismo te volverá a ocurrir.	.463**	.501**	.859	.926
16. Después de sufrir un atentado, ya estás gafado para toda la vida.	.658**	.682**	.850	.924
17. Si no vigilas y lo controlas todo, es muy probable que te ocurra algo horrible.	.617**	.665*	.850	.924
18. Todo lo malo que nos ocurre a las víctimas del terrorismo es consecuencia del atentado.	.598**	.564**	.856	.924
20. La gente te hará daño si te ve fuerte.	.438**	.461**	.862	.926
21. Si estás bien, antes o después te pasará algo malo.	.520**	.594**	.854	.925
22. Si sufres un atentado terrorista, siempre encontrarás algo ajeno a ti que te impida seguir adelante.	.666**	.617**	.854	.924
23. Si anticipas todas las cosas malas que te pueden pasar en la vida, cuando ocurran no te harán tanto daño porque estarás preparado.	.416**	.506**	.859	.926
24. En este mundo los malos ganan y los buenos pierden.	.423**	.481**	.861	.926
27. Si los demás te ven vulnerable y perciben que pueden hacerte daño, te lo harán.	.551**	.538**	.858	.925
32. Si supero las cosas terribles que me han pasado en relación al atentado y sus consecuencias, la sociedad me juzgará mal.	.494**	.492**	.860	.925
Factor “visión negativa de la sociedad y del ser humano” ($\alpha = .855$)				
9. Lo único que el mundo quiere de verdad de las víctimas del terrorismo es sacar algún beneficio (económico, político o social) de ellas.	.416**	.543**	.844	.926
25. Los gobiernos nunca harán nada de verdad por ayudar a las víctimas del terrorismo	.413**	.541**	.844	.926

Ítem	IH global	IH subescala	α subescala sin ítem	α global sin ítem
28. La gente siempre se dedica a juzgar negativamente a los demás.	.521**	.561**	.842	.925
29. La gente que no ha sufrido un atentado terrorista nunca podrá comprenderte.	.573**	.596**	.838	.924
30. A la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas.	.525**	.699**	.825	.925
31. La sociedad siempre responsabiliza a las víctimas del terrorismo por lo que les ha pasado (piensan “algo habrá hecho él o ella para que le pase eso”).	.512**	.663**	.829	.925
33. Los seres humanos son egoístas, solo piensan en sí mismos.	.435**	.622**	.835	.926
34. Las personas que nos rodean son unas hipócritas.	.462**	.560**	.842	.926
Factor “cronificación del malestar” ($\alpha = .872$)				
1. Es posible ser feliz aunque hayan asesinado a algún ser querido en un atentado terrorista.	.445**	.472**	.867	.926
3. El enorme malestar emocional que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.	.544**	.568**	.861	.925
4. La ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.	.582**	.653**	.856	.924
5. Cuando sufres un atentado terrorista, sigues viviendo pero tu vida ya no tiene sentido.	.685**	.676**	.855	.923
6. Tras sufrir un atentado terrorista, la vida se vuelve completamente incontrolable.	.694**	.689**	.855	.923
8. Es imposible ser feliz si te quedas solo tras un atentado terrorista.	.356**	.426**	.869	.927
10. La ansiedad es una emoción que puede manejarse.	.366**	.403**	.870	.927
11. Las consecuencias negativas de un atentado son reversibles; no están grabadas a fuego en tu cerebro.	.336**	.467**	.867	.928
12. Después de sufrir un atentado es posible volver a ser feliz.	.620**	.652**	.858	.924
13. Para ser feliz, no es necesario comprender por qué me sucedió el atentado.	.427**	.474**	.866	.926
15. Recordar el atentado que sufrí siempre será malo y me hará empeorar	.553**	.579**	.861	.925
19. Es posible ser una persona normal a pesar de haber sufrido un atentado terrorista.	.434**	.503**	.865	.926
26. Después de sufrir un atentado terrorista, la vida se queda totalmente truncada.	.535**	.574**	.861	.925

Nota: (**): significativo al .001.

Como puede verse en la tabla 30, al analizar el índice de homogeneidad de los ítems para la escala total de la EADT, así como para las tres subescalas, encontramos que todos los valores son superiores a .300 y estadísticamente significativos, lo que señala que todos los ítems

incluidos aportan a dotar a la EADT de una buena homogeneidad, facilitando así su interpretación y utilidad clínica. Aparte, a la hora de analizar la aportación de los ítems a la consistencia interna tanto de la escala global de la EADT como de cada una de las tres subescalas, vemos que solo un ítem, el ítem 11, no contribuye a mejorar la consistencia interna y, de hecho, repercute de forma negativa en este estadístico. No obstante, se decidió mantener el ítem por el contenido psicológico que aportaba.

7.2.6. Correlaciones entre factores y con la escala global de la EADT

Por otro lado, las correlaciones de los tres factores entre sí y con la escala global, tal y como puede verse en la tabla 31, tienen un valor suficiente para afirmar que todos los factores están relacionados entre sí, lo que permite dar una interpretación de la escala global de la EADT, así como inferir la idea de que todos los factores miden, en última instancia, aspectos relacionados entre sí.

Tabla 31. Correlaciones entre factores y con la escala global

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Total
Factor 1	1			
Factor 2	.597	1		
Factor 3	.659	.413	1	
Total	.898	.741	.868	1

7.2.7. Análisis de la influencia del sexo y la edad en las puntuaciones de la EADT

Aparte, se realizaron análisis de cara a examinar la influencia del sexo y la edad en las puntuaciones obtenidas en la escala global de la EADT y en las tres subescalas. Los resultados indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de ninguna de las subescalas ni de la escala total de la EADT en función del sexo: escala global, $Z = .784, p > .05$; factor “mundo peligroso”, $Z = .718, p > .05$; factor “visión negativa de la sociedad y del ser humano”, $Z = 1.371, p > .05$; y factor “cronificación del malestar”, $Z = 1.350,$

$p > .05$. Así mismo, los resultados indicaron que no existían tampoco diferencias en las puntuaciones de ninguna de las escalas ni de la escala total de la EADT en función de la edad, para lo cual se conformaron cuatro grupos en función de diferentes rangos de edad (18-35 años/36-50 años/51-65 años/mayores de 65 años): escala global $\chi^2(3, N = 253) = 5.483, p > .05$; factor “mundo peligroso” $\chi^2(3, N = 253) = 4.083, p > .05$; factor “visión negativa del ser humano y de la sociedad” $\chi^2(3, N = 253) = 2,591, p > .05$; y factor “cronificación del malestar” $\chi^2(3, N = 253) = 3.210, p > .05$.

7.2.8. Análisis de la validez nomológica de la EADT con la muestra de desarrollo

Como puede observarse en la tabla 32, tanto la escala global de la EADT como sus subescalas de mundo peligroso y de cronificación del malestar mostraron correlaciones estadísticamente significativas y moderadas o grandes con todas las medidas de estrés postraumático, depresión y actitudes disfuncionales depresivas tomadas en el presente estudio (PCL-S, BDI-II y DAS-R, respectivamente), mientras que la subescala de visión negativa del ser humano, aunque también mostró correlaciones significativas con todas esas medidas, tan solo en el caso de la puntuación global y de la puntuación de perfeccionismo de la medida actitudes disfuncionales depresivas (DAS-R), tales correlaciones fueron superiores a .30, que se considera un tamaño del efecto moderado según los estándares habituales (Cohen, 1988).

Tabla 32. Correlaciones de la EADT con medidas de síntomas de estrés postraumático, de síntomas depresivos y de actitudes disfuncionales depresivas

Medidas	Subescalas de la EADT			
	Total	Mundo peligroso	Visión negativa de la sociedad	Cronificación del malestar
Síntomas de TEPT (PCL-S)	.57	.53	.27	.58
Síntomas depresivos (BDI-II)	.49	.51	.26	.46

Actitudes disfuncionales depresivas (DAS-R total)	.65	.64	.45	.57
Actitudes disfuncionales depresivas de dependencia (DAS-R dependencia)	.53	.52	.28	.52
Actitudes disfuncionales depresivas de perfeccionismo (DAS-R perfeccionismo)	.62	.61	.49	.51

Nota. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas con $p < .001$ (bilateral). En negrita las correlaciones que, según los estándares de Cohen (1988), representan un tamaño del efecto moderado ($r \geq .30$) o grande ($r \geq .50$). El tamaño de la muestra de víctimas con las que se obtuvieron las correlaciones de la EADT con la PCL-S fue $N = 243$, con el BDI-II, $N = 134$, y con la DAS-R, $N = 133$.

Dada la elevada relación teórica y empírica que existe entre el TEPT y la depresión, relación que en este estudio se reflejó en una correlación significativa de tamaño muy grande entre la PCL-S y el BDI-II de $r(128) = .847, p < .001$, se examinaron las relaciones de la EADT con la medida de síntomas de TEPT controlando el efecto de la medida de depresión y viceversa.

Las correlaciones parciales entre la EADT y la medida de sintomatología de estrés postraumático (PCL-S), tras controlar el efecto de la medida de sintomatología depresiva (BDI-II), no relevaron relaciones estadísticamente significativas del estrés postraumático ni con la subescala de mundo peligroso, $r(123) = .118, p = .188$, ni con la subescala de visión negativa de la sociedad y del ser humano, $r(123) = -.006, p = .951$, pero, en cambio, sí revelaron relaciones estadísticamente significativas para la escala global, $r(123) = .172, p < .05$, y la subescala de cronificación del malestar, $r(123) = .275, p < .002$, alcanzando casi un tamaño del efecto medio en el caso de esta última.

Por su parte, tras controlar el efecto de la medida de estrés postraumático (PCL-S), las correlaciones parciales de la medida de depresión (BDI-II) con la EADT no fueron estadísticamente significativas para la subescala de visión negativa de la sociedad y del ser humano, $r(123) = .154, p = .087$, ni para la subescala de cronificación del malestar, $r(123) =$

.064, $p = .478$, ni para la escala global, $r(123) = .161$, $p = .073$, pero sí para la subescala de mundo peligroso, $r(123) = .201$, $p < .024$.

7.2.9. Análisis de la validez de grupos contrastados de la EADT con la muestra de desarrollo.

Las medias y desviaciones típicas en la EADT para los tres grupos clínicos de víctimas formados (con TEPT, con otros trastornos emocionales y sin trastornos) se recogen en la tabla 33. Los resultados de los ANCOVA revelaron que, controlando el sexo y la edad, el grupo clínico mostró un efecto estadísticamente significativo sobre todas las medidas de la EADT (todas las pruebas F fueron significativas con $p < ,001$), salvo sobre la subescala de visión negativa de la sociedad y del ser humano. Es más, en el caso de la escala global y de la subescala de cronificación del malestar los tamaños del efecto del grupo fueron grandes ($\eta_p^2 = .151$ y $.22$, respectivamente, ambos mayores de $.1379$ que se considera un tamaño del efecto grande; Cohen, 1988), mientras que, en la subescala de mundo peligroso, el efecto fue medio ($\eta_p^2 = .10$).

Las posteriores comparaciones entre pares de grupos con pruebas de Bonferroni revelaron resultados semejantes para la escala global y para las subescalas de cronificación del malestar y de mundo peligroso (véase la tabla 32): el grupo de víctimas con TEPT y el grupo de víctimas con otros trastornos emocionales mostraron puntuaciones significativamente más elevadas en esas medidas de la EADT que las víctimas sin trastorno, mientras que no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos con trastornos emocionales (TEPT y otros trastornos).

Tabla 33. Medias y desviaciones típicas (*DT*) de las puntuaciones en la escala global y en las tres subescalas de la EADT de los grupos de víctimas con TEPT, con otros trastornos emocionales (depresivos o de ansiedad) y sin trastornos emocionales

Subescala o escala	TEPT (<i>n</i> = 14)		Otros trastornos (<i>n</i> = 34)		Sin trastornos (<i>n</i> = 85)	
	Media	<i>DT</i>	Media	<i>DT</i>	Media	<i>DT</i>
Mundo peligroso	33.14 ^a	9.30	33.23 ^a	10.25	26.94 ^b	12,11
Visión negativa de la sociedad	25.28 ^a	7.56	25.70 ^a	6.78	23.04 ^a	7.29
Cronificación del malestar	45.00 ^a	9.89	39.41 ^a	10.08	30.74 ^b	9.67
Total	103.42 ^a	22.56	98.35 ^a	22.79	80.79 ^b	22.48

Nota. Las medias que muestran superíndices distintos en una misma fila difieren de forma estadísticamente significativa (pruebas de Bonferroni) con $p < ,05$.

Capítulo 8.

Fase III. Validación de la Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas

El objetivo de esta tercera fase fue realizar la validación de la EADT, para lo cual se administró a una nueva muestra de víctimas del terrorismo la escala de 34 ítems presentada en el capítulo anterior, así como otras pruebas relacionadas, entre las que se cuentan una entrevista semi-estructurada, una entrevista diagnóstica y diferentes cuestionarios. A continuación se realizaron sobre la EADT análisis de fiabilidad, de validez convergente, discriminante, predictiva y clínica.

8.1. Método de la fase de validación de la Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas

8.1.1. Participantes

Para esta tercera fase de validación se reclutó a una nueva muestra de víctimas del terrorismo que estaban asociadas en la AVT. En un primer momento se trató de contactar a través de una llamada telefónica con un total de 1123 víctimas adultas (víctimas directas o familiares o allegados de heridos o fallecidos en atentados terroristas) provenientes de Madrid, País Vasco, Navarra, Cantabria, Asturias y Andalucía. Se logró contactar con un total de 814 víctimas (72.5%), de las cuales 531 (65.2%) aceptaron realizar una entrevista semi-estructurada telefónica de cribado. A estas 531 víctimas se les volvió a contactar pasado un período entre uno y tres meses para que realizaran una entrevista diagnóstica presencial acompañada de una batería de instrumentos entre los que se contaba la versión definitiva de la EADT, cuestionarios de sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva, instrumentos de funcionamiento, de creencias, etc. Finalmente, 221 (41.61%) víctimas aceptaron realizar la entrevista diagnóstica. Por otro lado, con el objetivo de aumentar el tamaño de la muestra se enviaron por correo postal, al igual que lo explicado en la fase anterior, un total de 562 cartas a víctimas de varias regiones de España que habían realizado la entrevista presencial en el contexto de un proyecto de investigación anterior en el que se les pedía que rellenaran una serie de datos sociodemográficos actualizados, la EADT y la PCL. De las 562 cartas enviadas, 119 (21.2%) fueron devueltas

debidamente cumplimentadas. Los datos obtenidos a través de la carta fueron utilizados únicamente para realizar los análisis de fiabilidad pertinente, análisis de validez predictiva y análisis de validez convergente. Así pues, la muestra final de víctimas del terrorismo alcanzó los 340 participantes. Las características sociodemográficas del grupo de víctimas y del atentado sufrido por ellas pueden verse en la tabla 34.

Tabla 34. Características sociodemográficas y del atentado de la muestra

Características (<i>n</i> = 340)	
Media de edad (desviación típica)	53.90 (13.83)
Sexo	
% hombres	50.6
Estado civil	
% casados/as o conviviendo con pareja estable	68.1
% solteros/as	11.8
% viudos/as	12.7
% separados/as o divorciados/as	7.3
Comunidad de procedencia	
% Andalucía	29.9
% Asturias	6.2
% Cantabria	4.1
% Galicia	4.7
% Madrid	23.4
% Navarra	6.2
% País Vasco	16
% Valencia	4.7
% Otros	4.8
Estudios	
% personas sin estudios o con estudios primarios	23.9
% personas con estudios de secundaria o bachillerato	22.4
% de personas con formación profesional	21.8
% de personas con estudios superiores	31.8
Trabaja	
% no tiene trabajo	57.4
Media de años desde el atentado (desviación típica)	28.69 (10.05)
Tipo de víctima	
% heridos	36.8
% Familiar de primer grado	60.2
% Familiar de segundo grado	3
Autoría atentado	
% ETA	75.8
% Al-Qaeda	10.4
% Otros	13.8
Tipo de atentado	

% Coche bomba u otro tipo de explosión	44.1
% Explosión casa cuartel	8.4
% Arma de fuego	33.6
% Atentado masivo	12.6
% Otros	1.3

La media de edad del grupo de 340 víctimas (50.6% de ellas hombres) a las que se les evaluó fue de 53.90 años ($DT = 13.83$), con una media de años desde que habían sufrido el atentado de 28.69 ($DT = 10.05$). La mayoría de ellos, un 68.1% estaba casado o conviviendo con una pareja estable, más de un 30% tenía estudios superiores (grado, licenciatura, máster y/o doctorado), aunque únicamente el 42.6% estaba en una situación de empleo remunerado. En cuanto a la relación de la muestra con el atentado, la mayoría de ellos correspondían al grupo de familiares de primer grado de la víctima directa (60.2%). En un 75.8% de los casos la autoría del atentado se atribuía a la banda terrorista ETA, en un 10.4% al grupo terrorista Al-Qaeda (la mayoría de éstos víctimas del atentado del 11-M en Madrid) y el resto a otros grupos terroristas como son GRAPO, el Frente Polisario, grupos anarquistas, etc. Los métodos terroristas más destacados que sufrieron este grupo de víctimas fueron los atentados con coche bomba u otro tipo de explosión (44.1%), los atentados por arma de fuego (33.6%) y los atentados masivos (aquellos en los que el número de víctimas mortales supera la decena) (12.6%).

En cuanto a las características clínicas de la muestra (ver figura 5), únicamente se darán datos de diagnóstico del grupo de 221 víctimas que realizaron la entrevista presencial, dado que aquellos que cumplieron la versión preliminar de la EADT a través del contacto por correo postal no fueron sometidos a ningún procedimiento que permitiera establecer diagnósticos. Así pues, en el grupo de 221 víctimas, un 16% recibió un diagnóstico de TEPT, un 23.3% recibió un diagnóstico de TDM o distimia, un 9.1% recibió un diagnóstico de fobia específica, un 8.2% de trastorno de angustia y un 7.8% de TAG. Sí cabe mencionar que la mayoría de la muestra (59%) no presentó criterios que conformaran un diagnóstico de los que

se evaluaron. Aparte, las tasas de comorbilidad se mantuvieron bastante bajas. El 20.3% de los participantes recibió un solo diagnóstico, por el 20.9% que recibió dos o más diagnósticos (hasta un total de 5).

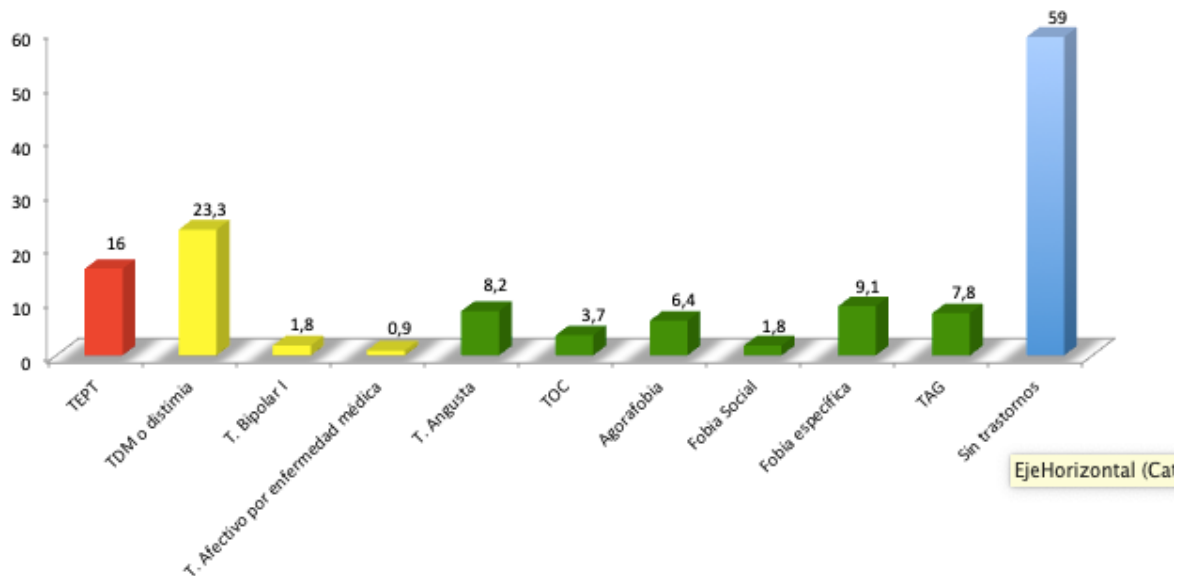


Figura 5. Prevalencia (%) de TEPT, trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad.

8.1.2. Procedimiento

El procedimiento llevado a cabo en esta tercera fase es similar al llevado a cabo en la fase anterior. Con el fin de no repetir la información y explicación, se remite al lector al epígrafe de procedimiento del método del capítulo 7 de este trabajo.

8.1.3. Instrumentos

- *Características sociodemográficas y clínicas de las víctimas y características de los atentados y sus consecuencias.* Se administró en una entrevista de evaluación realizada de forma presencial una entrevista semiestructurada creada ad hoc para un estudio anterior por M. P. García-Vera y J. Sanz y basada, en parte, en el módulo general de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders, Clinician Version, o SCID-I-VC; First, et al., 1996),

en su traducción española (First, Spitzer, Gibbon y William, 1999), y en la entrevista sobre el trauma de Foa, Hembree y Rothbaum (2007).

- Diagnóstico de TEPT y de trastornos de ansiedad y depresivos. Se administró en la entrevista de evaluación presencial los módulos F (ansiedad y otros trastornos) y A (episodios afectivos) de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I-VC, first et al., 1997), en su traducción española (First et al., 1999). La SCID-I presenta buenos índices de validez y fiabilidad (Sanz, 2013). Por ejemplo, respecto al diagnóstico del TEPT se han encontrado coeficientes de fiabilidad interjueces (kappa) de 0.77 (Lobbestael et al., 2010) y 0.88 (Zanarini et al., 2000) y un coeficiente de fiabilidad (correlación) test-retest con un intervalo de 7-10 días de 0.78 (Zanarini et al., 2000), mientras que en relación con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor se han hallado coeficientes kappa de 0.66 (Lobbestael et al., 2010) y 0.80 (Zanarini et al., 2000) y un coeficiente de fiabilidad test-retest con un intervalo de 7-10 días de 0.61 (Zanarini et al., 2000).

- Versión definitiva de la Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas (EADT): Se administró la versión presentada en el capítulo anterior.

- Sintomatología de estrés postraumático. Se administró, durante la entrevista de evaluación presencial, la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático en su versión para DSM-5 (PCL-5; Weathers et al., 2013) en su adaptación española (Sanz et al., 2016) y con las instrucciones modificadas para evaluar los efectos de los atentados terroristas experimentados por las víctimas del presente estudio. La PCL-5 está formada por 20 ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas de estrés postraumático y que cubren los síntomas de los criterios diagnósticos B (reexperimentación), C (evitación y embotamiento) y D (alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo) y E (hiperactivación) del TEPT según el DSM-5. Las instrucciones de la PCL-5 piden a la persona evaluada que en cada uno de sus 20 ítems valore mediante escalas de tipo Likert de 5 puntos el grado en que tales síntomas

le han afectado en el último mes, desde “nada en absoluto” (0) a “extremadamente” (4), de manera que la PCL proporciona una puntuación total en estrés postraumático entre 0 y 80. La PCL-5 ha mostrado índices excelentes de consistencia interna ($\alpha = .94$), índices de fiabilidad test-retest de .82, índices de validez convergente que varían entre .74 y .85 e índices de validez discriminante que varían entre .31 y .60 (Blevins, Weathers, Davis, Witte y Domino, 2015).

-Sintomatología depresiva. Se administró en la entrevista de evaluación presencial el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996), en su adaptación española (Beck et al., 2011). El BDI-II está formado por 21 grupos de afirmaciones o ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos según el DSM-5 (que comparte los mismos criterios que su versión anterior). Para cada ítem, la persona evaluada debe escoger la afirmación que mejor refleja su estado en las últimas dos semanas y que son valoradas de 0 a 3 según la gravedad que representan, de manera que el BDI-II proporciona una puntuación total en depresión con un rango de 0 a 63. Existe una abundante literatura empírica que indica que el BDI-II tiene índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Beck et al., 2011). La adaptación española ha mostrado también índices de fiabilidad y validez adecuados en muestras españolas de la población general y de pacientes con trastornos psicológicos (p. ej., $\alpha = .87$ a $.91$; Sanz, 2013).

- Sintomatología de ansiedad. Se administró en la entrevista de evaluación presencial el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988) en su adaptación española (Beck y Steer, 2011). El BAI está formado por 21 ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas de ansiedad. En cada uno de los 21 ítems la persona evaluada debe valorar en escalas de tipo Likert de 4 puntos el grado en que tales síntomas le han molestado en la última semana, desde nada (0) a grave (3), de manera que el BAI proporciona una puntuación total en ansiedad entre 0 y 63. Existe una abundante literatura empírica que indica que el BAI tiene índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Beck y Steer,

2011). La adaptación española ha mostrado también índices de fiabilidad y validez adecuados en muestras españolas de la población general y de pacientes con trastornos psicológicos (p. ej., $\alpha = .88$ a $.92$; Sanz, 2014).

- Sintomatología de inadaptación: La Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000) fue administrada en la entrevista presencial para medir la sintomatología de inadaptación. Esta escala proporciona información sobre el nivel de interferencia de los problemas actuales de una persona en distintas áreas de su vida cotidiana: trabajo/estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar. La EI está compuesta por 6 ítems en cada uno de los cuales la persona evaluada debe valorar el grado en que sus problemas actuales le han afectado en un área concreta de su vida o en general, utilizando para ello escalas de tipo Likert de “0” (“nada”) a “5” (“muchísimo”). Los primeros cinco ítems evalúan la inadaptación en cada una de las áreas anteriormente mencionadas y el sexto evalúa el grado de interferencia general en la vida normal de la persona. La EI permite obtener una puntuación que oscila entre 0 y 30 puntos. En relación con sus índices de calidad psicométrica, la puntuación total de la EI presenta índices aceptables de fiabilidad de consistencia interna y de validez discriminante y convergente en una muestra española de pacientes con diversos trastornos mentales y que incluía víctimas de sucesos traumáticos con trastorno por estrés posttraumático (Echeburúa et al., 2000). Este cuestionario sirvió también como método de cribado para la detección de personas con problemas psicológicos en general utilizando como punto de corte una puntuación total en la escala ≥ 12 , la cual, en el estudio de Echeburúa et al. (2000), permitió discriminar con una sensibilidad de 0.86 y una especificidad de 1 a pacientes con trastornos psicológicos y a personas de la población general.

8.1.4. Análisis de datos

Siguiendo con los objetivos propuestos para esta tercera fase, esto es, arrojar diferentes índices de fiabilidad y validez que informen sobre las propiedades psicométricas de la EADT, se llevaron a cabo diferentes análisis estadísticos tal y como se detalla a continuación.

En primer lugar, se realizó un nuevo análisis factorial imitando el realizado en la fase anterior con el objetivo de analizar si los resultados arrojados por aquél se mantenían en esta muestra de validación. En este nuevo análisis factorial se utilizó para su factorización la matriz de correlaciones policórica, utilizando como método de retención de ítems el método MAP de Velicer, como método de extracción el ULS y como método de rotación el promax normalizada, tratando de ajustar los datos a una solución factorial de 3 factores. Así mismo, se analizó el gráfico de sedimentación de Cattell y se tuvieron en cuenta los resultados arrojados por el estadístico de Barlett y por la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para valorar la adecuación de los datos a procedimientos de análisis factorial.

Por otro lado, el estudio de la fiabilidad del instrumento se realizó utilizando el modelo alfa de consistencia interna de Cronbach (1951), que valora la consistencia interna de la escala a partir de la correlación inter-elementos promedio. La consistencia interna se calculó para las tres subescalas (“mundo peligroso”, “visión negativa de la sociedad y del ser humano” y “cronificación del malestar”), así como para la escala que componen sus 34 ítems. Además, como índices de consistencia interna complementarios, se llevaron a cabo análisis de los índices de homogeneidad (IH) de cada uno de los ítems, con lo que se da información sobre la aportación que realiza cada ítem a la medida de la EADT y de sus subescalas. El IH se calculó a través de los índices de correlaciones de Pearson entre la puntuación en el ítem y la suma de las puntuaciones en los restantes ítems de cada subescala y de la escala global de la EADT.

Para el análisis de la validez se llevaron a cabo distintos análisis destinados a arrojar información sobre la validez de convergente, divergente, la validez predictiva y la validez clínica de la EADT.

La validez convergente se estudió a través del coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con las puntuaciones totales de la EADT, para comprobar si estas correlaciones superaban el valor de .40, ya que así el instrumento tendría una adecuada validez convergente (Hays, Hayashi y Carson, 1988). Así mismo se analizaron las correlaciones entre cada subescala de la EADT y de éstas con las puntuaciones totales de la EADT. Por último, también se estudió el número de errores encontrados en las correlaciones entre cada ítem y las demás subescalas, es decir, aquellos casos en los que el valor obtenido entre el ítem y una subescala es mayor que el obtenido con la subescala a la que pertenece.

La validez discriminante de la EADT se calculó a través del coeficiente de correlación de Pearson, en este caso entre cada subescala de la EADT (“mundo peligroso”, “visión negativa de la sociedad y del ser humano” y “cronificación del malestar”) y puntuaciones totales de la EADT con las puntuaciones de sintomatología postraumática, depresiva, de ansiedad y de inadaptación.

Para el cálculo de la validez predictiva de la escala se utilizaron las curvas COR, método mediante el cual podemos tener una representación gráfica de la sensibilidad frente a la especificidad a la hora de que la puntuación de la EADT prediga, y con qué porcentaje de aciertos y errores, un diagnóstico de TEPT, TDM u otros trastornos de ansiedad. La representación gráfica de las curvas COR permite obtener las funciones discriminantes con el punto de corte óptimo que arroja la máxima proporción de aciertos positivos con la menor proporción de falsos positivos. En este sentido también se llevaron a cabo diversos análisis de Bayes, en concreto el cálculo de la sensibilidad y especificidad, el valor predictivo positivo, el valor predictivo negativo, la eficiencia, el cociente de error y el índice de Youden tanto para la capacidad de la EADT para predecir la presencia/ausencia de un TEPT como para la capacidad de la EADT para predecir la presencia/ausencia de patología.

Por último, el estudio de la validez clínica de la EADT se llevó a cabo a través de varios ANCOVA, en todos ellos controlando la influencia tanto del sexo como de la edad, es decir, utilizando ambas variables como covariables. Los ANCOVA se llevaron a cabo tanto con la escala global de la EADT, como con cada una de las subescalas, comparando grupos en función de su diagnóstico o grupos de diagnóstico (TEPT, trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad o sin diagnóstico).

8.2. Resultados de la fase de validación de la Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas

8.2.1. Análisis factorial de replicación de la versión definitiva de la EADT

Con el objetivo de valorar si los resultados del análisis factorial escogido en el capítulo 7 se mantenían en esta nueva muestra de validación, se llevó a cabo un análisis factorial similar a aquél. Para ello, en primer lugar, se realizó un análisis de esfericidad a través del estadístico de Barlett, el cual arroja un valor de $\chi^2 = 3762.8$ ($g.l = 561$; $p = .00001$); estadísticamente significativo. Así mismo, el test de adecuación de los datos al análisis factorial calculado a través de la prueba KMO arrojó un valor de .91096, lo que indica un grado de adecuación muy bueno. Estos resultados indican la conveniencia de los datos para proceder con la realización de procedimientos de análisis factorial.

A continuación y a pesar de las limitaciones ya comentadas en el capítulo anterior, se realizó el gráfico de sedimentación de Cattell para valorar la hipótesis de que, en esta nueva muestra de validación, los datos se ajusten a una solución factorial de tres factores. El gráfico de sedimentación de Cattell puede verse en la Figura 6. Como puede observarse y apoyando la hipótesis de la existencia de tres factores, el análisis visual del gráfico de sedimentación apunta a la existencia de 3 factores, si bien un mero examen visual no permite extraer conclusiones robustas a este respecto.

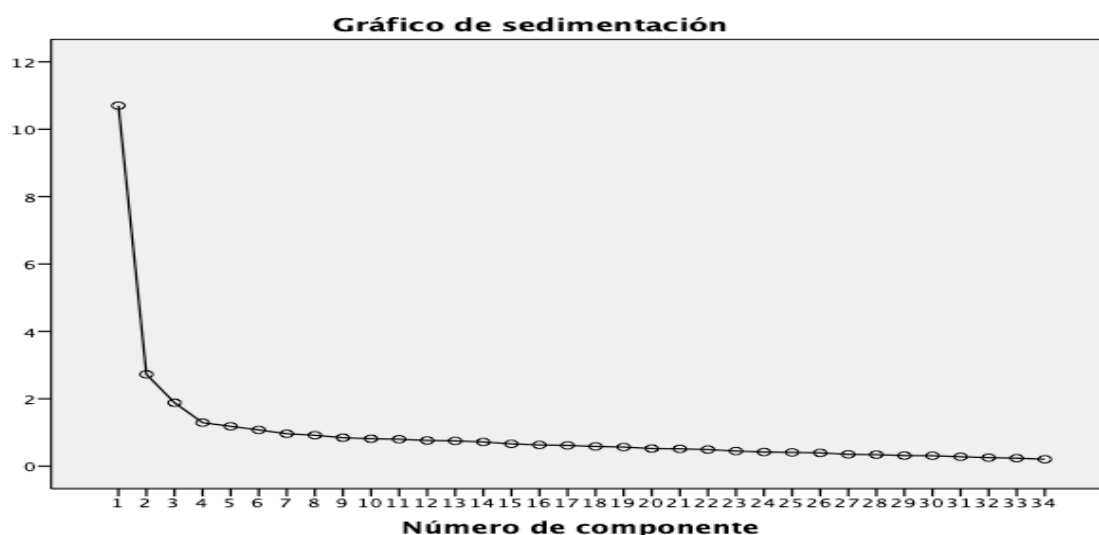


Figura 6. Gráfico de sedimentación de Cattell de la muestra de validación.

Por último, se realizó el análisis factorial propiamente dicho, utilizando para su factorización la matriz de correlaciones policóricas, como método de extracción el ULS y como método de rotación el promax normalizada, tratando de ajustar los datos a una solución factorial de 3 factores. En la tabla 35 pueden verse las saturaciones de los ítems obtenidas en la matriz factorial rotada de la solución factorial (nótese que, para hacer más cómoda la visión, se han eliminado las saturaciones inferiores a .300).

Tabla 35. Saturaciones de los ítems obtenidas en la matriz factorial rotada ajustada a 3 factores en la muestra de validación

	Ítem	F ₁	F ₂	F ₃
1	Es posible ser feliz aunque hayan asesinado a algún ser querido en un atentado terrorista.	--	--	.414
2	Hablar o expresar tus sentimientos es un signo de debilidad y te convierte en una persona mucho más vulnerable.	.475	--	--
3	El enorme malestar emocional que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.	-.335	.302	.843
4	La ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.	--	--	.863
5	Cuando sufres un atentado terrorista, sigues viviendo pero tu vida ya no tiene sentido.	--	--	.632

6	Tras sufrir un atentado terrorista, la vida se vuelve completamente incontrolable.	.489	--	.436
7	Tras un atentado terrorista, únicamente los sentimientos de rabia y de ira te impulsarán a seguir luchando.	--	--	.384
8	Es imposible ser feliz si te quedas solo tras un atentado terrorista.	--	--	.461
9	Lo único que el mundo quiere de verdad de las víctimas del terrorismo es sacar algún beneficio (económico, político o social) de ellas.	--	.561	--
10	La ansiedad es una emoción que puede manejarse.	--	--	.356
11	Las consecuencias negativas de un atentado son reversibles; no están grabadas a fuego en tu cerebro.	--	--	.631
12	Después de sufrir un atentado es posible volver a ser feliz.	.457	--	.488
13	Para ser feliz, no es necesario comprender por qué me sucedió el atentado.	--	--	.433
14	Cuando te ha pasado algo malo es seguro que eso mismo te volverá a ocurrir.	.740	--	--
15	Recordar el atentado que sufrí siempre será malo y me hará empeorar	--	--	.504
16	Después de sufrir un atentado, ya estás gafado para toda la vida.	.758	--	--
17	Si no vigilas y lo controlas todo, es muy probable que te ocurra algo horrible.	.746	--	--
18	Todo lo malo que nos ocurre a las víctimas del terrorismo es consecuencia del atentado.	.519	--	--
19	Es posible ser una persona normal a pesar de haber sufrido un atentado terrorista.	.399	--	.386
20	La gente te hará daño si te ve fuerte.	.472	--	--
21	Si estás bien, antes o después te pasará algo malo.	.576	--	--
22	Si sufres un atentado terrorista, siempre encontrarás algo ajeno a ti que te impida seguir adelante.	.523	--	--
23	Si anticipas todas las cosas malas que te pueden pasar en la vida, cuando ocurran no te harán tanto daño porque estarás preparado.	.631	--	--
24	En este mundo los malos ganan y los buenos pierden.	.561	--	--
25	Los gobiernos nunca harán nada de verdad por ayudar a las víctimas del terrorismo.	--	.587	--
26	Después de sufrir un atentado terrorista, la vida se queda totalmente truncada.	--	--	.677
27	Si los demás te ven vulnerable y perciben que pueden hacerte daño, te lo harán.	.403	.341	--

28	La gente siempre se dedica a juzgar negativamente a los demás.	--	.600	--
29	La gente que no ha sufrido un atentado terrorista nunca podrá comprenderte.	--	.586	--
30	A la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas.	--	.760	--
31	La sociedad siempre responsabiliza a las víctimas del terrorismo por lo que les ha pasado (piensan “algo habrá hecho él o ella para que le pase eso”).	--	.616	--
32	Si supero las cosas terribles que me han pasado en relación al atentado y sus consecuencias, la sociedad me juzgará mal.	.558	.386	--
33	Los seres humanos son egoístas, solo piensan en sí mismos.	--	.803	--
34	Las personas que nos rodean son unas hipócritas.	--	.609	--

Nota: F₁: factor 1 de “mundo peligroso”; F₂: factor 2 de “visión negativa del ser humano”; F₃: factor 3 de “cronificación del malestar”.

La primera conclusión que podemos extraer del análisis de este nuevo análisis factorial es que atendiendo a las saturaciones de los ítems, 31 de los 34 ítems de la EADT (91%) estarían situados en el factor que, efectivamente, le corresponde. Los tres ítems en los que esto no sucede son el ítem 6 (“*tras sufrir un atentado terrorista, la vida se vuelve completamente incontrolable*”), que debería saturar principalmente en el factor 3; el ítem 7 (“*tras un atentado terrorista, únicamente los sentimientos de rabia y de ira te impulsarán a seguir luchando*”), que debería saturar en mayor medida el factor 1; y el ítem 19 (“*es posible ser una persona normal a pesar de haber sufrido un atentado terrorista*”), que debería saturar sobretodo el factor 3. En el caso del ítem 6, vemos que tanto en el factor 3 (el que le correspondería), como en el factor 1, los resultados arrojan saturaciones por encima del criterio de .400; en el caso del factor 3 es de .436 y en el caso del factor 1 es de .489; en cualquier caso bastante similares. Atendiendo al contenido del ítem, vemos que, efectivamente, tanto la idea de “mundo peligroso” (factor 1), como la idea de “cronificación del malestar” (factor 3) estarían representadas en el enunciado. Aún sin ser un ítem muy específico, la idea que evalúa parece lo suficientemente importante como para mantenerlo. En el caso del ítem 7, vemos que la mayor saturación se obtiene en el factor 3

(.384), mientras que la saturación en el factor 1, que le correspondería, obtiene valores muy bajos (.247); en ambos casos, como vemos, por debajo del criterio de .400. Al igual que sucede con el ítem 6, el contenido del enunciado podría encajar perfectamente tanto en el factor 1 como en el factor 3. Por último, en el ítem 19 vemos que la mayor saturación se produce en el factor 1 (.399), mientras que la saturación en el factor 3, que le correspondería, es mínimamente menor (.386). En este caso, el contenido del ítem sí parece apuntar más a una idea congruente con la que quiere expresar el factor 3 de “cronificación del malestar”.

Aparte, vemos que otros ítems muestran saturación elevadas ($x > .300$) en factores que no les corresponden, si bien la saturación más elevada se da en el factor que le corresponde; es el caso del ítem 3 (“*el enorme malestar emocional que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer*”), que pertenece al factor 3 y satura los tres factores; del ítem 12 (“*después de sufrir un atentado es posible volver a ser feliz*”), que pertenece al factor 3 y satura los factores 1 y 3; del ítem 27 (“*si los demás te ven vulnerable y perciben que pueden hacerte daño, te lo harán*”), que pertenece al factor 1 y satura los factores 1 y 2; y del ítem 32 (“*si supero las cosas terribles que me han pasado en relación al atentado y sus consecuencias, la sociedad me juzgará mal*”), que pertenece al factor 1 y satura los factores 1 y 2. Si bien lo ideal sería que cada ítem solo saturara de forma elevada en el factor que le corresponde, tiene mucho sentido que, al ser un cuestionario que pretende medir aspectos muy abstractos como son las actitudes y creencias de los individuos con respecto a ciertas temáticas, éstas guarden, en algunos casos, una estrecha relación.

Por último, resulta interesante evaluar cuáles han sido los ítems que más han saturado el factor que les pertenece en esta muestra de validación y compararlos con los ítems que más saturaban el factor al que pertenecían en la muestra de desarrollo. En el factor 1 de “mundo peligroso” el ítem que más satura en la solución factorial con la muestra de validación es el ítem 16 (“*después de sufrir un atentado terrorista, ya estás gafado para toda la vida*”), el

mismo ítem que mayor saturación obtenía en la solución factorial realizada con la muestra de desarrollo. En el factor 2 de “visión negativa de la sociedad y del ser humano” el ítem que mayor saturación obtiene en la solución factorial con la muestra de validación es el ítem 33 (“*los seres humanos son egoístas, solo piensan en sí mismos*”), mientras que en la solución factorial de la muestra de desarrollo, el ítem que mayor saturación obtiene es el correspondiente al ítem 30 (“*a la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas*”), si bien el segundo ítem que más satura el factor es el correspondiente al ítem 33. Por último, en el factor 3 de “cronificación del malestar”, el ítem que mayor saturación obtiene en la solución factorial con la muestra de validación es el ítem 4 (“*la ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer*”), el mismo ítem que mayor saturación obtenía en la solución factorial realizada con la muestra de desarrollo. Como vemos, estos resultados indican a la estabilidad de los resultados de las soluciones factoriales entre la muestra de desarrollo y la muestra de validación.

8.2.2. *Análisis de la fiabilidad de la versión definitiva de la EADT*

La fiabilidad de las subescalas y de la escala global de la EADT se calculó, en un primer momento, a través del estadístico α de Cronbach (1951). El factor de “mundo peligroso” arrojó un valor de α de .876, el factor de “visión negativa de la sociedad y del ser humano” arrojó un valor de α de .852, el factor de “cronificación del malestar”, por su parte, arrojó un valor de α de .869, mientras que la escala global arrojó un valor para α de .930. Como puede apreciarse los índices de fiabilidad son lo suficientemente altos como para asegurar la fiabilidad de la escala.

Por otro lado, también se llevaron a cabo análisis del índice de homogeneidad (IH) de cada ítem, con el objetivo de valorar la contribución que cada ítem hace a la escala total, así como a cada subescala a la que pertenece. Para ello, se calculó el IH de cada ítem y su contribución al α total de la escala total y de la subescala a la que pertenece (mediante la consideración del

α corregido de la escala sin la inclusión del ítem). En la tabla 36 puede verse el IH, el valor de α corregido y la desviación típica de cada ítem con respecto a la escala a la que pertenece.

Tabla 36. Índice de homogeneidad para la escala global, índice de homogeneidad para la subescala a la que pertenece el ítem, α corregido para cada subescala y α corregido para la escala global de cada ítem.

Ítem	IH global	IH subescala	α subescala sin ítem	α global sin ítem
Factor “mundo peligroso” ($\alpha = .876$)				
2. Hablar o expresar tus sentimientos es un signo de debilidad y te convierte en una persona mucho más vulnerable.	.493**	.499**	.871	.928
7. Tras un atentado terrorista, únicamente los sentimientos de rabia y de ira te impulsarán a seguir luchando.	.511**	.475**	.874	.928
14. Cuando te ha pasado algo malo es seguro que eso mismo te volverá a ocurrir.	.474**	.529**	.869	.928
16. Después de sufrir un atentado, ya estás gafado para toda la vida.	.630**	.658**	.869	.927
17. Si no vigilas y lo controlas todo, es muy probable que te ocurra algo horrible.	.613**	.663**	.862	.927
18. Todo lo malo que nos ocurre a las víctimas del terrorismo es consecuencia del atentado.	.578**	.567**	.867	.927
20. La gente te hará daño si te ve fuerte.	.468**	.498**	.870	.928
21. Si estás bien, antes o después te pasará algo malo.	.560**	.597**	.865	.927
22. Si sufres un atentado terrorista, siempre encontrarás algo ajeno a ti que te impida seguir adelante.	.667**	.640**	.864	.927
23. Si anticipas todas las cosas malas que te pueden pasar en la vida, cuando ocurran no te harán tanto daño porque estarás preparado.	.457**	.535**	.869	.929
24. En este mundo los malos ganan y los buenos pierden.	.478**	.502**	.870	.928
27. Si los demás te ven vulnerable y perciben que pueden hacerte daño, te lo harán.	.586**	.577**	.866	.927
32. Si supero las cosas terribles que me han pasado en relación al atentado y sus consecuencias, la sociedad me juzgará mal.	.515**	.534**	.869	.928
Factor “visión negativa de la sociedad y del ser humano” ($\alpha = .852$)				
9. Lo único que el mundo quiere de verdad de las víctimas del terrorismo es sacar algún beneficio (económico, político o social) de ellas.	.393**	.520**	.844	.929
25. Los gobiernos nunca harán nada de verdad por ayudar a las víctimas del terrorismo	.412**	.541**	.840	.929
28. La gente siempre se dedica a juzgar negativamente a los demás.	.533**	.561**	.838	.928

Ítem	IH global	IH subescala	α subescala sin ítem	α global sin ítem
29. La gente que no ha sufrido un atentado terrorista nunca podrá comprenderte.	.570**	.601**	.833	.927
30. A la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas.	.542**	.703**	.821	.928
31. La sociedad siempre responsabiliza a las víctimas del terrorismo por lo que les ha pasado (piensan “algo habrá hecho él o ella para que le pase eso”).	.531**	.636**	.829	.928
33. Los seres humanos son egoístas, solo piensan en sí mismos.	.448**	.612**	.832	.929
34. Las personas que nos rodean son unas hipócritas.	.510**	.571**	.837	.928
Factor “cronificación del malestar” ($\alpha = .869$)				
1. Es posible ser feliz aunque hayan asesinado a algún ser querido en un atentado terrorista.	.465**	.478**	.864	.929
3. El enorme malestar emocional que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.	.537**	.571**	.858	.928
4. La ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.	.588**	.642**	.853	.927
5. Cuando sufres un atentado terrorista, sigues viviendo pero tu vida ya no tiene sentido.	.676**	.685**	.851	.926
6. Tras sufrir un atentado terrorista, la vida se vuelve completamente incontrolable.	.670**	.643**	.854	.926
8. Es imposible ser feliz si te quedas solo tras un atentado terrorista.	.408**	.455**	.865	.929
10. La ansiedad es una emoción que puede manejarse.	.323**	.375**	.869	.930
11. Las consecuencias negativas de un atentado son reversibles; no están grabadas a fuego en tu cerebro.	.324**	.439**	.866	.930
12. Después de sufrir un atentado es posible volver a ser feliz.	.577**	.619**	.857	.927
13. Para ser feliz, no es necesario comprender por qué me sucedió el atentado.	.391**	.438**	.865	.929
15. Recordar el atentado que sufrí siempre será malo y me hará empeorar	.548**	.569**	.858	.928
19. Es posible ser una persona normal a pesar de haber sufrido un atentado terrorista.	.509**	.539**	.860	.928
26. Después de sufrir un atentado terrorista, la vida se queda totalmente truncada.	.546**	.603**	.856	.928

Nota: (**): significativo al .001.

Como puede verse en la tabla 35, al analizar el índice de homogeneidad de los ítems para la escala total de la EADT, así como para las tres subescalas, encontramos que todos los valores son superiores a .300 y estadísticamente significativos (similar a lo visto cuando se usaba la

muestra de desarrollo), lo que señala que todos los ítems incluidos aportan a dotar a la EADT de una buena homogeneidad, facilitando así su interpretación y utilidad clínica. Aparte, a la hora de analizar la aportación de los ítems a la consistencia interna tanto de la escala global de la EADT como de cada una de las tres subescalas, vemos que todos los ítems contribuyen a aportar fiabilidad a la escala, de donde se desprende que su elección e inclusión está justificada, tanto en lo que se refiere a la escala total de la EADT como a lo que se refiere a cada una de las tres subescalas.

8.2.3. *Análisis de la validez de la EADT*

La validez del instrumento se puso a prueba a través de varios índices: validez convergente, validez discriminante, validez predictiva y validez clínica.

(a) Estudio de la validez convergente: Tal y como puede observarse en la tabla 37, el análisis de las correlaciones de los ítems con el factor al que pertenecen y con la escala global de la EADT puso de manifiesto que todas las correlaciones eran estadísticamente significativas ($p < .001$). Analizando los ítems factor a factor encontramos lo siguiente:

i. Ítems factor 1; “mundo peligroso”: Todos los ítems del factor 1 presentan correlaciones altas, situadas entre los valores de .575 y .725, con la puntuación de ese mismo factor. A su vez, las correlaciones de los ítems del factor 1 con la puntuación total en el factor 2 y 3 son, tal y como debería ser, menores, estando su mayoría (76,92%) por debajo de .500 (rango de .269 a .569). En cuanto a las correlaciones de los ítems del factor 1 con la puntuación total de la EADT, vemos que todos los ítems salvo 1 de ellos obtiene valores superiores a .500 (rango de .498 a .691).

ii. Ítems factor 2; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: Todos los ítems del factor 2 presentan correlaciones altas, situadas entre los valores de .654 y .787, con la puntuación de ese mismo factor. A su vez, las correlaciones de los ítems del factor 2 con

la puntuación de los factores 1 y 3 son menores, con valores en todos los casos inferiores a .500 (rango de .234 a .499). Por su parte, las correlaciones de los ítems del factor 2 con la puntuación total de la EADT arrojan valores comprendidos entre .441 y .608, siendo la mayoría de los valores (62,5%) superiores a .500.

iii. Ítems factor 3; “cronificación del malestar”: Doce de los trece ítems que componen el factor presentan correlaciones superiores a .500 (rango de .474 a .748) con la puntuación de ese mismo factor. Además, las correlaciones de los ítems del factor 3 con la puntuación de los factores 1 y 2 son menores, estando su mayoría (88,46%) por debajo de .500 (rango de .126 a .638). En cuanto a las correlaciones de los ítems del factor 3 con la puntuación total de la EADT, vemos que para la mayoría de los ítems (69,02%), la correlación es superior a .500 (rango de .372 a .707).

Los ítems que más altas correlaciones han obtenido para cada subescala son los ítems 17 ($r = .725; p = .000$) (“si no vigilas y lo controlas todo, es muy probable que te ocurra algo horrible”) y 16 ($r = .720; p = .000$) (“después de sufrir un atentado, ya estás gafado para toda la vida”) para la subescala de “mundo peligroso”, los ítems 30 ($r = .787; p = .000$) (“a la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas”) y 31 ($r = .741; p = .000$) (“la sociedad siempre responsabiliza a las víctimas del terrorismo por lo que les ha pasado (piensan “algo habrá hecho él o ella para que le pase eso”) para la subescala de “visión negativa de la sociedad y del ser humano”) y los ítems 5 ($r = .748; p = .000$) (“cuando sufres un atentado terrorista sigues viviendo, pero tu vida ya no tiene sentido”) y 4 ($r = .720; p = .000$) (“la ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer”) para la subescala de “cronificación del malestar”. Por su parte, los ítems que arrojan los valores más elevados de correlación con la escala global de la EADT son el 5 ($r = .688; p = .000$) y el 6 ($r = .664; p = .000$) (“tras sufrir un atentado terrorista, la vida se vuelve

completamente incontrolable), ambos ítems pertenecientes a la subescala de “cronificación del malestar”, si bien todas las correlaciones de los ítems son estadísticamente significativas.

Así mismo, los ítems que muestran las correlaciones más bajas para cada subescala son el ítem 20 ($r = .575; p = .000$) (“la gente te hará daño si te ve fuerte”) para la subescala “mundo peligroso”, el ítem 9 ($r = .654; p = .000$) (“lo único que el mundo quiere de verdad de las víctimas del terrorismo es sacar algún beneficio (económico, político o social) de ellas”) para la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” y el ítem 10 ($r = .474; p = .000$) (“la ansiedad es una emoción que puede manejarse) para la subescala “cronificación del malestar”. Por su parte, los ítems que muestran los valores más bajos de correlación con la escala global de la EADT son el 10 ($r = .372; p = .000$) y el 11 ($r = .377; p = .000$) (“las consecuencias negativas de un atentado son reversibles; no están grabadas a fuego en tu cerebro”), ambos ítems pertenecientes a la subescala de “cronificación del malestar”.

Tabla 37. Correlaciones de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con la puntuación global de la EADT

Ítem	F ₁	F ₂	F ₃	Total
Factor “mundo peligroso” ($\alpha = .876$)				
2. Hablar o expresar tus sentimientos es un signo de debilidad y te convierte en una persona mucho más vulnerable.	.598**	.311**	.421**	.535**
7. Tras un atentado terrorista, únicamente los sentimientos de rabia y de ira te impulsarán a seguir luchando.	.586**	.302**	.484**	.556**
14. Cuando te ha pasado algo malo es seguro que eso mismo te volverá a ocurrir.	.606**	.269**	.385**	.509**
16. Después de sufrir un atentado, ya estás gafado para toda la vida.	.720**	.379**	.533**	.658**
17. Si no vigilas y lo controlas todo, es muy probable que te ocurra algo horrible.	.725**	.378**	.495**	.642**
18. Todo lo malo que nos ocurre a las víctimas del terrorismo es consecuencia del atentado.	.649**	.352**	.507**	.612**
20. La gente te hará daño si te ve fuerte.	.575**	.396**	.315**	.501**
21. Si estás bien, antes o después te pasará algo malo.	.671**	.473**	.379**	.594**
22. Si sufres un atentado terrorista, siempre encontrarás algo ajeno a ti que te impida seguir adelante.	.700**	.463**	.569**	.691**
23. Si anticipas todas las cosas malas que te pueden pasar en la vida, cuando ocurran no te harán tanto daño porque estarás preparado.	.622**	.318**	.316**	.498**

Ítem	F ₁	F ₂	F ₃	Total
24. En este mundo los malos ganan y los buenos pierden.	.588**	.377**	.345**	.515**
27. Si los demás te ven vulnerable y perciben que pueden hacerte daño, te lo harán.	.663**	.512**	.421**	.622**
32. Si supero las cosas terribles que me han pasado en relación al atentado y sus consecuencias, la sociedad me juzgará mal.	.608**	.505**	.314**	.547**
Factor “visión negativa de la sociedad y del ser humano” ($\alpha = .852$)				
9. Lo único que el mundo quiere de verdad de las víctimas del terrorismo es sacar algún beneficio (económico, político o social) de ellas.	.332**	.654**	.234**	.441**
25. Los gobiernos nunca harán nada de verdad por ayudar a las víctimas del terrorismo	.306**	.663**	.285**	.456**
28. La gente siempre se dedica a juzgar negativamente a los demás.	.485**	.672**	.364**	.569**
29. La gente que no ha sufrido un atentado terrorista nunca podrá comprenderte.	.470**	.713**	.433**	.608**
30. A la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas.	.451**	.787**	.341**	.579**
31. La sociedad siempre responsabiliza a las víctimas del terrorismo por lo que les ha pasado (piensan “algo habrá hecho él o ella para que le pase eso”).	.477**	.741**	.328**	.570**
33. Los seres humanos son egoístas, solo piensan en sí mismos.	.381**	.716**	.255**	.490**
34. Las personas que nos rodean son unas hipócritas.	.499**	.670**	.296**	.543**
Factor “cronificación del malestar” ($\alpha = .869$)				
1. Es posible ser feliz aunque hayan asesinado a algún ser querido en un atentado terrorista.	.387**	.287**	.579**	.513**
3. El enorme malestar emocional que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.	.392**	.383**	.657**	.580**
4. La ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.	.454**	.364**	.720**	.629**
5. Cuando sufres un atentado terrorista, sigues viviendo pero tu vida ya no tiene sentido.	.579**	.409**	.748**	.707**
6. Tras sufrir un atentado terrorista, la vida se vuelve completamente incontrolable.	.638**	.360**	.710**	.700**
8. Es imposible ser feliz si te quedas solo tras un atentado terrorista.	.325**	.222**	.552**	.456**
10. La ansiedad es una emoción que puede manejarse.	.277**	.126*	.474**	.372**
11. Las consecuencias negativas de un atentado son reversibles; no están grabadas a fuego en tu cerebro.	.192**	.159**	.542**	.377**
12. Después de sufrir un atentado es posible volver a ser feliz.	.516**	.266**	.679**	.607**
13. Para ser feliz, no es necesario comprender por qué me sucedió el atentado.	.351**	.154**	.526**	.434**
15. Recordar el atentado que sufrí siempre será malo y me hará empeorar	.485**	.290**	.648**	.586**

Ítem	F ₁	F ₂	F ₃	Total
19. Es posible ser una persona normal a pesar de haber sufrido un atentado terrorista.	.443**	.263**	.616**	.547**
26. Después de sufrir un atentado terrorista, la vida se queda totalmente trunca.	.397**	.361**	.680**	.586**

Nota: (**): La correlación es significativa al nivel .001; (*): La correlación es significativa al nivel .05. F1: subescala de “mundo peligroso”; F2: subescala de “visión negativa de la sociedad y del ser humano”; F3: subescala de “cronificación del malestar”.

Por último, podemos afirmar que todos los ítems tienen correlaciones con sus respectivas subescalas por encima de .40 y que salvo dos excepciones todos los ítems tienen correlaciones con la escala global superiores a .40, lo que es imprescindible para considerar que el instrumento tiene una adecuada validez convergente (Hays et al., 1988).

Por último y tal y como puede observarse en la tabla 38 comentar que las subescalas entre sí y con la escala global arrojan valores de correlaciones suficientes para apoyar la validez convergente del instrumento, además de permitir realizar una interpretación de la puntuación total de la EADT de forma independiente a las puntuaciones de las subescalas.

Tabla 38. Correlaciones entre factores y con la escala global

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Total
Factor 1	1			
Factor 2	.602**	1		
Factor 3	.663**	.452**	1	
Total	.899**	.757**	.871**	1

Nota: (**): estadísticamente significativo al .001

(b) Estudio de la validez discriminante: La validez discriminante de la prueba se llevó a cabo a través del análisis de las correlaciones de Pearson de las tres subescalas y de la escala global de la EADT con diferentes medidas de sintomatología postraumática, depresiva, ansiosa y de inadaptación. En la tabla 39 se presentan los valores de las correlaciones entre las subescalas y la escala global de la EADT con las puntuaciones de sintomatología postraumática, ansiosa, depresiva y de inadaptación..

Tabla 39. Correlaciones entre las tres subescalas y la escala global de la EADT con puntuaciones de sintomatología postraumática, ansiosa, depresiva y de inadaptación

	PCL-5 (n = 337)	BDI-II (n = 221)	BAI (n = 64)	EI (n = 60)
Factor 1	.539**	.533**	.421**	.406**
Factor 2	.315**	.359**	.251*	.247
Factor 3	.646**	.609**	.476**	.486**
Total	.615**	.598**	.462**	.458**

Nota: (**): estadísticamente significativo al .001; BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck; EI: Escala de inadaptación; Factor 1: Factor de “mundo peligroso”; Factor 2: Factor de “visión negativa de la sociedad y del ser humano”; Factor 3: Factor de “cronificación del malestar”; PCL-5: Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático versión DSM-5.

Como puede verse, las correlaciones de las tres subescalas y de la escala global con la PCL, que mide sintomatología postraumática, son todas ellas estadísticamente significativas, siendo dos de ellas, las correspondientes a la subescala de “cronificación del malestar” y a la escala global, superiores a .55 (valor que indica, según Hernández, Ponsoda, Muñiz, Prieto y Elosua (2016), una validez discriminante excelente), una de ellas, la correspondiente a la subescala “mundo peligroso” superior a .45 (que indica una validez discriminante buena) y, la restante, la correspondiente a la subescala “visión negativa de la sociedad y el ser humano” superior a .20 (que indica una validez discriminante adecuada, pero con algunas carencias).

Las correlaciones de las tres subescalas y de la escala global de la EADT con la sintomatología depresiva medida a través del BDI-II son todas estadísticamente significativas. Tanto el factor 3 (“cronificación del malestar”), como la escala global de la EADT presenta valores de correlación con la sintomatología depresiva superiores a .55, lo que indica una validez discriminante excelente. El factor 1, relativo a “mundo peligroso”, presenta un valor de correlación con la sintomatología depresiva superior a .45, indicativo de una validez discriminante buena, mientras que el factor 2, referente a la “visión negativa de la sociedad y del ser humano” presenta un correlación con la sintomatología depresiva superior a .35, lo que señala una validez discriminante adecuada.

Por su parte y como cabría esperar las correlaciones con la sintomatología de ansiedad medida a través del BAI son menores a las arrojadas por la PCL y el BDI-II, lo cual tiene

sentido teniendo en cuenta los criterios diagnósticos y la propia idiosincrasia del Trastorno de Estrés Postraumático, en el cual hay una gran presencia de síntomas postraumáticos y de alteraciones del estado de ánimo y menos de sintomatología ansiosa general. Así mismo, este hecho también es congruente con las altas cifras de comorbilidad encontradas entre los diagnósticos de TEPT y TDM, cifras que se reducen notablemente cuando valoramos la comorbilidad entre TEPT y otros trastornos de ansiedad. Por último, vemos que las correlaciones son aún más bajas con la sintomatología de inadaptación medida a través del EI, valores que en el caso de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” no es siquiera estadísticamente significativas. Por su parte, las correlaciones de la subescala “cronificación del malestar” y de la escala global con la EI alcanzan valores superiores a .45, lo que apunta a índices de validez discriminante buenos.

(c) Estudio de la validez predictiva: Con el objetivo de establecer unos puntos de corte en la puntuación total de la EADT que pudieran distinguir entre el grupo de personas con baja probabilidad y el grupo con alta probabilidad de presentar TEPT por un lado y cualquier trastorno de ansiedad o del estado de ánimo por otro, se realizaron dos curvas COR (Característica Operativa del Receptor); una utilizando la presencia/ausencia de TEPT y otra utilizando la presencia/ausencia de patología, ambas para la escala global de la EADT. A partir de los resultados obtenidos en las curvas COR (véase la figura 7 y la tabla 40), se seleccionó como punto de corte la puntuación de 86.

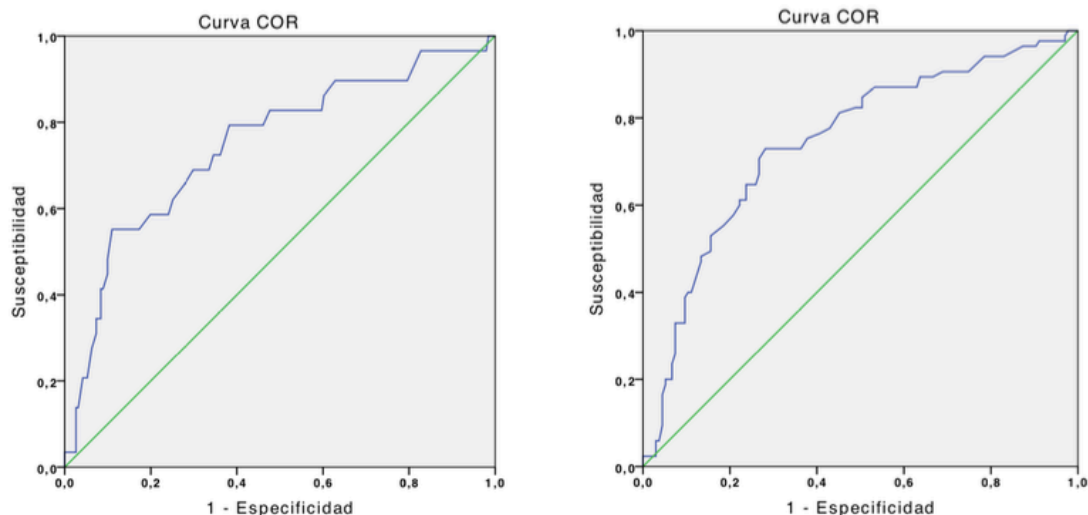


Figura 7. Curvas COR de sensibilidad y especificidad de la escala global de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 221)

Tabla 40. Valores de sensibilidad y especificidad de la escala global de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 221).

Presencia/ausencia de TEPT			Presencia/ausencia de patología		
Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1 - especificidad	Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1 - especificidad
33	1.000	1.000	33	1.000	1.000
38	1.000	.995	38	1.000	.993
42.5	1.000	.990	42.5	1.000	.985
45	1.000	.982	45.5	1.000	.978
47.5	.966	.979	47.5	.988	.970
48.5	.966	.974	48.5	.976	.970
50	.966	.963	50	.976	.956
51.5	.966	.958	51.5	.976	.948
53	.966	.942	53	.976	.926
54.5	.966	.932	54.5	.976	.911
55.5	.966	.921	55.5	.965	.904
57	.966	.916	57	.965	.896
58.5	.966	.911	58.5	.965	.889
59.5	.966	.901	59.5	.965	.874
60.5	.966	.880	60.5	.953	.852
61.5	.966	.859	61.5	.941	.830
62.5	.966	.853	62.5	.941	.822
63.5	.966	.827	63.5	.941	.785
64.5	.897	.796	64.5	.906	.748
65.5	.897	.785	65.5	.906	.733
66.5	.897	.770	66.5	.906	.711
67.5	.897	.754	67.5	.906	.689
68.5	.897	.733	68.5	.894	.667

Presencia/ausencia de TEPT			Presencia/ausencia de patología		
69.5	.897	.728	69.5	.894	.659
70.5	.897	.712	70.5	.894	.637
71.5	.897	.696	71.5	.871	.630
72.5	.897	.691	72.5	.871	.622
73.5	.897	.670	73.5	.871	.593
74.5	.897	.654	74.5	.871	.570
75.5	.897	.649	75.5	.871	.563
77	.897	.628	77	.871	.533
78.5	.862	.602	78.5	.847	.504
79.5	.828	.597	79.5	.824	.504
80.5	.828	.586	80.5	.824	.489
81.5	.828	.555	81.5	.812	.452
82.5	.828	.534	82.5	.788	.437
83.5	.828	.524	83.5	.776	.430
84.5	.828	.503	84.5	.765	.407
85.5	.828	.476	85.5	.753	.378
86.5	.793	.461	86.5	.729	.363
87.5	.793	.450	87.5	.729	.348
88.5	.793	.419	88.5	.729	.304
89.5	.793	.403	89.5	.729	.281
90.5	.793	.382	90.5	.706	.267
91.5	.759	.372	91.5	.671	.267
92.5	.724	.361	92.5	.647	.259
93.5	.724	.346	93.5	.647	.237
94.5	.690	.335	94.5	.612	.237
96.5	.690	.325	96	.612	.222
97.5	.690	.319	97.5	.600	.222
98.5	.690	.298	98.5	.576	.207
99.5	.655	.277	99.5	.553	.185
100.5	.621	.251	100.5	.529	.156
101.5	.586	.241	101.5	.494	.156
102.5	.586	.220	102, .5	.482	.133
103.5	.586	.215	103.5	.471	.133
104.5	.586	.199	104.5	.447	.126
105.5	.552	.173	105.5	.400	.111
106.5	.552	.168	106.5	.400	.104
107.5	.552	.157	107.5	.388	.096
108.5	.552	.131	108.5	.329	.096
109.5	.552	.120	109.5	.329	.081
111	.552	.115	111	.329	.074
112.5	.552	.110	112.5	.318	.074
113.5	.517	.105	113.5	.294	.074
114.5	.483	.099	114.5	.271	.074
115.5	.448	.099	115.5	.259	.074
116.5	.414	.089	116.5	.235	.067
117.5	.414	.084	117.5	.224	.067
119	.345	.084	119	.200	.067
120.5	.345	.079	120.5	.200	.059
121.5	.345	.073	121.5	.200	.052
123	.310	.073	123	.188	.052
124.5	.276	.063	124.5	.165	.044
125.5	.241	.058	125.5	.141	.044
127	.207	.052	127	.118	.044

Presencia/ausencia de TEPT			Presencia/ausencia de patología		
128.5	.207	.042	128.5	.094	.044
131	.138	.031	131	.059	.037
133.5	.138	.026	133.5	.059	.030
136	.103	.026	136	.047	.030
139.5	.034	.026	139.5	.024	.030
141.5	.034	.021	141.5	.024	.022
143	.034	.016	143	.024	.015
147	.034	.010	147	.024	.007
153	.034	.005	153	.024	.000
156.5	.034	.000	156.5	.012	.000
158	.000	.000	158	.000	.000

El análisis de las curvas COR de la escala global de la EADT refleja que las áreas bajo las curvas representan el 74.7% en el caso de presencia/ausencia de TEPT y del 74.6% en el caso de presencia/ausencia de patología. Estas cifras indican que, en cuanto a la capacidad de la EADT para diferenciar entre sujetos con o sin TEPT y entre sujetos con o sin patología, el test es regular, si bien el punto de corte para considerar que el test tiene una capacidad diagnóstica buena es del 75%, muy cercano a los valores obtenidos por la EADT. En términos coloquiales, aplicando la escala global de la EADT tendríamos un 74,7% y un 74,6% de probabilidad de que el diagnóstico de TEPT o de que el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad o del estado de ánimo sea más correcto que el de una persona sana escogida al azar. El punto de corte seleccionado (86), se eligió con el criterio de aumentar en lo posible la probabilidad de que la prueba fuera capaz de arrojar verdaderos positivos, aunque esto aumentara también la probabilidad de que un sujeto sin patología fuera categorizado como positivo, es decir, que se aumentaran los falsos positivos. Asignando este punto de corte, se consigue que la EADT pueda ser utilizado como un instrumento de screening eficaz. Las tablas 41 y 42 representan las tablas de contingencia 2x2 que señalan la presencia/ausencia de patología con el valor significativo/control en la EADT tanto para el TEPT como para el resto de las patologías.

Tabla 41. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de TEPT y el valor significativo/control de la EADT (punto de corte 86) (n = 218).

		EADT	
		Sí	No
Presencia/ausencia de TEPT	Sí	24 (11.3%)	5 (2.3%)
	No	89 (40.8%)	100 (45.9%)

Tabla 42. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de patología y el valor significativo/control de la EADT (punto de corte 86) (n = 218).

		EADT	
		Sí	No
Presencia/ausencia de patología	Sí	64 (29.4%)	21 (9,6%)
	No	49 (22,5%)	84 (38.5%)

A continuación se llevó a cabo el análisis de Bayes, es decir, del estudio de los “casos” y “no casos” según la EADT en la población estudiada y de su relación con los resultados obtenidos en la entrevista diagnóstica con el objetivo de calcular diferentes parámetros de validez predictiva (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, eficiencia, cociente de error e índice de Youden). Para calcular estos parámetros se aplicaron las fórmulas que se describen a continuación.

Para el cálculo de la sensibilidad se aplicó la fórmula “sensibilidad = $a / (a + c)$ ”, para el cálculo de la especificidad la fórmula “especificidad = $d / (b + d)$ ”, para el cálculo del valor predictivo positivo la fórmula “valor predictivo positivo = $a / (a + b)$ ”, para el cálculo del valor predictivo negativo “valor predictivo negativo = $d / (d + c)$ ”, para el cálculo de eficiencia la fórmula “eficiencia = $(a + d) / N$ ”, para el cálculo del coeficiente de error la fórmula “coeficiente de error = $(b + c) / a$ ” y para el cálculo del índice de Youden la fórmula “índice de Youden = sensibilidad + especificidad - 1”, donde “a” es el número de casos probables detectados por la EADT que, efectivamente, son diagnosticados como casos en la entrevista diagnóstica, “b” es el número de casos probables detectados por la EADT que, sin embargo, no son diagnosticados como casos en la entrevista diagnóstica, “c” es el número de controles probables detectados por la EADT que, sin embargo, son diagnosticados como casos en la entrevista diagnóstica,

“d” es el número de controles probables detectados por la EADT que, efectivamente, no son diagnosticados como casos en la entrevista diagnóstica y “N” es el número de personas que han participado en el estudio, un total de 218. En la tabla 43 se muestran los valores de los diferentes parámetros tanto para la presencia/ausencia de TEPT y para la presencia/ausencia de patología

Tabla 43. Valores de los parámetros del análisis de Bayes para la escala global de la EADT (punto de corte 86).

	Presencia/ausencia de TEPT	Presencia/ausencia de patología
Sensibilidad	.827	.753
Especificidad	.529	.632
Valor predictivo positivo	.212	.566
Valor predictivo negativo	.952	.800
Eficiencia	.568	.679
Coefficiente de error	3.916	1.094
Índice de Youden	.356	.385

Como vemos la sensibilidad de la EADT con un punto de corte de 86 a la hora de diferenciar entre presencia/ausencia de TEPT o de patología en general es alta, aunque al mismo tiempo la especificidad presenta valores medios, algo que se ve reflejado en el índice de Youden, lejos de su valor máximo de 1. Los valores predictivos positivos y negativos nos informan de la probabilidad de tener o no tener TEPT o alguna patología de las evaluadas si el resultado en la entrevista diagnóstica es positivo o negativa respectivamente. Dado el punto de corte escogido para que la EADT pueda utilizarse como un instrumento de cribado, cabría esperar que el valor predictivo positivo fuera medio-bajo y que el valor predictivo negativo fuera alto. Efectivamente, los resultados están acordes con este supuesto. Así mismo, la eficiencia diagnóstica tiene buenos valores; señalando el hecho de que más del 50% de los sujetos son correctamente seleccionados en función de su diagnóstico y la puntuación, superior o inferior a 86, obtenida en la escala global de la EADT.

Como se ha visto en los apartados anteriores, cada una de las subescalas de la EADT presenta diferentes propiedades en varios aspectos, lo que las haría susceptibles de ser utilizadas en solitario, por lo que, al igual que se ha realizado con la escala global de la EADT,

se decidió establecer puntos de corte para las tres subescalas que permitieran distinguir entre el grupo de personas con baja probabilidad y el grupo con alta probabilidad de presentar TEPT por un lado y cualquier trastorno de ansiedad o del estado de ánimo por otro. De esta forma se realizaron dos curvas COR (Característica Operativa del Receptor); una utilizando la presencia/ausencia de TEPT y otra utilizando la presencia/ausencia de patología para cada una de las tres subescalas de la EADT. Los resultados correspondientes a los análisis del factor “mundo peligroso” se presentan en la figura 7 y en la tabla 44, los correspondientes a los análisis del factor “visión negativa de la sociedad y del ser humano” se presentan en la figura 8 y en la tabla 48 y los resultados correspondientes a los análisis del factor “cronificación del malestar” en la figura 8 y en la tabla 52.

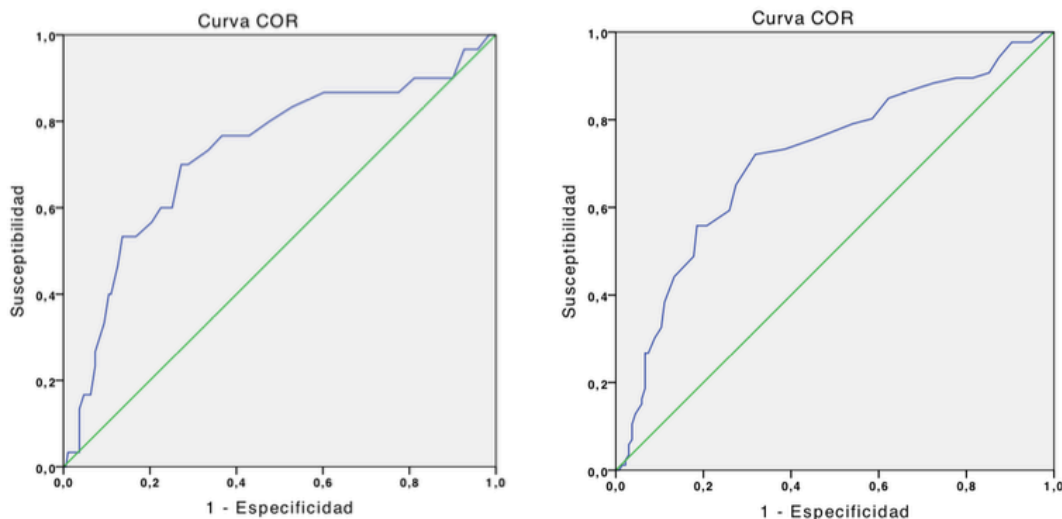


Figura 8. Curvas COR de sensibilidad y especificidad de la subescala “mundo peligroso” de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 221)

Tabla 44. Valores de sensibilidad y especificidad de la subescala “mundo peligroso” de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 221).

Presencia/ausencia de TEPT			Presencia/ausencia de patología		
Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1 - especificidad	Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1 - especificidad
12	1.000	1.000	12	1.000	1.000

Presencia/ausencia de TEPT			Presencia/ausencia de patología		
13.5	1.000	.984	13.5	1.000	.978
14.5	.967	.958	14.5	.977	.948
15.5	.967	.927	15.5	.977	.904
16.5	.900	.901	16.5	.942	.874
17.5	.900	.869	17.5	.907	.852
18.5	.900	.838	18.5	.895	.815
19.5	.900	.832	19.5	.895	.807
20.5	.900	.812	20.5	.895	.778
21.5	.867	.775	21.5	.884	.726
22.5	.867	.743	22.5	.872	.689
23.5	.867	.686	23.5	.849	.622
24.5	.867	.639	24.5	.802	.585
25.5	.867	.602	25.5	.791	.541
26.5	.833	.529	26.5	.756	.452
27.5	.800	.476	27.5	.733	.385
28.5	.767	.429	28.5	.721	.319
29.5	.767	.366	29.5	.651	.274
30.5	.733	.335	30.5	.593	.259
31.5	.700	.288	31.5	.558	.207
32.5	.700	.272	32.5	.558	.185
33.5	.600	.251	33.5	.488	.178
34.5	.600	.225	34.5	.465	.156
35.5	.567	.204	35.5	.442	.133
36.5	.533	.168	36.5	.384	.111
37.5	.533	.136	37.5	.326	.104
38.5	.467	.126	38.5	.302	.089
39.5	.400	.110	39.5	.267	.074
40.5	.400	.105	40.5	.267	.067
41.5	.333	.094	41.5	.221	.067
42.5	.300	.084	42.5	.186	.067
43.5	.267	.073	43.5	.163	.059
44.5	.233	.073	44.5	.151	.059
45.5	.167	.063	45.5	.128	.044
46.5	.167	.047	46.5	.105	.037
47.5	.133	.037	47.5	.070	.037
48.5	.067	.037	48.5	.058	.030
49.5	.033	.037	49.5	.047	.030
51.5	.033	.031	51.5	.035	.030
53.5	.033	.021	53.5	.023	.022
55.5	.033	.016	55.5	.012	.022
57.5	.033	.010	57.5	.012	.015
58.5	.000	.005	58.5	.000	.007
60	.000	.000	60	.000	.000

El análisis de las curvas COR del factor “mundo peligroso” de la EADT refleja que las áreas bajo las curvas representan el 72.7% en el caso de presencia/ausencia de TEPT y del 71.3% en el caso de presencia/ausencia de patología. Estas cifras indican que, en cuanto a la

capacidad de la subescala “mundo peligroso” de la EADT para diferenciar entre sujetos con o sin TEPT y entre sujetos con o sin patología, el test es regular. En términos coloquiales, aplicando la subescala “mundo peligroso” de la EADT tendríamos un 72,7% y un 71,3% de probabilidad de que el diagnóstico de TEPT o de que el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad o del estado de ánimo sea más correcto que el de una persona sana escogida al azar, respectivamente. Aparte, se decidió escoger como punto de corte el 27, atendiendo al criterio de aumentar en lo posible la probabilidad de que la prueba fuera capaz de arrojar verdaderos positivos, aunque esto aumentara también la probabilidad de que un sujeto sin patología fuera categorizado como positivo, es decir, que se aumentaran los falsos positivos. Las tablas 45 y 46 representan las tablas de contingencia 2x2 que señalan la presencia/ausencia de patología con el valor significativo/control en la EADT tanto para el TEPT como para el resto de las patologías.

Tabla 45. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de TEPT y el valor significativo/control de la subescala “mundo peligroso” de la EADT (punto de corte 27) (n = 221).

		EADT	
		Sí	No
Presencia/ausencia de TEPT	Sí	25 (11.3%)	5 (2.3%)
	No	101 (45.7%)	90 (40.7%)

Tabla 46. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de patología y el valor significativo/control de la subescala “mundo peligroso” de la EADT (punto de corte 27) (n = 221).

		EADT	
		Sí	No
Presencia/ausencia de patología	Sí	65 (29.4%)	21 (9,5%)
	No	61 (27,6%)	74 (33.5%)

A continuación, y de igual forma que se realizó para la puntuación total de la EADT, se llevó a cabo el análisis de Bayes para la subescala “mundo peligroso”, es decir, el estudio de

los “casos” y “no casos” según la EADT en la población estudiada y de su relación con los resultados obtenidos en la entrevista diagnóstica con el objetivo de calcular diferentes parámetros de validez predictiva (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, eficiencia, cociente de error e índice de Youden). En la tabla 47 se muestran los valores de los diferentes parámetros tanto para la presencia/ausencia de TEPT y para la presencia/ausencia de patología

Tabla 47. Valores de los parámetros del análisis de Bayes para la subescala “mundo peligroso” de la EADT (punto de corte 27).

	Presencia/ausencia de TEPT	Presencia/ausencia de patología
Sensibilidad	.833	.756
Especificidad	.471	.548
Valor predictivo positivo	.198	.515
Valor predictivo negativo	.947	.779
Eficiencia	.520	.629
Coficiente de error	4.24	1.26
Índice de Youden	.304	.304

La sensibilidad de la subescala “mundo peligroso” de la EADT con un punto de corte establecido en 27 a la hora de diferenciar entre presencia/ausencia de TEPT o de patología en general es alta, aunque al mismo tiempo la especificidad presenta valores medios, algo que se ve reflejado en el índice de Youden, lejos de su valor máximo de 1. Así mismo y tal como cabría esperar dado que el punto de corte se ha escogido atendiendo a criterios que primen la sensibilidad, el valor predictivo positivo es bajo en el caso de diferenciar entre presencia/ausencia de TEPT y medio en el caso de presencia/ausencia de patología, si bien el valor predictivo negativo es alto en ambos casos. La eficiencia indica que más del 50% de los casos y más del 60% de los casos son correctamente seleccionados en función de la presencia/ausencia de TEPT o presencia/ausencia de patología, respectivamente, al tener como referencia el punto de corte de 27.

A continuación se presentan los datos referentes a la validez predictiva de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” en lo referente a la capacidad de la subescala

para diferenciar entre sujetos con y sin TEPT y sujetos con y sin patología. Para ello, al igual que se ha realizado anteriormente con la subescala “mundo peligroso” y con la escala global de la EADT, se presentan las curvas COR (Figura 9) y los valores de sensibilidad y especificidad de la subescala (Tabla 48).

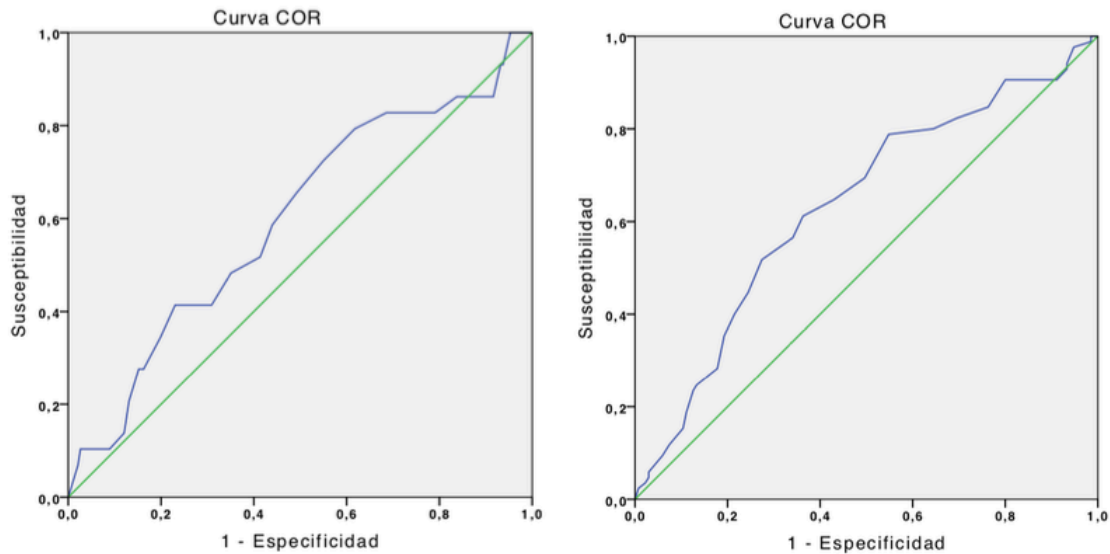


Figura 9. Curvas COR de sensibilidad y especificidad de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 220)

Tabla 48. Valores de sensibilidad y especificidad de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 220).

Presencia/ausencia de TEPT			Presencia/ausencia de patología		
Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1 - especificidad	Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1 - especificidad
7	1.000	1.000	7	1.000	1.000
8.5	1.000	.990	8.5	1.000	.985
10	1.000	.984	10	.988	.985
11.5	1.000	.953	11.5	.976	.948
12.5	.931	.937	12.5	.941	.933
13.5	.931	.932	13.5	.929	.933
14.5	.862	.916	14.5	.906	.911
15.5	.862	.895	15.5	.906	.881
16.5	.862	.838	16.5	.906	.800
17.5	.828	.791	17.5	.847	.763

Presencia/ausencia de TEPT			Presencia/ausencia de patología		
18.5	.828	.733	18.5	.824	.696
19.5	.828	.686	19.5	.800	.644
20.5	.793	.618	20.5	.788	.548
21.5	.724	.550	21.5	.694	.496
22.5	.655	.492	22.5	.647	.430
23.5	.586	.440	23.5	.612	.363
24.5	.517	.414	24.5	.565	.341
25.5	.483	.351	25.5	.518	.274
26.5	.414	.309	26.5	.447	.244
27.5	.414	.267	27.5	.400	.215
28.5	.414	.230	28.5	.353	.193
29.5	.345	.199	29.5	.282	.178
30.5	.276	.162	30.5	.247	.133
31.5	.276	.152	31.5	.235	.126
32.5	.207	.131	32.5	.188	.111
33.5	.138	.120	33.5	.153	.104
34.5	.103	.089	34.5	.118	.074
35.5	.103	.068	35.5	.094	.059
36.5	.103	.031	36.5	.059	.030
37.5	.103	.026	37.5	.047	.030
38.5	.069	.021	38.5	.035	.022
39.5	.034	.010	39.5	.024	.007
41	.000	.000	41	.000	.000

El análisis de las curvas COR de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT refleja que las áreas bajo las curvas representan el 59.6% en el caso de presencia/ausencia de TEPT y del 63.4% en el caso de presencia/ausencia de patología. Estas cifras indican que, en cuanto a la capacidad de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT para diferenciar entre sujetos con o sin TEPT y entre sujetos con o sin patología, el test es malo y no debería ser usado con tal fin. No obstante y a efectos de desarrollo de la escala y de presentación de índices que apoyen estas conclusiones, se decidió escoger como el punto de corte más adecuado, aún asumiendo que ninguno de los seleccionados sería útil en cuanto a diferenciar sujetos con y sin TEPT o con y sin patología se refiere. Así pues, como mero ejercicio de desarrollo se decidió establecer el punto de corte en 20. Las tablas 49 y 50 representan las tablas de contingencia 2x2 que señalan la presencia/ausencia de patología con el valor significativo/control en la EADT tanto para el TEPT como para el resto de las patologías con el punto de corte establecido en 20.

Tabla 49. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de TEPT y el valor significativo/control de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT (punto de corte 20) (n = 220).

		EADT	
		Sí	No
Presencia/ausencia de TEPT	Sí	24 (10.9%)	5 (2.3%)
	No	131 (59.5%)	60 (27,3%)

Tabla 50. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de patología y el valor significativo/control de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT (punto de corte 20) (n = 220).

		EADT	
		Sí	No
Presencia/ausencia de patología	Sí	68 (30.9%)	17 (7.7%)
	No	87 (39.5%)	48 (21.8%)

A continuación, y de igual forma que se realizó para la puntuación total de la EADT y para la subescala “mundo peligroso”, se llevó a cabo el análisis de Bayes para la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano”, es decir, el estudio de los “casos” y “no casos” según la EADT en la población estudiada y de su relación con los resultados obtenidos en la entrevista diagnóstica con el objetivo de calcular diferentes parámetros de validez predictiva (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, eficiencia, cociente de error e índice de Youden). En la tabla 51 se muestran los valores de los diferentes parámetros tanto para la presencia/ausencia de TEPT y para la presencia/ausencia de patología

Tabla 51. Valores de los parámetros del análisis de Bayes para la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT (punto de corte 20).

	Presencia/ausencia de TEPT	Presencia/ausencia de patología
Sensibilidad	.827	.800
Especificidad	.314	.355
Valor predictivo positivo	.154	.438
Valor predictivo negativo	.923	.738
Eficiencia	.381	.527
Coficiente de error	5.66	1.52
Índice de Youden	.141	.155

La sensibilidad de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT con un punto de corte establecido en 20 a la hora de diferenciar entre presencia/ausencia de TEPT o de patología en general es alta, aunque al mismo tiempo la especificidad presenta valores bajos, algo que se ve reflejado en el índice de Youden, muy lejos de su valor máximo de 1. Así mismo el valor predictivo positivo es bajo en el caso de diferenciar entre presencia/ausencia de TEPT y medio en el caso de presencia/ausencia de patología, si bien el valor predictivo negativo es alto en ambos casos. La eficiencia indica que menos del 50% de los casos son correctamente seleccionados en función de la presencia/ausencia de TEPT y que más del 50% de los casos son correctamente seleccionados en función de la presencia/ausencia de patología, respectivamente, al tener como referencia el punto de corte de 20.

Por último se presentan los datos referentes a la validez predictiva de la subescala “cronificación del malestar” relativa a la capacidad de la subescala para diferenciar entre sujetos con y sin TEPT y sujetos con y sin patología. Para ello, al igual que se ha realizado anteriormente con el resto de subescalas y con la escala global de la EADT, se presentan las curvas COR (Figura 10) y la sensibilidad y especificidad de la subescala (Tabla 52).

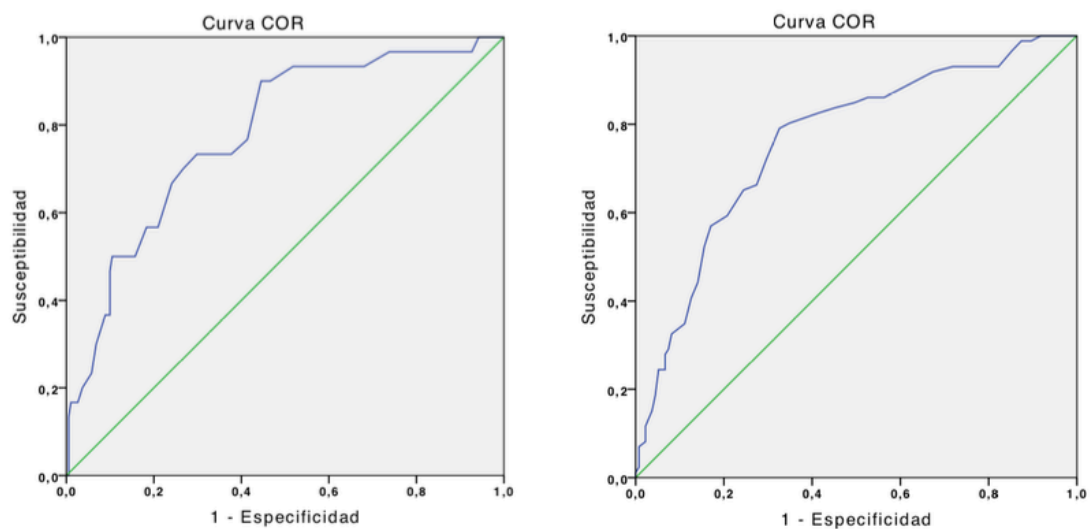


Figura 10. Curvas COR de sensibilidad y especificidad de la subescala “cronificación del malestar” de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 221)

Tabla 52. Valores de sensibilidad y especificidad de la subescala “cronificación del malestar” de la EADT para la presencia/ausencia de Trastorno de Estrés Postraumático (a la izquierda) y para la presencia/ausencia de patología (a la derecha) (n = 221).

Presencia/ausencia de TEPT			Presencia/ausencia de patología		
Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1 - especificidad	Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1 - especificidad
12	1.000	1.000	12	1.000	1.000
13.5	1.000	.984	13.5	1.000	.978
14.5	1.000	.963	14.5	1.000	.948
16	1.000	.958	16	1.000	.941
17.5	1.000	.948	17.5	1.000	.926
18.5	1.000	.942	18.5	1.000	.919
19.5	.967	.927	19.5	.988	.896
20.5	.967	.921	20.5	.988	.889
21.5	.967	.911	21.5	.988	.874
22.5	.967	.885	22.5	.965	.852
23.5	.967	.848	23.5	.930	.822
24.5	.967	.822	24.5	.930	.785
25.5	.967	.801	25.5	.930	.756
26.5	.967	.775	26.5	.930	.719
27.5	.967	.738	27.5	.919	.674
28.5	.933	.681	28.5	.884	.607
29.5	.933	.639	29.5	.860	.563
30.5	.933	.613	30.5	.860	.526
31.5	.933	.586	31.5	.849	.496
32.5	.933	.550	32.5	.837	.452
33.5	.933	.518	33.5	.826	.415
34.5	.900	.466	34.5	.802	.348
35.5	.900	.445	35.5	.791	.326
36.5	.767	.414	36.5	.721	.296
37.5	.733	.377	37.5	.663	.274
38.5	.733	.351	38.5	.651	.244
39.5	.733	.298	39.5	.593	.207
40.5	.700	.267	40.5	.570	.170
41.5	.667	.241	41.5	.523	.156
42.5	.567	.209	42.5	.442	.141
43.5	.567	.183	43.5	.407	.126
44.5	.500	.157	44.5	.349	.111
45.5	.500	.126	45.5	.326	.081
46.5	.500	.105	46.5	.291	.074
47.5	.467	.099	47.5	.279	.067
48.5	.367	.099	48.5	.244	.067
49.5	.367	.089	49.5	.244	.052
50.5	.300	.068	50.5	.186	.044
51.5	.233	.058	51.5	.151	.037
52.5	.200	.037	52.5	.116	.022
53.5	.167	.026	53.5	.081	.022

Presencia/ausencia de TEPT			Presencia/ausencia de patología		
55.5	.167	.010	55.5	.070	.007
57.5	.133	.005	57.5	.047	.007
58.5	.100	.005	58.5	.035	.007
60	.067	.005	60	.023	.007
62	.000	.005	62	.012	.000
64	.000	.000	64	.000	.000

El análisis de las curvas COR de la subescala “cronificación del malestar” de la EADT refleja que las áreas bajo las curvas representan el 78% en el caso de presencia/ausencia de TEPT y 76.2% en el caso de presencia/ausencia de patología. Estas cifras indican que, en cuanto a la capacidad de la subescala “cronificación del malestar” de la EADT para diferenciar entre sujetos con o sin TEPT y entre sujetos con o sin patología, el test es bueno. En términos coloquiales, aplicando la subescala “cronificación del malestar” de la EADT tendríamos un 78% y un 76.2% de probabilidad de que el diagnóstico de TEPT o de que el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad o del estado de ánimo sea más correcto, que el de una persona sana escogida al azar, respectivamente. Aparte, se decidió escoger como punto de corte el 35, atendiendo al criterio de aumentar en lo posible la probabilidad de que la prueba fuera capaz de arrojar verdaderos positivos, aunque esto aumentara también la probabilidad de que un sujeto sin patología fuera categorizado como positivo, es decir, que se aumentaran los falsos positivos. Las tablas 53 y 54 representan las tablas de contingencia 2x2 que señalan la presencia/ausencia de patología con el valor significativo/control en la EADT tanto para el TEPT como para el resto de las patologías.

Tabla 53. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de TEPT y el valor significativo/control de la subescala “cronificación del malestar” de la EADT (punto de corte 35) (n = 221).

		EADT	
		Sí	No
Presencia/ausencia de TEPT	Sí	27 (12.2%)	3 (1.4%)
	No	89 (40.3%)	102 (46.2%)

Tabla 54. Tabla de contingencia 2x2 entre la presencia/ausencia de patología y el valor significativo/control de la subescala “cronificación del malestar” de la EADT (punto de corte 35) (n = 221).

		EADT	
		Sí	No
Presencia/ausencia de patología	Sí	69 (31.2%)	17 (7.7%)
	No	47 (21.3%)	88 (39.2%)

A continuación, y de igual forma que se realizó para la puntuación total de la EADT y para el resto de sus subescalas, se llevó a cabo el análisis de Bayes para la subescala “cronificación del malestar”, es decir, el estudio de los “casos” y “no casos” según la EADT en la población estudiada y de su relación con los resultados obtenidos en la entrevista diagnóstica con el objetivo de calcular diferentes parámetros de validez predictiva (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, eficiencia, cociente de error e índice de Youden). En la tabla 55 se muestran los valores de los diferentes parámetros tanto para la presencia/ausencia de TEPT y para la presencia/ausencia de patología atendiendo a un punto de corte de 20.

Tabla 55. Valores de los parámetros del análisis de Bayes para la subescala “cronificación del malestar” de la EADT (punto de corte 20).

	Presencia/ausencia de TEPT	Presencia/ausencia de patología
Sensibilidad	.900	.802
Especificidad	.534	.651
Valor predictivo positivo	.232	.594
Valor predictivo negativo	.971	.838
Eficiencia	.583	.710
Coficiente de error	3.40	.927
Índice de Youden	.434	.454

La sensibilidad de la subescala “cronificación del malestar” de la EADT con un punto de corte establecido en 35 a la hora de diferenciar entre presencia/ausencia de TEPT o de patología en general es alta, mientras que la especificidad es media, algo que se ve reflejado en el índice de Youden, el cual presenta valores medios. Así mismo el valor predictivo positivo es bajo en

el caso de diferenciar entre presencia/ausencia de TEPT y medio en el caso de presencia/ausencia de patología, si bien el valor predictivo negativo es alto en ambos casos. La subescala “cronificación del malestar” presenta unos índices buenos de eficiencia, en especial en su capacidad para diferenciar entre sujetos con y sin patología, donde la prueba es capaz de acertar en más del 70% de los casos.

En resumen, estos resultados indican que, en cuanto a la capacidad de la EADT para predecir la presencia/ausencia de TEPT y la presencia/ausencia de patología de un caso dado, la escala global y los factores “mundo peligroso” y “cronificación del malestar” muestran buenos índices de sensibilidad e índices aceptables (medios) de especificidad con los puntos de corte asignados. Así pues, el único factor cuya validez predictiva sería cuestionable sería el factor de “visión negativa de la sociedad y del ser humano”.

(d) Estudio de la validez clínica: el estudio de la validez clínica de la EADT se llevó a cabo a través de varios ANCOVA, en todos ellos controlando la influencia tanto del sexo como de la edad, es decir, utilizando ambas variables como covariables. Los ANCOVA se llevaron a cabo tanto para la escala global de la EADT, como para cada una de las subescalas, comparando los siguientes grupos:

1. Grupo “TEPT” (personas con diagnóstico de TEPT; incluyendo personas que tenían otros trastornos del estado de ánimo o de ansiedad comórbidos) x Grupo “No TEPT” (personas sin diagnóstico de TEPT; incluyendo a personas con otros trastornos del estado de ánimo y/o de ansiedad).
2. Grupo “Solo TEPT” (personas diagnosticadas únicamente de TEPT; excluyendo a personas que tenían otros trastornos comórbidos), x Grupo “No TEPT” (personas sin diagnóstico de TEPT; incluyendo a personas con otros trastornos del estado de ánimo o de ansiedad).

3. Grupo “Solo TEPT” (personas diagnosticadas únicamente de TEPT; excluyendo a personas que tenían otros trastornos comórbidos) x Grupo “No patología” (personas sin ningún diagnóstico).
4. Grupo “Patología” (personas diagnosticadas con algún trastorno de los evaluados) x Grupo “No patología” (personas sin ningún diagnóstico).
5. Grupo “TEPT sin trastorno del estado de ánimo” (personas con un diagnóstico de TEPT; incluyendo aquellas que presentaban comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y excluyendo a aquellas que presentaban comorbilidad con trastornos del estado de ánimo) x Grupo “Trastorno del estado de ánimo sin TEPT” (personas con un diagnóstico del estado de ánimo; incluyendo aquellas que presentaban comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y excluyendo a aquellas personas que presentaban comorbilidad con TEPT).
6. Grupo “TEPT sin trastorno del estado de ánimo” (personas con un diagnóstico de TEPT; incluyendo aquellas que presentaban comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y excluyendo a aquellas que presentaban comorbilidad con trastornos del estado de ánimo) x Grupo “Solo trastorno del estado de ánimo” (personas diagnosticadas únicamente con algún trastornos del estado de ánimo; excluyendo a los que presentaban comorbilidad con otros trastornos ansiedad o con TEPT).
7. Grupo “Solo TEPT” (personas diagnosticadas únicamente de TEPT; excluyendo a personas que tenían otros trastornos comórbidos), x Grupo “Solo trastorno del estado de ánimo” (personas diagnosticadas únicamente con algún trastornos del estado de ánimo; excluyendo a los que presentaban comorbilidad con otros trastornos ansiedad o con TEPT).
8. Grupo “TEPT sin trastorno de ansiedad” (personas con diagnóstico de TEPT; incluyendo aquellas que presentaban comorbilidad con algún trastorno del estado

de ánimo y excluyendo a aquellas que presentaban comorbilidad con otros trastornos de ansiedad), x Grupo “Trastorno de ansiedad sin TEPT” (personas diagnosticadas con algún otro trastorno de ansiedad; incluyendo a los que presentaban comorbilidad con algún trastorno del estado de ánimo y excluyendo a los que presentaban comorbilidad con TEPT).

9. Grupo “TEPT sin trastorno de ansiedad” (personas con diagnóstico de TEPT; incluyendo aquellas que presentaban comorbilidad con algún trastorno del estado de ánimo y excluyendo a aquellas que presentaban comorbilidad con otros trastornos de ansiedad) x Grupo “Solo trastorno de ansiedad” (personas diagnosticadas únicamente con algún otro trastorno de ansiedad; excluyendo a los que presentaban comorbilidad con algún trastorno del estado de ánimo o con TEPT).
10. Grupo “Solo TEPT” (personas con un único diagnóstico de TEPT; excluyendo a personas que presentaban comorbilidad con otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo) x Grupo “Solo trastorno de ansiedad” (personas diagnosticadas únicamente con algún otro trastorno de ansiedad; excluyendo a los que presentaban comorbilidad con algún trastorno del estado de ánimo o con TEPT).
11. Grupo “Solo TEPT” (personas con un único diagnóstico de TEPT; excluyendo a personas que presentaban comorbilidad con otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo), x Grupo “Trastorno del estado de ánimo + trastorno de ansiedad” (personas diagnosticadas con algún trastorno del estado de ánimo y/u otro trastorno de ansiedad; excluyendo a aquellas que presentaran comorbilidad con TEPT).

El tamaño de los grupos y las medias y desviaciones típicas de la escala global de la EADT y de las tres subescalas en función de su condición diagnóstica puede verse en la tabla 56.

Tabla 56. Tamaño muestral, medias y desviaciones típicas de la escala global de la EADT y de las tres subescalas

Grupos	EADT _{global}		F ₁		F ₂		F ₃	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.
Grupo “Total” (n = 220)	88.63	24.18	29.37	9.97	23.63	7.21	35.62	10.73
Grupo “TEPT” (n = 34)	104.91	24.73	34.65	10.75	24.73	7.89	45.06	9.20
Grupo “TEPT sin trastorno del estado de ánimo” (n = 15)	99.73	26.06	34.73	12.38	22.40	8.00	42.60	7.98
Grupo “TEPT sin trastorno de ansiedad” (n = 9)	108.89	25.49	37.00	11.34	24.33	8.72	47.55	9.94
Grupo “Solo TEPT” (n = 4)	113.25	29.73	42.00	10.98	24.50	10.08	46.75	10.34
Grupo “No TEPT” (n = 186)	85.65	22.91	28.37	9.52	23.43	7.21	33.84	10.06
Grupo “Trastorno del estado de ánimo + trastorno de ansiedad” (n = 6)	106.50	29.43	36.83	8.54	30.17	8.64	39.50	14.98
Grupo “Trastorno del estado de ánimo sin TEPT” (n = 29)	98.62	22.45	33.37	9.30	25.96	8.51	39.28	9.51
Grupo “Solo trastorno del estado de ánimo” (n = 23)	96.56	20.58	32.48	9.45	24.87	8.32	39.21	8.01
Grupo “Trastorno de ansiedad sin TEPT” (n = 32)	96.56	23.23	32.19	8.99	26.31	6.88	38.06	10.97
Grupo “Solo trastorno de ansiedad” (n = 26)	94.27	21.61	31.11	8.90	25.42	6.27	37.73	10.19
Grupo “Patología” (n = 89)	99.75	23.28	33.22	9.78	25.33	7.60	41.07	10.02
Grupo “No patología” (n = 131)	81.08	21.80	26.72	9.24	22.47	6.71	31.88	9.55

Nota: F₁: factor 1 de “mundo peligroso”; F₂: factor 2 de “visión negativa del ser humano”; F₃: factor 3 de “cronificación del malestar”; Grupo “No patología”: grupo compuesto por personas sin ningún diagnóstico de los evaluados; Grupo “No TEPT”: grupo compuesto por personas sin un diagnóstico de TEPT (incluyendo a personas con un diagnóstico comórbido de trastorno de estado de ánimo y/o algún otro trastorno de ansiedad); Grupo “Patología”: grupo compuesto por personas con alguno de los diagnósticos evaluados; Grupo “Solo TEPT”: grupo compuesto por personas diagnosticadas únicamente de TEPT (excluye a personas con algún otro trastorno comórbido); Grupo “Solo trastorno del estado de ánimo”: grupo compuesto por personas diagnosticadas únicamente con uno o varios trastornos del estado de ánimo (excluye a personas con algún trastorno comórbido de TEPT u otro de ansiedad); Grupo “Solo trastorno de ansiedad”: grupo compuesto por personas diagnosticadas únicamente con uno o varios trastornos de ansiedad excluyendo el TEPT (excluye, así mismo, a personas con algún trastorno del estado de ánimo comórbido); Grupo “TEPT”: grupo compuesto por personas diagnosticadas de TEPT (incluye a personas con trastornos del estado de ánimo y/o algún otro trastorno de ansiedad comórbido); Grupo “TEPT sin trastorno del estado de ánimo”: grupo compuesto por personas diagnosticadas de TEPT (excluye a personas con algún trastorno del estado de ánimo comórbido e incluye a personas con algún otro trastorno de ansiedad comórbido); Grupo “TEPT sin trastorno de ansiedad”: grupo compuesto por personas diagnosticadas de TEPT (excluye a personas con algún otro trastorno de ansiedad e incluye a personas con

algún trastorno del estado de ánimo comórbido); Grupo “Total”: grupo compuesto por el total de la muestra; Grupo “trastorno del estado de ánimo + trastorno de ansiedad”: grupo compuesto por el personas diagnosticadas con algún trastorno del estado de ánimo y/u otro trastorno de ansiedad (excluyendo a aquellas que presentaran comorbilidad con TEPT); Grupo “Trastorno del estado de ánimo sin TEPT”: grupo compuesto por personas diagnosticadas con algún trastorno del estado de ánimo (incluyendo a aquellas que presentaban comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y excluyendo a aquellas personas que presentaban comorbilidad con TEPT); Grupo “Trastorno de ansiedad sin TEPT”: grupo compuesto por personas diagnosticadas con algún otro trastorno de ansiedad (incluyendo a aquellas que presentaban comorbilidad con algún trastorno del estado de ánimo y excluyendo a aquellas personas que presentaban comorbilidad con TEPT).

A continuación se presentan los resultados de los diferentes ANCOVA expuestos anteriormente:

1. Grupo “TEPT” x Grupo “No TEPT”. A la hora de comparar las puntuaciones tanto de la escala global de la EADT como de las tres subescalas de las personas del grupo “TEPT” frente a las personas del grupo “No TEPT”, al tiempo que tratamos de controlar los efectos tanto de la edad como del sexo, encontramos, en primer lugar, que el sexo estuvo estadísticamente relacionado con la puntuación total de la EADT ($F(1, 216) = 5.232, p = .023, \eta^2 = .024$), con la puntuación de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” ($F(1, 216) = 4.119, p = .044, \eta^2 = .019$) y con la puntuación de la subescala “cronificación del malestar” ($F(1, 216) = 4.937, p = .027, \eta^2 = .022$), no así con la subescala “mundo peligroso” ($F(1, 216) = 2.638, p > .05$). En segundo lugar, encontramos que la edad estuvo estadísticamente relacionada con la puntuación total de la EADT ($F(1, 216) = 4.032, p = .046, \eta^2 = .018$), pero no con la puntuación de ninguna de las subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 216) = 2.368, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 216) = 2.929, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 216) = 3.890, p > .05$). En tercer lugar, tras controlar el efecto de la edad y del sexo, encontramos que las puntuaciones del grupo “TEPT” eran estadísticamente mayores que las puntuaciones del grupo “No TEPT” en la escala global de la EADT ($F(1, 216) = 22.232, p < .001, \eta^2 = .093$), en la subescala “mundo peligroso” ($F(1, 216) = 13.431, p < .001, \eta^2 = .058$) y en la subescala “cronificación del malestar” ($F(1, 216) = 40.907, p < .001, \eta^2 = .159$), pero no en la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” ($F(1, 216) = 1.351, p > .05$).
2. Grupo “Solo TEPT” x Grupo “No TEPT”. La comparación de las puntuaciones de la escala global de la EADT y de las tres subescalas de las personas del grupo “Solo

TEPT” frente a las personas del grupo “No TEPT”, tratando de controlar los efectos del sexo y de la edad, arrojó resultados que indican que el sexo de los participantes estaba estadísticamente relacionado con la puntuación total de la EADT ($F(1, 186) = 7.448, p = .007, \eta^2 = .039$) y con las tres subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 186) = 5.594, p = .019, \eta^2 = .029$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 186) = 5.315, p = .022, \eta^2 = .028$; “cronificación del malestar”: $F(1, 186) = 5.421, p = .021, \eta^2 = .028$). En segundo lugar, encontramos que la edad de los participantes no estaba estadísticamente relacionada con la puntuación total de la EADT ($F(1, 186) = 1.679, p > .05$), ni con las tres subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 186) = .788, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 186) = 2.067, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 186) = 1.178, p > .05$). En tercer lugar, tras controlar el efecto de la edad y del sexo, encontramos que las puntuaciones del grupo “Solo TEPT” eran estadísticamente mayores que las puntuaciones del grupo “No TEPT” en la escala global de la EADT ($F(1, 186) = 7.725, p = .006, \eta^2 = .040$), en la subescala “mundo peligroso” ($F(1, 186) = 10.030, p = .002, \eta^2 = .051$) y en la subescala “cronificación del malestar” ($F(1, 186) = 8.248, p = .005, \eta^2 = .042$), pero no en la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” ($F(1, 186) = .389, p > .05$).

3. Grupo “Solo TEPT” x Grupo “No patología”. La comparación de las puntuaciones de la escala global de la EADT y de las tres subescalas de las personas del grupo “Solo TEPT” frente a las personas del grupo “No patología”, tratando de controlar los efectos del sexo y de la edad, arrojó resultados que indican, en primer lugar, que el sexo de los participantes estaba estadísticamente relacionado con la puntuación total de la EADT ($F(1, 131) = 6.157, p = .014, \eta^2 = .045$) y con la subescala “cronificación del malestar” ($F(1, 131) = 5.820, p = .017, \eta^2 = .043$), pero no con la subescala “mundo peligroso”

($F(1, 131) = 3.847, p > .05$) ni con la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” ($F(1, 131) = 3.647, p > .05$). En segundo lugar, encontramos que la edad de los participantes no estaba estadísticamente relacionada con la puntuación total de la EADT ($F(1, 131) = 1.390, p > .05$), ni con las tres subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 131) = .220, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 131) = 2.658, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 131) = 1.175, p > .05$). En tercer lugar, tras controlar el efecto de la edad y del sexo, encontramos que las puntuaciones del grupo “Solo TEPT” eran estadísticamente mayores que las puntuaciones del grupo “No patología” en la escala global de la EADT ($F(1, 131) = 10.625, p = .001, \eta^2 = .075$), en la subescala “mundo peligroso” ($F(1, 131) = 12.367, p = .001, \eta^2 = .086$) y en la subescala “cronificación del malestar” ($F(1, 131) = 11.759, p = .001, \eta^2 = .082$), pero no en la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” ($F(1, 131) = .725, p > .05$).

4. Grupo “Patología” x Grupo “No patología”. La comparación de las puntuaciones de la escala global de la EADT y de las tres subescalas de las personas del grupo “Patología” frente a las personas del grupo “No patología”, tratando de controlar los efectos del sexo y de la edad, arrojó resultados que indican, en primer lugar, que el sexo de los participantes no estaba estadísticamente relacionado con la puntuación total de la EADT ($F(1, 217) = .899, p > .05$) ni con la puntuación de ninguna de sus subescala (“mundo peligroso”: $F(1, 217) = .206, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 217) = 2.214, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 217) = .373, p > .005$). En segundo lugar, encontramos que la edad de los participantes guarda una relación estadísticamente significativa con la puntuación total de la EADT ($F(1, 217) = 4.286, p = .040, \eta^2 = .019$), pero no con ninguna de sus subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 217) = 2.768, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser

humano”: $F(1, 217) = 3.060, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 217) = 3.730, p > .05$). En tercer lugar, tras controlar el efecto de la edad y del sexo, encontramos que las puntuaciones del grupo “Patología” eran estadísticamente mayores que las puntuaciones del grupo “No patología” en la escala global de la EADT ($F(1, 217) = 34.779, p < .001, \eta^2 = .139$), y en las tres subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 217) = 24.098, p < .001, \eta^2 = .100$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 217) = 7.289, p = .007, \eta^2 = .33$; “cronificación del malestar”: $F(1, 217) = 45.706, p < .001, \eta^2 = .174$).

5. Grupo “TEPT sin trastorno del estado de ánimo” x Grupo “Trastorno del estado de ánimo sin TEPT”. La comparación de las puntuaciones de la escala global de la EADT y de las tres subescalas de las personas del grupo “TEPT sin trastorno del estado de ánimo” frente a las personas del grupo “Trastorno del estado de ánimo sin TEPT”, tratando de controlar los efectos del sexo y de la edad, arrojó resultados que indican, en primer lugar, que el sexo de los participantes no estaba estadísticamente relacionado con la puntuación total de la EADT ($F(1, 40) = .112, p > .05$) ni con la puntuación de ninguna de sus subescala (“mundo peligroso”: $F(1, 40) = .141, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 40) = .027, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 40) = .353, p > .005$). Así mismo, encontramos que la edad de los participantes tampoco guarda relación estadísticamente significativa ni con la puntuación total de la EADT ($F(1, 40) = .284, p > .05$), ni con ninguna de sus subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 40) > .001, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 40) = 1.082, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 40) = .217, p > .05$). Por último, tras controlar el efecto de la edad y del sexo, encontramos que no había diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del grupo “TEPT sin trastorno del estado de ánimo” y del grupo

“Trastorno del estado de ánimo sin TEPT” ni en la escala global de la EADT ($F(1, 40) = .002, p > .05$), ni en sus tres subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 40) = .037, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 40) = 1.015, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 40) = .655, p > .05$).

6. Grupo “TEPT sin trastorno del estado de ánimo” x Grupo “Solo trastorno del estado de ánimo”. La comparación de las puntuaciones de la escala global de la EADT y de las tres subescalas de las personas del grupo “TEPT sin trastorno del estado de ánimo” frente a las personas del grupo “Solo trastorno del estado de ánimo”, tratando de controlar los efectos del sexo y de la edad, arrojó resultados que indican, en primer lugar, que el sexo de los participantes no estaba estadísticamente relacionado con la puntuación total de la EADT ($F(1, 34) = .097, p > .05$) ni con la puntuación de ninguna de sus subescala (“mundo peligroso”: $F(1, 34) = .074, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 34) = .153, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 34) = .882, p > .005$). Así mismo, encontramos que la edad de los participantes tampoco guarda relación estadísticamente significativa ni con la puntuación total de la EADT ($F(1, 34) = .005, p > .05$), ni con ninguna de sus subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 34) = .286, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 34) = .153, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 34) = .882, p > .05$). Por último, tras controlar el efecto de la edad y del sexo, encontramos que no había diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del grupo “TEPT sin trastorno del estado de ánimo” y del grupo “Solo trastorno del estado de ánimo” ni en la escala global de la EADT ($F(1, 34) = .046, p > .05$), ni en sus tres subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 34) = .191, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 34) = .366, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 34) = .437, p > .05$).

7. Grupo “Solo TEPT” x Grupo “Solo trastorno del estado de ánimo”. La comparación de las puntuaciones de la escala global de la EADT y de las tres subescalas de las personas del grupo “Solo TEPT” frente a las personas del grupo “Solo trastorno del estado de ánimo”, tratando de controlar los efectos del sexo y de la edad, arrojó resultados que indican, en primer lugar, que el sexo de los participantes no estaba estadísticamente relacionado con la puntuación total de la EADT ($F(1, 23) = .453, p > .05$) ni con la puntuación de ninguna de sus subescala (“mundo peligroso”: $F(1, 23) = .845, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 23) = 2.161, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 23) = .545, p > .005$). Así mismo, encontramos que la edad de los participantes tampoco guarda relación estadísticamente significativa ni con la puntuación total de la EADT ($F(1, 23) = .093, p > .05$), ni con ninguna de sus subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 23) = .002, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 23) = .756, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 23) < .001, p > .05$). Por último, tras controlar el efecto de la edad y del sexo, encontramos que no había diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del grupo “Solo TEPT” y del grupo “Solo trastorno del estado de ánimo” ni en la escala global de la EADT ($F(1, 23) = 2.259, p > .05$), ni en sus tres subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 23) = 4.006, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 23) = .520, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 23) = .890, p > .05$).
8. Grupo “TEPT sin trastorno de ansiedad” x Grupo “Trastorno de ansiedad sin TEPT”. La comparación de las puntuaciones de la escala global de la EADT y de las tres subescalas de las personas del grupo “TEPT sin trastorno de ansiedad” frente a las personas del grupo “Trastorno de ansiedad sin TEPT”, tratando de controlar los efectos del sexo y de la edad, arrojó resultados que indican, en primer lugar, que el sexo de los

participantes estaba estadísticamente relacionado con la puntuación de la subescala “mundo peligroso” ($F(1, 37) = 5.997, p = .019, \eta^2 = .139$), pero no con la puntuación de la escala global de la EADT ($F(1, 37) = 3.470, p > .05$), ni con la puntuación de las subescalas “visión negativa de la sociedad y del ser humano” ($F(1, 37) = 1.305, p > .05$) y “cronificación del malestar” ($F(1, 37) = 1.367, p > .05$). En segundo lugar, encontramos que la edad de los participantes tampoco guarda relación estadísticamente significativa ni con la puntuación total de la EADT ($F(1, 37) = .949, p > .05$), ni con ninguna de sus subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 37) = 1.193, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 37) = .415, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 37) = .541, p > .05$). Por último, tras controlar el efecto de la edad y del sexo, encontramos que no había diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del grupo “TEPT sin trastorno de ansiedad” y del grupo “Trastorno de ansiedad sin TEPT” ni en la escala global de la EADT ($F(1, 37) = .949, p > .05$), ni en sus tres subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 37) = 1.193, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 37) = 1.308, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 37) = 2.863, p > .05$).

9. Grupo “TEPT sin trastorno de ansiedad” x Grupo “Solo trastorno de ansiedad”. La comparación de las puntuaciones de la escala global de la EADT y de las tres subescalas de las personas del grupo “TEPT sin trastorno de ansiedad” frente a las personas del grupo “Solo trastorno de ansiedad”, tratando de controlar los efectos del sexo y de la edad, arrojó resultados que indican, en primer lugar, que el sexo de los participantes estaba estadísticamente relacionado con la puntuación global de la EADT ($F(1, 31) = 4.662, p = .039, \eta^2 = .131$) y con la puntuación de la subescala mundo peligroso ($F(1, 31) = 6.990, p = .013, \eta^2 = .184$), pero no así con las puntuaciones de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” ($F(1, 31) = 1.142, p >$

.05) ni con la subescala de “cronificación del malestar” ($F(1, 31) = 2.259, p > .05$). Algo similar ocurre con la edad, la cual presenta una relación estadísticamente significativa con la puntuación global de la EADT ($F(1, 31) = 4.402, p = .044, \eta^2 = .124$) y con la puntuación de la subescala mundo peligroso ($F(1, 31) = 4.303, p = .046, \eta^2 = .122$), pero no así con las puntuaciones de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” ($F(1, 31) = 3.274, p > .05$) ni con la subescala de “cronificación del malestar” ($F(1, 31) = 1.839, p > .05$). Ahora bien, tras controlar el efecto de la edad y del sexo, encontramos que no había diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del grupo “TEPT sin trastorno de ansiedad” y del grupo “Solo trastorno de ansiedad” ni en la escala global de la EADT ($F(1, 31) = .701, p > .05$), ni en sus tres subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 31) = .398, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 31) = .782, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 31) = 3.262, p > .05$).

10. Grupo “Solo TEPT” x Grupo “Solo trastorno de ansiedad”. La comparación de las puntuaciones de la escala global de la EADT y de las tres subescalas de las personas del grupo “Solo TEPT” frente a las personas del grupo “Solo trastorno de ansiedad”, tratando de controlar los efectos del sexo y de la edad, arrojó resultados que indican, en primer lugar, que el sexo de los participantes no estaba estadísticamente relacionado ni con la puntuación global de la EADT ($F(1, 26) = .300, p > .05$) ni con la puntuación de ninguna de sus subescala (“mundo peligroso”: $F(1, 26) = 2.221, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 26) = 1.265, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 26) = 2.446, p > .005$). En segundo lugar, encontramos que la edad de los participantes está estadísticamente relacionada con la puntuación en la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” ($F(1, 26) = 4.411, p = .046, \eta^2 = .145$), pero no con la escala global de la EADT ($F(1, 26) = 2.825, p > .05$), ni con las

subescalas “mundo peligroso” ($F(1, 26) = 2.660, p > .05$) y “cronificación del malestar” ($F(1, 26) = .660, p > .05$). Por último, tras controlar el efecto de la edad y del sexo, encontramos que no había diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del grupo “Solo TEPT” y del grupo “Solo trastorno de ansiedad” ni en la escala global de la EADT ($F(1, 37) = .300, p > .05$), ni en sus tres subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 37) = 1.487, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 37) = .680, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 37) = .394, p > .05$).

11. Grupo “Solo TEPT” x Grupo “Trastorno del estado de ánimo + trastorno de ansiedad”.

La comparación de las puntuaciones de la escala global de la EADT y de las tres subescalas de las personas del grupo “Solo TEPT” frente a las personas del grupo “Trastorno del estado de ánimo + trastorno de ansiedad”, tratando de controlar los efectos del sexo y de la edad, arrojó resultados que indican, en primer lugar, que el sexo de los participantes no estaba estadísticamente relacionado con la puntuación total de la EADT ($F(1, 6) = .026, p > .05$) ni con la puntuación de ninguna de sus subescala (“mundo peligroso”: $F(1, 6) = .043, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 6) = .133, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 6) = .007, p > .005$). Así mismo, encontramos que la edad de los participantes tampoco guarda relación estadísticamente significativa ni con la puntuación total de la EADT ($F(1, 6) = 3.460, p > .05$), ni con ninguna de sus subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 6) = 1.699, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 6) = 2.286, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 6) = 4.193, p > .05$). Por último, tras controlar el efecto de la edad y del sexo, encontramos que no había diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del grupo “Solo TEPT” y del grupo “Solo trastorno del estado de ánimo” ni en la escala global de la EADT ($F(1, 6) = 2.786, p >$

.05), ni en sus tres subescalas (“mundo peligroso”: $F(1, 6) = 1.927, p > .05$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $F(1, 6) = .432, p > .05$; “cronificación del malestar”: $F(1, 6) = 4.808, p > .05$).

Como puede verse, en los únicos grupos en los que se obtienen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la escala global de la EADT o de algunas de sus subescalas en función del diagnóstico recibido son en las comparaciones “TEPT” / “no TEPT”, “Solo TEPT” / “no TEPT”, “Solo TEPT” / “No patología” y “Patología” / “No patología”. A continuación se presenta en la tabla 57 un resumen de los ANCOVA de estos cuatro grupos, indicando los tamaños del efecto arrojados a través del estadístico eta cuadrado y «f» de Cohen.

Tabla 57. Resultados de los ANCOVA realizados comparando la puntuación total de la EADT, así como de las tres subescalas. Se presentan los datos del tamaño del efecto.

Grupos de comparación		EADT _{global}				F ₁				F ₂				F ₃			
		F	η ²	f	Int.	F	η ²	f	Int.	F	η ²	f	Int.	F	η ²	f	Int.
TEPT (n = 35)	No TEPT (n = 186)	22.232 **	.093	.32	medio	13.431 **	.058	.25	medio	1.351	--	--	--	40.907 **	.159	.44	alto
Solo TEPT (n = 4)	No TEPT (n = 186)	7.725 *	.040	.20	bajo	10.030 *	.051	.23	bajo	.389	--	--	--	8.248 *	.042	.21	bajo
Solo TEPT (n = 4)	No patología (n = 131)	10.625 *	.75	.28	medio	12.367 *	.086	.31	medio	.725	--	--	--	11.759 *	.082	.30	medio
Patología (n = 90)	No patología (n = 131)	34.779 **	.139	.40	alto	24.098 **	.100	.33	medio	7.290 *	.033	.18	bajo	45.706 **	.174	.44	alto

Nota (*): significativo al nivel .05; (**): significativo al nivel .001; (--): dato irrelevante; F₁: factor 1 de “mundo peligroso”; F₂: factor 2 de “visión negativa del ser humano”; F₃: factor 3 de “cronificación del malestar”; Int: interpretación del tamaño del efecto; No patología: grupo compuesto por personas sin ningún diagnóstico de los evaluados; No TEPT: grupo compuesto por personas sin un diagnóstico de TEPT (incluyendo a personas con un diagnóstico comórbido de trastorno de estado de ánimo y/o algún otro trastorno de ansiedad); No Patología: grupo compuesto por personas que no presentan ningún diagnóstico; Patología: grupo compuesto por personas con alguno de los diagnósticos evaluados; Solo TEPT: grupo compuesto por personas diagnosticadas únicamente de TEPT (excluye a personas con algún otro trastorno comorbido).

Atendiendo a estos resultados podemos concluir que la capacidad de la escala global de la EADT para diferenciar entre (a) personas con algunas de las patologías evaluadas (trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y TEPT) y personas sin ningún tipo de patología de las evaluadas es alta; (b) personas con un diagnóstico de TEPT (incluyendo aquellas con uno o más diagnóstico comórbidos, ya fueran del estado de ánimo o de ansiedad) y personas sin TEPT (incluyendo a aquellas que tenían otro tipo de diagnósticos) es media; (c) personas con un único diagnóstico de TEPT y personas sin ningún tipo de patología de las evaluadas es media y (d) personas con un único diagnóstico de TEPT y personas sin TEPT (incluyendo a aquellas que tenían otro tipo de diagnósticos) es baja. En lo relativo al factor “mundo peligroso”, podemos concluir que su capacidad para diferenciar entre (a) personas con algunas de las patologías evaluadas (trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y TEPT) y personas sin ningún tipo de patología de las evaluadas es media; (b) personas con un diagnóstico de TEPT (incluyendo aquellas con uno o más diagnóstico comórbidos, ya fueran del estado de ánimo o de ansiedad) y personas sin TEPT (incluyendo a aquellas que tenían otro tipo de diagnósticos) es media; (c) personas con un único diagnóstico de TEPT y personas sin ningún tipo de patología de las evaluadas es media y (d) personas con un único diagnóstico de TEPT y personas sin TEPT (incluyendo a aquellas que tenían otro tipo de diagnósticos) es baja. En cuanto al factor “visión negativa de la sociedad y del ser humano”, podemos concluir que solo cuenta con la capacidad de diferenciar entre personas con alguna de las patologías evaluadas y personas sin ninguna patología, siendo, además, esta capacidad baja. Por último, en lo relativo al factor “cronificación del malestar”, podemos concluir que su capacidad para diferenciar entre (a) personas con algunas de las patologías evaluadas (trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y TEPT) y personas sin ningún tipo de patología de las evaluadas es alta; (b) personas con un diagnóstico de TEPT (incluyendo aquellas con uno o más diagnóstico comórbidos, ya fueran del estado de ánimo o de ansiedad) y personas sin TEPT

(incluyendo a aquellas que tenían otro tipo de diagnósticos) es alta; (c) personas con un único diagnóstico de TEPT y personas sin ningún tipo de patología de las evaluadas es media y (d) personas con un único diagnóstico de TEPT y personas sin TEPT (incluyendo a aquellas que tenían otro tipo de diagnósticos) es baja.

Capítulo 9.

Discusión y Conclusiones

Los factores cognitivos del trastorno de estrés postraumático han mostrado su importancia a la hora de dar una explicación a la etiología, curso, mantenimiento y respuesta a los diferentes tratamientos desarrollados para esta patología. Desde mediados-finales de la década de los 80 han ido surgiendo modelos que trataban de dar una explicación a la idiosincrasia del TEPT aludiendo en mayor o menor medida a factores cognitivos como responsables del desarrollo de la patología. Estos modelos fueron desarrollándose y aumentando su complejidad al tiempo que su capacidad explicativa de la causística del TEPT también aumentaba. Así, se desarrollaron modelos basados en un único sistema de representación y modelos más complejos basados en dos o más sistemas de representación de la información. Al mismo tiempo que estos modelos surgían, diferentes estudios empíricos dotaban de validez a los postulados de los modelos, llegando a establecer ciertos parámetros cognitivos, entre los que se contaban los pensamientos negativos, las creencias y actitudes cognitivas, los procesos y las estructuras. A la par que los avances empíricos, muchas terapias comenzaron a incluir en sus protocolos de tratamientos para el TEPT diferentes módulos o técnicas específicas destinadas a la modificación de los aspectos cognitivos o, directamente, se desarrollaron protocolos donde las técnicas cognitivas formaban el grueso del paquete. Por último, la clasificación diagnóstica de la APA (APA, 2013) en su última versión, decidió incluir las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo como un bloque más de criterios necesarios para diagnosticar el trastorno.

Dada la importancia de los factores cognitivos en el TEPT, la evaluación psicológica comenzó a desarrollar instrumentos que pudieran medir los diferentes aspectos cognitivos que pudieran tener relevancia en el trastorno. En general, a día de hoy, podemos afirmar que hay disponibles en la literatura científica una cantidad razonable de instrumentos capaces de evaluar diferentes constructos cognitivos asociados al TEPT, si bien la alta variabilidad de los constructos cognitivos relaciones con el trastorno, las diferencias en los perfiles sintomatológicos y en las tasas de prevalencia en función del tipo de evento traumático apunta

a la necesidad de desarrollar nuevos instrumentos sensibles al tipo de acontecimiento traumático sufrido, como es el caso de las víctimas del terrorismo, población para la cual en la actualidad no existe ningún instrumento específico que evalúe los aspectos cognitivos de su trastorno. Un problema añadido de la mayoría de estos instrumentos tiene que ver con los aspectos metodológicos-estadísticos, en especial a aquellos que se refieren a los procedimientos de análisis factorial. En la mayoría de los casos, el uso de análisis factoriales de componentes principales o la ausencia de análisis factoriales pueden ser aspectos que comprometan la interpretación de las soluciones obtenidas, lo que restaría validez de constructo a los instrumentos. Por último, comentar que solo dos de los instrumentos tenían versión adaptada al castellano, con lo que en España, un país con un recorrido histórico de terrorismo importante, apenas existen pruebas que permitan medir este constructo.

Por todo ello, el objetivo del presente trabajo fue diseñar, desarrollar y validar un instrumento de aplicación breve y sencilla capaz de medir las actitudes disfuncionales traumáticas de las víctimas del terrorismo y que se llamó Escala de Actitudes Disfuncionales Traumáticas (EADT). Los ítems de la EADT fueron diseñados a partir del análisis de las grabaciones de 480 sesiones de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) con pacientes diagnósticos de TEPT o de TEPT y cualquier otro trastorno del estado de ánimo y de ansiedad. La selección de los ítems finales para formar parte de la versión preliminar de la EADT fue llevada a cabo por un grupo de psicólogos expertos en la atención integral a víctimas del terrorismo quienes, tras analizar los ítems arrojados por las grabaciones, eliminaron aquellos cuyas ideas parecían similares, mejoraron la redacción de algunos ítems y seleccionaron 84 ítems que trataban diferentes temáticas. Estos ítems conformaron la versión preliminar de la EADT.

A continuación se llevaron a cabo procedimientos de análisis factorial, se seleccionó el número de factores que tendría la escala y se eliminaron aquellos ítems indicados por el análisis

factorial. Así, quedó conformada la versión definitiva de la EADT, compuesta por tres factores y 34 ítems. El análisis del contenido de los ítems indicó que el factor 1, formado por 13 ítems, tenía que ver con la idea de “mundo peligroso”, el factor 2, formado por 8 ítems, tenía que ver con “la visión negativa de la sociedad y del ser humano” y el factor 3, formado por 13 ítems, tenía que ver con la idea de la “cronificación del malestar”.

Dado el método utilizado para desarrollar la escala (escucha de sesiones de TCC-CT en víctimas del terrorismo que padecen TEPT) y de los factores encontrados en el análisis factorial, factores que están muy en consonancia con los propuestos por los modelos cognitivos y los instrumentos de cogniciones del TEPT, la primera conclusión que podemos extraer es que **todos los ítems de la EADT expresan proposiciones cognitivas susceptibles de ser desarrolladas por víctimas del terrorismo**. Además, como decimos, las ideas de amenaza constante y de irreversibilidad del daño o de cronificación del malestar psicológico son ideas fundamentales en los modelos cognitivos del TEPT. Según estos modelos y con los matices propios de cada postulado, sufrir un evento traumático tiene el potencial para que una gran cantidad de estímulos neutros presentes en la situación traumática sean procesados como estímulos amenazantes, con lo que la aparición de estos estímulos en la vida normal de un sujeto con TEPT activará estas amenazas y, con ellas, la sensación de que el mundo es un lugar peligroso. Además, las creencias sobre el mundo tendrán que cambiar para seguir siendo congruentes con la información que viene del exterior, con lo que la propia percepción de amenaza, aunque sesgada, cambiará el sistema de creencias del sujeto. Por otro lado, la idea de cronificación del malestar psicológico también es postulada o deducida por los modelos cognitivos. Una de las respuestas fundamentales que emite el sujeto con TEPT cuando sus “mapas” o “redes” o “esquemas” cognitivos se activan por la presencia de algún estímulo relevante, provocándole respuestas emocionales intensas, es la evitación de estos estímulos y sus recuerdos y emociones asociadas, con lo que el procesamiento cognitivo y emocional del

evento traumático queda interrumpido, manteniendo el trastorno. Dado este funcionamiento, cabría esperar que una de las creencias que desarrollaran los sujetos con TEPT sea la idea de que el cambio psicológico producido por el atentado tiene un curso crónico, de imposible resolución. Por su parte, el factor relativo a la “visión negativa de la sociedad y del ser humano” no encuentra tanta relevancia ni en los modelos cognitivos ni en los factores arrojados por otros instrumentos. Una explicación plausible a este hecho tiene que ver con la propia situación vivida por las víctimas del terrorismo de este país, a partir de las cuáles surge la EADT. Si bien podemos considerar que una gran cantidad de eventos pueden considerarse traumáticos, el papel de la sociedad y del ser humano difiere mucho entre ellos. Así, por ejemplo, en las catástrofes naturales (terremotos, inundaciones, riadas, incendios no provocados, etc.) la mano del hombre apenas juega ningún rol, no así el de la sociedad, la cual puede “elegir” entre la solidaridad y el apoyo a las víctimas, lo que se traduce en un apoyo social e instrumental muy necesario en estas situaciones, o entre el olvido y la discriminación. En el caso de, por ejemplo, los accidentes, la mano del hombre puede tener más o menos peso, aunque el hecho de que no exista una intencionalidad clara hace menos probable que las víctimas se centren en el factor humano. Esta probabilidad se acentúa cuando el acontecimiento traumático involucra a una persona con la intención de dañar (asaltos físicos, asaltos sexuales, homicidios, guerras, etc.), siendo el papel de la sociedad muy relevante a la hora de dar apoyo a la víctima. Sin embargo, uno de los acontecimientos traumáticos, sino el que más, donde el hombre y la sociedad juegan un rol fundamental es el que tiene que ver con los atentados terroristas. En éstos existe la intencionalidad clara de los terroristas de provocar un daño grave a un grupo de personas, aunque el objetivo de los terroristas no es en ningún caso la víctima directa, sino el conjunto de la sociedad a la que ataca. Estas características pueden explicar por qué en el caso de las víctimas del terrorismo se destaca como creencia relevante la visión negativa de la sociedad y del ser humano, más aún en un país como España que durante años apenas dio visibilidad y

apoyo (social, psicológico, económico, legal) al colectivo de víctimas. Un hecho que sorprende, dada la importancia otorgada por los modelos cognitivos y por los hallazgos de otros instrumentos, es la ausencia de un factor relacionado con la culpa, aunque en los ítems de la versión preliminar de 84 ítems de la EADT se reflejaba dicha idea. De nuevo, una explicación plausible la encontramos en la propia idiosincrasia del colectivo de víctimas. Si bien la culpa en este colectivo es un aspecto fundamental, al igual que sucede en otros colectivos de víctimas, parece menos extendida en la sociedad la idea de que la víctima pueda tener algo de responsabilidad en el suceso.

Por su parte, el análisis de la fiabilidad de las tres subescalas y de la escala global de la EADT permite extraer una segunda conclusión a este trabajo; que **la EADT es un instrumento fiable**. Siguiendo las normas de interpretación del estadístico α de Cronbach propuestas por Hernández, Ponsoda, Muñiz y Elosua (2016), podemos decir que la consistencia interna de la escala global de la EADT ($\alpha = .930$) y de sus tres subescalas (“mundo peligroso”: $\alpha = .876$; “visión negativa de la sociedad y del ser humano”: $\alpha = .852$; “cronificación del malestar”: $\alpha = .869$) es excelente. Además, se llevaron a cabo análisis de homogeneidad de los ítems tanto para la escala global de la EADT como para la subescala a la que pertenía, mostrando todos ellos valores superiores a .20, el valor mínimo para considerar que ese ítem está midiendo lo mismo que el resto de ellos (McIver y Carmines, 1981). Estos índices están en consonancia o incluso son superiores a los encontrados en otros instrumentos de similares características.

La tercera conclusión que el análisis del instrumento permite extraer es que **la EADT cuenta con una buena validez de constructo**. Para asegurar esta validez se realizó el gráfico de sedimentación de Cattell, cuyo análisis visual apunta a la existencia de tres o cuatro factores, y se llevaron a cabo 16 análisis factoriales exploratorios con la muestra de desarrollo siguiendo las mejores recomendaciones para la realización de análisis factoriales, con lo que se combinaron los números de factores a retener (entre 3 y 7), con ambas matrices de correlaciones

(matriz de correlaciones de Pearson y matriz de correlaciones policóricas) y varios métodos de retención de los ítems (método de retención de Hull, MAP de Velicer, PAc y PAo), utilizando en todos los casos el método de extracción ULS y el método de rotación promax normalizada. Por lo general, los instrumentos similares encontrados en la literatura científica suelen utilizar el método de análisis de componentes principales, susceptible de aumentar espuriamente las cargas factoriales y los porcentajes de varianza explicados por los factores, y el método de rotación Varimax, cuando las recomendaciones más actualizadas apoyan el uso de rotaciones oblicuas.

El análisis factorial que finalmente se utilizó para la factorización de la EADT trató de ajustar los datos a un modelo de 4 factores, utilizó la matriz de correlaciones policórica, el método de retención MAP de Velicer, el método de extracción ULS y el método de rotación promax normalizada. Se eligió este análisis factorial principalmente debido a que tres de los cuatro factores que arrojaba tenían índices de fiabilidad a priori altos (por encima de .80) y debido a que el análisis del contenido de los ítems indicaban una mayor homogeneidad, lo que facilitaba la interpretación psicológica de los factores. A pesar de lo cual, el factor de menor consistencia interna fue eliminado, dado que se consideró que no aportaba ni calidad psicométrica ni información relevante sobre las actitudes disfuncionales del TEPT.

Las correlaciones entre las subescalas y de éstas con la puntuación global de la EADT son estadísticamente significativas, alcanzando valores superiores a .85. Estos valores indican que todos los ítems están en consonancia y que, en última instancia, están midiendo aspectos altamente relacionados, como era de esperar.

Así mismo, se trataron de replicar los resultados obtenidos en este análisis factorial con la muestra de validación a través de otro procedimiento de análisis factorial similar al ya realizado. Los resultados mostraron que salvo un ítem de los 34 que conforman la versión definitiva de la EADT estaban correctamente situados en el factor que le correspondía.

La cuarta conclusión a la que podemos llegar es que **la EADT cuenta con una buena validez convergente**, conclusión que se desprende al valorar las correlaciones entre cada ítem con la subescala a la que pertenece y con las puntuaciones totales de la EADT. Todas las correlaciones son estadísticamente significativas, con un 76.5% de las correlaciones de los ítems con el factor al que pertenecen superando el valor de .60 y con un 97.1% de las correlaciones de los ítems con la escala global superando el valor de .50. Además, el 100% de las correlaciones entre cada ítem con la subescala a la que pertenece tienen valores superiores a las correlaciones establecidas entre el ítem y una subescala a la que no pertenece.

La quinta conclusión de este trabajo es que **la EADT cuenta con una excelente validez discriminante**, lo que permite el uso de este instrumento como una medida para discriminar entre aquellas víctimas con o sin problemas psicológicos, en especial en lo que se refiere a la sintomatología postraumática y depresiva. Las tres subescalas y la escala global de la EADT se sometieron a análisis de correlación con medidas de sintomatología postraumática (PCL-5), depresiva (BDI-II), ansiosa (BAI) y de inadaptación (EI). La subescala “mundo peligroso” arroja valores indicativos de una validez discriminante muy buena con la sintomatología postraumática ($r = .539; p < .001$) y depresiva ($r = .533; p < .001$) y una validez discriminante buena para la sintomatología ansiosa ($r = .421; p < .001$) y para la sintomatología de inadaptación ($r = .406; p < .001$). La subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” tiene una validez discriminante buena con la sintomatología depresiva ($r = .359; p < .001$) y suficiente con la sintomatología postraumática ($r = .315; p < .001$), con la sintomatología ansiosa ($r = .251; p = .02$) y con la sintomatología de inadaptación ($r = .247; p > .05$), si bien esta última correlación no resultó estadísticamente significativa. La subescala “cronificación del malestar”, por su parte, muestra una validez discriminante excelente con la sintomatología postraumática ($r = .646; p < .001$) y depresiva ($r = .609; p < .001$) y una validez discriminante muy buena con la sintomatología ansiosa ($r = .476; p < .001$) y de inadaptación

($r = .486$; $p < .001$). Por último, la escala global de la EADT tiene una validez discriminante excelente con la sintomatología postraumática ($r = .615$; $p < .001$) y depresiva ($r = .598$; $p < .001$), una validez discriminante muy buena para la sintomatología ansiosa ($r = .462$; $p < .001$) y una con la sintomatología de inadaptación ($r = .458$; $p < .001$).

Como puede verse la subescala que más validez discriminante tiene independientemente de con qué tipo de sintomatología se le relacione es la subescala de “cronificación del malestar”, seguido de la escala global, la subescala “mundo peligroso” y la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano”. Así mismo, existe una clara diferencia en todas las medidas de la EADT en las correlaciones con la sintomatología postraumática y depresiva frente a la sintomatología ansiosa y de inadaptación. Como hemos visto, las principales consecuencias psicopatológicas de sufrir un atentado terrorista son el TEPT y el TDM y, en menor grado, los trastornos de ansiedad (García-Vera y Sanz, 2017; García-Vera, Sanz y Gutiérrez, 2016). Teniendo en cuenta estas tasas de prevalencia es de esperar que un instrumento centrado en la medición de las actitudes disfuncionales traumáticas derivadas de un atentado terrorista correlacionara con medidas de sintomatología postraumática y depresiva más que con medidas de ansiedad, aunque también con esta debe correlacionar. Un dato sorprendente son las bajas correlaciones, en el caso de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” con la sintomatología de inadaptación, dado que cabría esperar que a cuánta más presencia de actitudes disfuncionales mayor inadaptación tendrá el sujeto en su día a día. Una posible explicación para este hallazgo tiene que ver con los años transcurridos desde que sucedió el atentado y el momento actual, en la mayoría de los casos por encima de los 20 años. Es decir, se entiende que la vivencia de un atentado terrorista provocará cierta desadaptación en la mayoría de las personas, desadaptación que puede desaparecer con el tiempo, hasta que el sujeto recupera valores pre-atentado o se cronifica. Cuando el evento traumático lleva al sujeto a desarrollar alguna patología, la desadaptación (interferencia en su vida académico/laboral,

social, familiar, amorosa, etc.) se incrementa. No obstante, en el muy a largo plazo, se entiende que, aún con sintomatología, la inadaptación del sujeto se haya reducido o, lo que es lo mismo, que el sujeto se haya adaptado de la mejor forma posible a las limitaciones impuestas por sus síntomas y su patología. Teniendo esto en cuenta, no es de extrañar que la EADT muestre correlaciones menores con una medida de inadaptación administrada más de veinte años después del atentado.

Las correlaciones de la EADT con medidas de sintomatología son, por lo general, similares a los arrojados por otros instrumentos similares, si bien algunos instrumentos cuyos ítems expresan en mayor proporción productos cognitivos que proposiciones cognitivas pueden mostrar correlaciones mayores (como es el caso del PTCI), en parte debido a que los productos cognitivos están mucho más relacionados con la sintomatología que las proposiciones (actitudes y creencias); de hecho, algunos de los ítems de los instrumentos similares a la EADT pueden ser casi idénticos a algunos de los ítems contenidos en los instrumentos de sintomatología, dado que los pensamientos negativos automáticos (productos cognitivos) son también formulados como síntomas por las principales clasificaciones diagnósticas.

La sexta conclusión que podemos extraer es que **la escala global de la EADT cuenta con una validez predictiva regular**, aunque con las limitaciones que supone destinar un instrumento a su uso como instrumento de cribado, es decir, priorizando la sensibilidad por encima de la especificidad. El punto de corte seleccionado para la escala global de la EADT fue de 86, punto de corte que dejaba un área bajo la curva del 74.7% en el caso de presencia/ausencia de TEPT y del 74.6% en el caso de “presencia/ausencia de patología”. Estas cifras indican que, en cuanto a la capacidad de la escala global de la EADT para, dado un sujeto, colocarlo en el grupo al que pertenece (con o sin TEPT; con o sin patología) correctamente, el test es regular para presencia/ausencia de TEPT para presencia/ausencia de patología, si bien el criterio para considerarlo bueno es que este valor alcance el 75% que, como

vemos, está muy cercano a su valor real. Por su parte, **la subescala “mundo peligroso” de la EADT arroja valores indicativos de una validez predictiva también regular.** El punto de corte seleccionado para esta subescala es de 27, con lo que se dejaba u área bajo la curva del 72.7% en el caso de presencia/ausencia de TEPT y del 71.3% en el caso de presencia/ausencia de patología. Estas cifras indican que, en cuanto a la capacidad de la subescala “mundo peligroso” de la EADT para, dado un sujeto cualquiera, colocarle en el grupo al que pertenece (con o sin TEPT; con o sin patología) correctamente, la subescala es regular. **En lo que respecta a la validez predictiva de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT, los valores indican una validez predictiva mala y regular.** El punto de corte seleccionado para esta subescala es de 20, con lo que se dejaba u área bajo la curva del 59.6% en el caso de presencia/ausencia de TEPT y del 63.4% en el caso de presencia/ausencia de patología. Estas cifras indican que, en cuanto a la capacidad de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano” de la EADT para, dado un sujeto cualquiera, colocarle en el grupo al que pertenece (con o sin TEPT; con o sin patología) correctamente, la subescala es mala para el caso de presencia/ausencia de TEPT y regular para el caso de presencia/ausencia de patología. Por último, **la subescala “cronificación del malestar” de la EADT arroja valores indicativos de una validez predictiva buena.** El punto de corte seleccionado para esta subescala es de 35, con lo que se dejaba u área bajo la curva del 78% en el caso de presencia/ausencia de TEPT y del 76.2% en el caso de presencia/ausencia de patología. Estas cifras indican que, en cuanto a la capacidad de la subescala “cronificación del malestar” de la EADT para, dado un sujeto cualquiera, colocarle en el grupo al que pertenece (con o sin TEPT; con o sin patología) correctamente, la subescala es buena.

Aparte, también se realizaron análisis de Bayes, que arrojaron valores de sensibilidad, de especificidad, valor predictivo positivo y negativo, eficiencia e índice de Youden. Por lo general, podemos afirmar que los datos se ajustan a un modelo de instrumento de cribado, en

el que lo importante es minimizar en todo momento los falsos negativos, aunque se aumenten considerablemente los falsos positivos o, lo que es lo mismo, que el instrumento cuente con una alta sensibilidad, aunque tenga una baja especificidad. En el caso de la escala global de la EADT, así como de sus tres subescalas, encontramos un instrumento sensible, pero no demasiado específico.

Las últimas conclusiones que podemos extraer es que **la escala global de la EADT tiene una buena validez clínica**. Esto es así dado que los resultados indican que, efectivamente, existen diferencias significativas en las puntuaciones entre las personas con patología y las personas sin patología, entre las personas con TEPT y las personas sin TEPT, y entre las personas que solo presentaban TEPT y las personas que no presentaban TEPT, por un lado, y las personas que no tenían ninguna patología, por el otro. Estos resultados son similares a los encontrados para las subescalas “mundo peligroso” y “cronificación del malestar”. En el caso de la subescala “visión negativa de la sociedad y del ser humano”, los resultados indican que solo en el caso de la comparación entre personas con patología y personas sin patología existen diferencias significativas en las puntuaciones.

Comentadas las principales conclusiones del trabajo, en la tabla 58 aparece resumido el contraste de las diferentes hipótesis planteadas en este trabajo.

Tabla 58. Contraste de hipótesis

Hipótesis	Resultado
H1. Los ítems de la EADT expresarán proposiciones cognitivas susceptibles de ser desarrolladas en una víctima del terrorismo	✓
H ₂ : El instrumento ofrece buenas garantías de fiabilidad	✓
- H _{2a} : En el análisis de la consistencia interna de la escala y de las subescalas que componen la prueba se obtendrán puntuaciones de α de Cronbach superiores a .70.	✓

Hipótesis	Resultado
- H _{2b} : En el análisis de la homogeneidad de los ítems se encontrarán índices superiores a .20.	✓
H ₃ : El instrumento ofrece buenas garantías de validez	✓
- H _{3a} : Se obtendrán diversos factores capaces de explicar las respuestas de los participantes del estudio, asegurando una buena validez de constructo.	✓
- H _{3b} : El instrumento ofrece buenos índices de validez convergente	✓
H _{3b1} : Correlaciones significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ de cada ítem con la subescala a la que pertenece y con las puntuaciones totales de la EADT.	✓
H _{3b2} : Correlaciones entre cada ítem con la subescala a la que pertenece con valores superiores a las correlaciones establecidas entre el ítem y una subescala a la que no pertenece.	✓
H _{3b3} : Correlaciones significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ entre cada subescala de la EADT y de éstas con las puntuaciones globales de la EADT.	✓
- H _{3c} : El instrumento ofrece buenos índices de validez discriminante	✓
H _{3c1} : Correlaciones significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ entre cada subescala de la EADT y la puntuación de la escala global con las medidas de sintomatología postraumática, depresiva, ansiosa y de inadaptación.	✓
- H _{3d} : El instrumento ofrece buenos índices de validez predictiva	Parcial
H _{3d1} : Los puntos de corte óptimos, con adecuados valores en sensibilidad y especificidad (aunque priorizando la sensibilidad por encima de la especificidad para que el instrumento pueda ser utilizado como una prueba de cribado), para las puntuaciones globales de la EADT.	Parcial
H _{3d2} : Las áreas que dejan las curvas COR realizadas una vez seleccionado el punto de corte de la EADT tanto para comparar presencia/ausencia de TEPT como presencia/ausencia de patología sea superior a .70.	✓
- H _{3e} : El instrumento ofrece buenos índices de validez clínica	✓
H _{3e1} : Diferencias significativas al nivel $p < .01$ o $p < .05$ al comparar las puntuaciones de la EADT de los participantes con y sin TETP o con y sin patología.	✓

Nota: (✓): Los datos apoya totalmente la hipótesis; Parcial: los datos apoyan parcialmente la hipótesis.

El presente trabajo no está exento de limitaciones, la mayoría de ellas relacionadas con la muestra de víctimas del terrorismo utilizada para la factorización y validación de la escala. En primer lugar, la muestra de víctimas se obtuvo a partir de los asociados a la AVT que, aunque es la asociación a nivel nacional con mayor número de afectados por el terrorismo, deja fuera de este estudio a todas aquellas víctimas no asociadas. Además, vemos que entre el primer contacto telefónico que se tiene con ellas para administrarle una entrevista de cribado y el segundo contacto, ya presencial, en el que se administra la EADT, la mortalidad experimental está en torno al 50%. Aunque las razones dadas por los sujetos tienen que ver, en la mayoría de los casos, con la falta de tiempo o la incapacidad para desplazarse hasta el lugar de la entrevista, también sería plausible pensar que son aquellas víctimas que peor están las que rehúsan acudir a una entrevista en la que pueden intuir que se tratarán temas que ellos preferirían evitar. Sean unas razones u otras, lo cierto es que se está perdiendo una muestra muy relevante para los resultados finales. Además, aunque la muestra era bastante homogénea en cuanto a las características generales de los atentados sufridos, una gran mayoría de ellas habían sido víctimas de la banda terrorista ETA, con las implicaciones socio-culturales que ello tiene, en especial aquellas víctimas que sufrieron sus atentados en los 70-80, una época en la que la solidaridad y el apoyo hacia las víctimas era muy escasa o incluso nula. Siendo la EADT un instrumento que mide las actitudes disfuncionales traumáticas cabría esperar que el entorno socio-cultural de los afectados tuviera su impacto en el diseño, desarrollo y validación de la escala. Así mismo, dada la importancia del contexto socio-cultural en la creación de las creencias y actitudes, la generalización de los resultados a otras poblaciones de culturas diferentes puede no estar exenta de problemas, aunque el hecho de que la PTCI, un cuestionario de cogniciones negativas, esté validada en varios países de diferentes lenguas, apunta a la posibilidad de que la EADT pueda adaptarse de una forma satisfactoria.

En lo que respecta al análisis de la fiabilidad y la validez de la escala, una limitación del estudio es que no aporta datos de la fiabilidad test-retest, ni comparaciones entre la EADT y otros instrumentos similares a éste. En el caso de la fiabilidad test-retest no se llevó a cabo por la dificultad de reunir la muestra para una segunda entrevista presencial. Debido a que el grueso de las entrevistas presenciales se realizaron en comunidades diferentes de la comunidad de Madrid (País Vasco, Navarra, Cantabria, Asturias, Andalucía, etc.), el tiempo en el que los miembros del equipo residían en el lugar de la entrevista era limitado, lo que hacía muy difícil realizar estas segundas entrevistas. Así mismo, tampoco se aplicó un cuestionario similar a la EADT debido a la dificultad de incluir una prueba más en el protocolo de evaluación, el cual en muchos casos suponía una inversión de tiempo superior a las 2 horas.

En lo que respecta al uso de la propia escala, la principal limitación que hemos visto es la que tiene que ver con la especificidad de la EADT, con lo que identifica muchos casos sin patología como casos positivos. Esta decisión, en la que se priorizaba la sensibilidad por encima de la especificidad, se tomó con el objetivo de poder utilizar la EADT como un instrumento de cribado.

El diseño, desarrollo y validación de la EADT es un trabajo inicial que indica la necesidad de llevar a cabo otras investigaciones futuras. En primer lugar, sería muy conveniente obtener una muestra representativa de la población general, donde hubiera un grupo de personas traumatizadas con TEPT, un grupo de personas traumatizadas sin TEPT y un tercer grupo de personas no traumatizadas, replicar los resultados de fiabilidad y validez obtenidos en este trabajo y realizar análisis complementarios que aumenten las garantías psicométricas de la EADT.

Así mismo, convendría replicar los resultados obtenidos en este trabajo con una nueva muestra de víctimas del terrorismo. También convendría realizar análisis factoriales

confirmatorios e, incluso, realizar un modelo para explicar cómo funcionan los trastornos psicológicos en este colectivo.

Por último, sería interesante analizar cómo influye el paso del tiempo desde el atentado en la fuerza y estabilidad de las actitudes, dado que, si se postula que éstas están en la base de la patología y de la recuperación, conocer su curso nos dará una perspectiva necesaria en el curso de la patología y del tratamiento.

En conclusión, en este trabajo se ha presentado el diseño, desarrollo y validación de la primera escala destinada a medir las actitudes disfuncionales traumáticas en población víctima del terrorismo. Además, hemos visto que la EADT ofrece unas garantías de fiabilidad y validez excelentes, en su mayoría. Su existencia permitirá la evaluación de las creencias y actitudes disfuncionales traumáticas, valorar la eficacia de los tratamientos que buscan crear un cambio cognitivo profundo, evaluar si realmente las creencias y actitudes son un elemento de vulnerabilidad (como afirman los modelos teóricos), medir durante la terapia si las actitudes (y no solo los productos) han cambiado para poder dar por finalizado el tratamiento y evaluar la rigidez y resistencias de estas actitudes al cambio terapéutico. En resumen, la EADT es un instrumento fiable, válido y útil para ser utilizado en contextos de investigación y en contextos clínicos, tanto en la evaluación como en el tratamiento.

Capítulo 10.
Referencias bibliográficas

- Aikins, D. E., Johnson, D. C., Borelli, J. L., Klemanski, D. H., Morrissey, P. M., Benham, T. L., ... y Tolin, D. F. (2009). Thought suppression failures in combat PTSD: A cognitive load hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 47(9), 744-751. doi:10.1016/j.brat.2009.06.006
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3.^a ed., texto revisado). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.^a ed., texto revisado). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. Recuperado de <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
- 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: Interpersonal and Biological Processes*, 73(2), 190-197. doi:10.1521/psyc.2010.73.2.190
- Baker-Ward, L., Bauer, P. J., Fivush, R., Haden, C. A., Ornstein, P. A., y Reese, E. (2007). Coding coherence in autobiographical narratives. *Simposio presentado en el seventh*

biennial meeting of the Society for Applied Research in Memory and Cognition, Lewiston, Maine, 25-29 de julio.

- 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.
- Başoğlu, M., Livanou, M., Crnobarić, C., Francisković, T., Suljić, E., Durić, D., y Vranesić, M. (2005). Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia: association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *JAMA, 294*(5), 580-90. doi:10.1001/jama.294.5.580
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897. doi:10.1037//0022-006x.56.6.893
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer. (Orig., 1979).
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española: Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación..
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: 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.). Madrid: Pearson Educación.
- Beers, S. R., y De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(3), 483-486.

- Beevers, C. G., Lee, H., Wells, T. T., Ellis, A. J., y Telch, M. J. (2011). Association of predeployment gaze bias for emotion stimuli with later symptoms of PTSD and depression in soldiers deployed in Iraq. *The American Journal of Psychiatry*, 168(7), 735-741.
- Benegas, J. M. (2004). *Diccionario Espasa de terrorismo*. Madrid: Espasa.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., y Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90. doi:10.1002/jts.2490080106
- Blair, K. S., Vythilingam, M., Crowe, S. L., McCaffrey, D. E., Ng, P., Wu, C. C., ... y Blair, R. J. R. (2013). Cognitive control of attention is differentially affected in trauma-exposed individuals with and without post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 43(1), 85-95. doi:10.1017/S0033291712000840.
- Blanchard, E. B., Jones Alexander, J., Buckley, T. C., y Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34, 669-673.
- Blanco, A., Díaz, D., Gaborit, M., y Amaris, M. C. (2010). El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de cogniciones postraumáticas (ICPT) en población hispana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 97-110.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., y Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498. doi:10.1002/jts.22059
- Bourdon, D., El-Baalbaki, G., Girard, D., Lapointe-Blackburn, É., y Guay, S. (2019). Schemas and coping strategies in cognitive-behavioral therapy for PTSD: a systematic review. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 3(1), 33-47. doi:10.1016/j.ejtd.2018.09.005

- Brewin, C. R., Dalgleish, T., y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, *103*(4), 670-686. doi:10.1037/0033-295X.103.4.670
- Brewin, C. R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P., Ehlers, A., y Psychosocial Steering Group, London Bombings Trauma Response Programme. (2008). Promoting mental health following the London bombings: a screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress*, *21*, 3-8.
- Brown, L. A., Belli, G. M., Asnaani, A., y Foa, E. B. (2019). A review of the role of negative cognitions about oneself, others, and the world in the treatment of PTSD. *Cognitive Therapy and Research*, *43*(1), 143-173. doi:10.1007/s10608-018-9938-1
- Bryant, R. A., Ekasawin, S., Chakrabhand, S., Suwanmitri, S., Duangchun, O. y Chantaluckwong, T. (2011). A randomized controlled effectiveness trial of cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder in terrorist-affected people in Thailand. *World Psychiatry*, *10*, 205-209.
- Bryant, R. A., y Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(6), 631-635.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., y Sackville, T. (1998). Assessing acute stress disorder: psychometric properties of a structured clinical interview. *Psychological Assessment*, *10*(3), 215.
- Buck, N. M. L., Kindt, M., Arntz, A., Van den Hout, Marcel A, y Schouten, E. G. W. (2008). Psychometric properties of the trauma relevant assumptions scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(8), 1496-1509. doi:10.1016/j.janxdis.2008.03.010.
- Byllesby, B. M., Elhai, J. D., Tamburrino, M., Fine, T. H., Cohen, G., Sampson, L., ... y Calabrese, J. R. (2017). General distress is more important than PTSD's cognition and

- mood alterations factor in accounting for PTSD and depression's comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 211, 118-123. doi:10.1016/j.jad.2017.01.014.
- Calderín, J. F. (2014). *Agujeros del sistema: Más de 300 asesinatos de ETA sin resolver*. Vitoria-Gasteiz: Ikusager.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), 245-276. doi:10.1207/s15327906mbr0102_10
- Chung, M. C., Jalal, S., y Khan, N. U. (2017). Posttraumatic stress symptoms, co-morbid psychiatric symptoms and distorted cognitions among flood victims of different ages. *Journal of Mental Health*, 26(3), 204-211. doi:10.3109/09638237.2016.1149803.
- Cobos Redondo, B., Navarro, R., Morán, N., Altungy, P., Gesteira, C., Fausor, R., Reguera, B., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2020). *Análisis comparativo de las propiedades psicométricas de un instrumento administrado de forma telefónica vs. presencial: el caso de la Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL) en víctimas del terrorismo*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Comisión Europea. (2018). *Eurobarómetro de primavera de 2018: un año antes de las elecciones europeas, crece la confianza en la unión y aumenta el optimismo hacia el futuro*. Recuperado de https://europa.eu/rapid/press-release_IP-18-4148_es.pdf
- Comisión Europea. (2019). *Eurobarómetro estándar de primavera de 2019. Los europeos se muestran optimistas ante la situación de la Unión Europea: el Eurobarómetro arroja los mejores resultados de los últimos cinco años*. Recuperado de https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/IP_19_4969
- Conejo-Galindo, J., Medina, O., Fraguas, D., Terán, S., Sainz-Cortón, E., y Arango, C. (2008). Psychopathological sequelae of the 11 march terrorist attacks in madrid : An epidemiological study of victims treated in a hospital. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(1), 28-34.

- Conway, J. M., y Huffcutt, A. I. (2003). A review and evaluation of exploratory factor analysis practices in organizational research. *Organizational Research Methods*, 6(2), 147-168.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cukor, J., Wyka, K., Jayasinghe, N., Weathers, F., Giosan, C., Leck, P., ... Difede, J. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms in utility workers deployed to the World Trade Center following the attacks of September 11, 2001. *Depression and Anxiety*, 28(3), 210-217.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130(2), 228-260. doi:10.1037/0033-2909.130.2.228
- Dalgleish, T. (1999). Cognitive theories of post-traumatic stress disorder. En W. Yule (Ed.), *Post-traumatic stress disorders: concepts and therapy* (pp. 193-220). Nueva York: Wiley.
- Dalgleish, T. (2004). What might not have been: an investigation of the nature of counterfactual thinking in survivors of trauma. *Psychological Medicine*, 34(7), 1215-25. doi:10.1017/S003329170400193X.
- 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, 345-355.
- De la Calle, L., y Sánchez-Cuenca, I. (2011). The quantity and quality of terrorism: the DTV dataset. *Journal of Peace Research*, 48(1), 49-58.
- Dekel, S., Peleg, T., y Solomon, Z. (2013). The relationship of PTSD to negative cognitions: a 17-year longitudinal study. *Psychiatry*, 76(3), 241-55. doi:10.1521/psyc.2013.76.3.241
- Deprince, A. P. (2001). *Trauma and posttraumatic responses: An examination of fear and betrayal* (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).

- DePrince, A. P., Zurbriggen, E. L., Chu, A. T., y Smart, L. E. (2010). Development of the trauma appraisal questionnaire. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 19*(3), 275-299. doi:10.1080/10926771003705072
- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L., Giosan, C. y Hoffman, H. G. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 1639-1647.
- Difede, J., Malta, L., Best, S., Henn-Haase, C., Metzler, T., Bryant, R., y Marmar, C. (2007). A randomized controlled clinical treatment trial for World Trade Center attack-related PTSD in disaster workers. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 861-865.
- DiMaggio, C., y Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: a meta-analysis. *Academic Emergency Medicine, 13*(5), 559-566.
- 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.
- 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. *British Medical Journal, 334*, 1147-1150.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 26*(107), 325-340.
- Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319-345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0

- Ehlers, A., Clark, D. M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., y Foa, E. B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress, 11*(3), 457-471.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., y Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 43*(4), 413-431. doi:10.1016/j.brat.2004.03.006
- Ehlers, A., Mayou, R. A., y Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy, 41*(1), 1-10. doi:10.1016/S0005-7967(01)00126-7
- Ehlers, A., & Wild, J. (2015). Cognitive therapy for PTSD: Updating memories and meanings of trauma. En *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders* (pp. 161-187). Springer, Cham.
- El Khoury-Malhame, M., Lanteaume, L., Beetz, E. M., Roques, J., Reynaud, E., Samuelian, J., ... y Khalifa, S. (2011). Attentional bias in post-traumatic stress disorder diminishes after symptom amelioration. *Behaviour Research and Therapy, 49*(11), 796-801. doi:10.1016/j.brat.2011.08.006.
- Elhai, J. D., de Francisco Carvalho, L., Miguel, F. K., Palmieri, P. A., Primi, R., y Frueh, B. C. (2011). Testing whether posttraumatic stress disorder and major depressive disorder are similar or unique constructs. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(3), 404-410. doi:10.1016/j.janxdis.2010.11.003
- Elsesser, K., y Sartory, G. (2007). Memory performance and dysfunctional cognitions in recent trauma victims and patients with post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*(6), 464-474.

- Engelhard, I. M., Marcel A van den Hout, Arntz, A., y McNally, R. J. (2002). A longitudinal study of "intrusion-based reasoning" and posttraumatic stress disorder after exposure to a train disaster. *Behaviour Research and Therapy*, 40(12), 1415-1424. doi:10.1016/s0005-7967(02)00018-9
- Europol. (2009). *European union terrorism situation and trend report 2009*. La Haya, Países Bajos: Europol. Recuperado de <https://www.europol.europa.eu/content/publication/te-sat-2009-eu-terrorism-situation-trend-report-1471>
- Europol. (2010). *European union terrorism situation and trend report 2010*. La Haya, Países Bajos: Europol. Recuperado de <https://www.europol.europa.eu/content/publication/te-sat-2010-eu-terrorism-situation-trend-report-1473>
- Europol. (2011). *European union terrorism situation and trend report 2011*. La Haya, Países Bajos: Europol. Recuperado de <https://www.europol.europa.eu/content/publication/te-sat-2011-eu-terrorism-situation-and-trend-report-1475>
- Europol. (2012). *European union terrorism situation and trend report 2012*. La Haya, Países Bajos: Europol. Recuperado de <https://www.europol.europa.eu/content/publication/te-sat-2012-eu-terrorism-situation-and-trend-report-1569>
- Europol. (2013). *European union terrorism situation and trend report 2013*. La Haya, Países Bajos: Europol. Recuperado de <https://www.europol.europa.eu/content/te-sat-2013-eu-terrorism-situation-and-trend-report>
- Europol. (2014). *European union terrorism situation and trend report 2014*. La Haya, Países Bajos: Europol. Recuperado de <https://www.europol.europa.eu/content/te-sat-2014-european-union-terrorism-situation-and-trend-report-2014>
- Europol. (2015). *European union terrorism situation and trend report 2015*. La Haya, Países Bajos: Europol. Recuperado de <https://www.europol.europa.eu/content/european-union-terrorism-situation-and-trend-report-2015>

- Europol. (2016). *European union terrorism situation and trend report 2016*. La Haya, Países Bajos: Europol. Recuperado de <https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/european-union-terrorism-situation-and-trend-report-te-sat-2016>
- Europol. (2017). *European union terrorism situation and trend report 2017*. La Haya, Países Bajos: Europol. Recuperado de <https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/eu-terrorism-situation-and-trend-report-te-sat-2017>
- Europol. (2018). *European union terrorism situation and trend report 2018*. La Haya, Países Bajos: Europol. Recuperado de <https://www.europol.europa.eu/activities-services/main-reports/european-union-terrorism-situation-and-trend-report-2018-tesat-2018>
- Ferrando, L., Galea, S., Sainz Cortón, E., Mingote, C., García Camba, E., Fernandez Liria, A., y Gabriel, R. (2011). Long-term psychopathology changes among the injured and members of the community after a massive terrorist attack. *European Psychiatry*, 26(8), 513-517. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.07.009
- Ferrando, P. J., y Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. *Psicothema*, 29(2), 236-241. doi:10.7334/psicothema2016.304
- Field, E. L., Norman, P., y Barton, J. (2008). Cross-sectional and prospective associations between cognitive appraisals and posttraumatic stress disorder symptoms following stroke. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 62-70. doi:10.1016/j.brat.2007.10.006
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders research version (SCID-I)*. Nueva York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. (1997). *User's guide for the Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- First, M., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. W. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV: SCID-I. Versión Clínica*. Barcelona: Masson.
- Fiske, S. T., y Taylor, S. E. (1991). *Social cognition*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Foa, E. B. (1995). *The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) Manual*. Minneapolis: National Computer Systems, Inc.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., y Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment, 11*(3), 303-314. doi:10.1037/1040-3590.11.3.303
- Foa, E. B., Hembree, E. A., y Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences. Therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press. doi:10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001
- Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20-35. doi:10.1037/0033-2909.99.1.20
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Powers, M. B., Kauffman, B. Y., ... y Knowles, K. (2015). Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychological Assessment, 28*, 1166-1171.
- Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Rauch, S., Porter, K., ... y Kauffman, B. Y. (2016). Psychometric properties of the Posttraumatic stress disorder Symptom Scale Interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychological Assessment, 28*(10), 1159-1165. doi:10.1037/pas0000259
- Foa, E. B., y Riggs, D. S. (1993). Posttraumatic stress disorder and rape. En J. Oldham, M. B. Riba y A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (vol. 12, pp. 273-303), Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Foa, E. B., Riggs, D., Dancu, G., y Rothbaum, B. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 459-473.
- Foa, E. B., y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Nueva York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*(2), 155-176. doi:10.1016/S0005-7894(89)80067-X
- Fusi, J. P. (1986). La reaparición de la conflictividad en la España de los sesenta. En S. M. Ellwood y J. Fontana (Ed.), *España bajo el franquismo* (pp. 160-169). Valencia: Crítica.
- Gabriel, R., Ferrando, L., Cortón, E. S., 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, 22*(6), 339-346. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.007
- García-Vera, M. P., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A., y Marotta-Walters, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual, 23*, 215-244.
- García-Vera, M. P. y Romero Colino, L. (2004). Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: de la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional. *Clínica y Salud, 15*, 355-385.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas: Una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 10*, 129-148.

- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2017). Psychopathological consequences of terrorism: the prevalence of posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. En J. A. del Real Alcalá (Ed.), *Current and future developments in Law, vol. 1. Human rights issues and vulnerable groups* (pp. 346-362). Sharjah, UAE: Bentham Science Publishers.
- 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. *Papeles del psicólogo*, 37(3), 3-13.
- García-Vera, M. P., Sanz, J., y y Gutiérrez, S. (2016). A systematic review of the literature on posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. *Psychological Reports*, 119(1), 328-359.
- Gesteira, C., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2018). 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.
- 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. doi: 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, 345-357.
- Ginzburg, K., Arnow, B., Hart, S., Gardner, W., Koopman, C., Classen, C. C., ... y Spiegel, D. (2006). The abuse-related beliefs questionnaire for survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Neglect*, 30(8), 929-943. doi:10.1016/j.chiabu.2006.01.004
- González de Langarica, A. (2007). La ciudad revolucionada. Industrialización, inmigración, urbanización (Vitoria, 1946-1965).

- González Ordi, H., Miguel-Tobal, J., Cano Vindel, A., y Iruarrizaga, I. (2004). Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 207-217.
- Gutiérrez Camacho, S. (2016). *Prevalencia de trastornos psicológicos en población española víctimas de atentados terroristas* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., y Hoogduin, K. A. L. (2007). Peritraumatic psychological and somatoform dissociation in predicting PTSD symptoms: a prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(11), 952-954. doi:10.1097/NMD.0b013e3181594810
- Harman, R., y Lee, D. (2010). The role of shame and self-critical thinking in the development and maintenance of current threat in post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(1), 13-24. doi:10.1002/cpp.636
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-españa. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
- Hays, R. D., Hayashi, T., Carson, S., y Ware, J. E. (1988). *User's guide for the Multitrait Analysis Program (MAP)*. California: Rand Corporation.
- Held, P., Owens, G. P., Schumm, J. A., Chard, K. M., y Hansel, J. E. (2011). Disengagement coping as a mediator between trauma-related guilt and PTSD severity. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 708-715. doi:10.1002/jts.20689
- Henson, R. K., y Roberts, J. K. (2006). Use of exploratory factor analysis in published research: common errors and some comment on improved practice. *Educational and Psychological Measurement*, 66(3), 393-416.

- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G., y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 192-197.
- Horn, J. L. (1965). An empirical comparison of methods for estimating factor scores. *Educational and Psychological Measurement*, 25(2), 313-322. doi:10.1177/001316446502500202
- Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, 37(3), 241-249.
- Horowitz, M., Wilner, N., y Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.
- Horsch, A., Jacobs, I., y McKenzie-McHarg, K. (2015). Cognitive predictors and risk factors of PTSD following stillbirth: a short-term longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 110-117. doi:10.1002/jts.21997
- Ibarra, P. (1989). *La evolución estratégica de ETA. de la «guerra revolucionaria» (1963) hasta después de la tregua (1989)* (2.ª ed.). San Sebastián: Kriselu. (1ª ed., 1987).
- Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio. (2004). *Un mundo más seguro: la responsabilidad que compartimos*. Informe del Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio de la Organización de la Naciones Unidas. Recuperado de <https://undocs.org/es/A/59/565>
- 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). San Diego, CA: Academic Press.
- Ingram, R. E., y Wisnicki, K. (1991). Cognition in depression. *Annual Review of Psychopathology*, 1, 187-230.

- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., y González-Ordi, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 195-206.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-139.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. Nueva York: Free Press.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., ... y Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Krueger, A. B., y Maleckova, J. (2003). Education, poverty and terrorism: Is there a causal connection? *The Journal of Economic Perspectives*, 17(4), 119-144.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Manke, F. P., Brennan, J. M., y Stahura, C. (1996). Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8(4), 428-444. doi:10.1037/1040-3590.8.4.428
- Kuester, A., Köhler, K., Ehring, T., Knaevelsrud, C., Kober, L., Krüger-Gottschalk, A., ... 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), 1386988. doi:10.1080/20008198.2017.1386988
- Levitt, G. (1986). Is terrorism worth defining. *Ohio Northern University Law Review*, 13, 97-115.
- Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 23 de septiembre de 2011, no 229, pp. 100566-100592.

- Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 23 de junio de 2010, no 152, pp. 54811-54883.
- Ley Orgánica 2/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en materia de delitos de terrorismo. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 31 de marzo de 2015, no 77, pp. 27177- 27185.
- Linz, J. J., y Carnota, M. G., Orizo, F. A., y Vila, D. (1986). *Conflicto en Euskadi*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Liu, B., Tarigan, L. H., Bromet, E. J., y Kim, H. (2014). World trade center disaster exposure-related probable posttraumatic stress disorder among responders and civilians: a meta-analysis. *PLoS One*, 9(7), e101491.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169.
- 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 and Psychotherapy*, 18(1), 75-79.
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E., y Kiers, H.A.L. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46, 340-364. doi:10.1080/00273171.2011.564527
- LoSavio, S. T., Dillon, K. H., y Resick, P. A. (2017). Cognitive factors in the development, maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology*, 14, 18-22. doi:10.1016/j.copsyc.2016.09.006
- Lowell, A., Suarez-Jimenez, B., Helpman, L., Zhu, X., Durosky, A., Hilburn, A., . . . 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.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291717002033>
- Martínez Arias, M. R., Hernández Lloreda, M. J., y Hernández Lloreda, M. V. (2014). *Psicometría*. Madrid: Alianza.
- McCann, I. L., y Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: theory, therapy, and transformation*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- McIver, J. P., y Carmines, E. G. (1981). *Unidimensional scaling*. Newbury Park, CA: Sage.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., y Nixon, R. D. V. (2009). Development and validation of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 432-440.
doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01995.x
- Ministerio del Interior. (2018). *Fallecidos terrorismo indemnizados ministerio del interior*. Recuperado de http://www.interior.gob.es/documents/10180/1210621/fallecidos_terrorismo_indemnizados_02_01_2015.pdf/8e8df51d-947b-462a-a6d8-130e3f4d7f79
- Mitchell, R., Brennan, K., Curran, D., Hanna, D., y Dyer, K. F. W. (2017). A meta-analysis of the association between appraisals of trauma and posttraumatic stress in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 88-93. doi:10.1002/jts.22157
- Morris, G., Baker-Ward, L., y Bauer, P. J. (2010). What remains of that day: the survival of children's autobiographical memories across time. *Applied Cognitive Psychology*, 24(4), 527-544.
- National Counterterrorism Center. (2009). *NCTC 2008 Report on terrorism*. Recuperado el 8 de octubre de 2015 de http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_08.pdf
- National Counterterrorism Center. (2010). *NCTC 2009 Report on terrorism*. Recuperado el 8 de octubre de 2015 de <http://www.state.gov/documents/organization/141114.pdf>

- National Counterterrorism Center. (2011). *NCTC 2010 Report on terrorism*. Recuperado el 8 de octubre de 2015 de http://www.dni.gov/files/documents/2010_report_on_terrorism.pdf
- National Counterterrorism Center. (2012a). *NCTC 2011 Report on terrorism*. Recuperado el 8 de octubre de 2015 de <http://fas.org/irp/threat/nctc2011.pdf>
- National Counterterrorism Center. (2012b). *Annex of Statistical Information*. Bureau of Counterterrorism, Country Reports on Terrorism 2011. United States Department of State Publication. Recuperado el 8 de octubre de 2015 de <http://www.state.gov/documents/organization/195768.pdf>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. doi:10.1080/15298860309027
- Neria, Y., DiGrande, L., y Adams, B. G. (2011). Posttraumatic stress disorder following the September 11, 2001, terrorist attacks: a review of the literature among highly exposed populations. *American Psychologist*, 66(6), 429-446. doi:10.1037/a0024791
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., ... Marshall, R. D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 251-262. doi:10.1002/jts.20223
- North, C. S. (2001). The course of post-traumatic stress disorder after the oklahoma city bombing. *Military Medicine*, 166(12, Suppl. 2), 51-52.
- North, C. S., Pfefferbaum, B., Kawasaki, A., Lee, S., y Spitznagel, E. L. (2011). Psychosocial adjustment of directly exposed survivors 7 years after the Oklahoma City bombing. *Comprehensive Psychiatry*, 52(1), 1-8. doi:10.1016/j.comppsy.2010.04.003
- North, C. S., Pfefferbaum, B., Tivis, L., Kawasaki, A., Reddy, C., y Spitznagel, E. L. (2004). The course of posttraumatic stress disorder in a follow-up study of survivors of the

- Oklahoma City bombing. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16(4), 209-215.
doi:10.1080/10401230490522034
- North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J. C., E L Spitznagel, E. L., y Smith, E. M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*, 282(8), 755-62.
- North, C. S., Pfefferbaum, B., Narayanan, P., Thielman, S., McCoy, G., Dumont, C., ... Spitznagel, E. L. (2005). Comparison of post-disaster psychiatric disorders after terrorist bombings in nairobi and oklahoma city. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 487-493.
- Øktedalen, T., Hagtvet, K. A., Hoffart, A., Langkaas, T. F., y Smucker, M. (2014). The trauma related shame inventory: Measuring trauma-related shame among patients with PTSD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(4), 600-615.
doi:[10.1007/s10862-014-9422-5](https://doi.org/10.1007/s10862-014-9422-5)
- Olf, M., Polak, A. R., Witteveen, A. B., y Denys, D. (2014). Executive function in posttraumatic stress disorder (PTSD) and the influence of comorbid depression. *Neurobiology of Learning and Memory*, 112, 114-121.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nlm.2014.01.003>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://iris.Paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.Pdf>
- Pagazaurtundúa, M. (Ed.). (2018). *Libro blanco y negro del terrorismo en Europa*. Recuperado de https://iugm.es/wp-content/uploads/2017/06/Libro_Blanco_Negro.pdf
- Park, C. L., Riley, K. E., George, L. S., Gutierrez, I. A., Hale, A. E., Cho, D., y Braun, T. D. (2016). Assessing disruptions in meaning: development of the global meaning violation scale. *Cognitive Therapy and Research*, 40(6), 831-846. doi:10.1007/s10608-016-9794-9

- Parslow, R. A., y Jorm, A. F. (2007). Pretrauma and posttrauma neurocognitive functioning and PTSD symptoms in a community sample of young adults. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 509-515.
- Pérez, J. A. (2001). *Los años del acero. La transformación del mundo laboral en el área industrial del gran bilbao (1958-1977): trabajadores, convenios y conflictos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, K. (2005). *La violencia de persecución en Euskadi*. Bilbao: Asociación para la Defensa de la Dignidad Humana.
- Pérez-Sales, P., Eiroa-Orosa, F. J., Olivos, P., Barbero-Val, E., Fernández-Liria, A., y Vergara, M. (2012). VIVO questionnaire: A measure of human worldviews and identity in trauma, crisis, and loss—Validation and preliminary findings. *Journal of Loss and Trauma*, 17(3), 236-259. doi:10.1080/15325024.2011.616828
- Pineles, S. L., Shipherd, J. C., Welch, L. P., y Yovel, I. (2007). The role of attentional biases in PTSD: Is it interference or facilitation? *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1903-1913. doi:10.1016/j.brat.2006.08.021
- Prieto, G., y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-72.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nunez, F., y Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- Real Academia Española. (2017). *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Consultado en <https://dle.rae.es/>
- 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. doi:10.1037/0022-006X.60.5.748

- Resick, P. A., y Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: a treatment manual*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Richards, A. (2014). Conceptualizing terrorism. *Studies in Conflict y Terrorism*, 37(3), 213-236.
- Romo, R. L. (2015). *Informe foronda: los efectos del terrorismo en la sociedad vasca*. Madrid: Catarata.
- Rothbaum, B. O., y Foa, E. B. (1996). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. En A. B. van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 491-509). Nueva York: Guilford.
- Rubin, D. C. (2011). The coherence of memories for trauma: evidence from posttraumatic stress disorder. *Consciousness and Cognition*, 20(3), 857-865.
- Rubin, D. C., Schrauf, R. W., y Greenberg, D. L. (2003). Belief and recollection of autobiographical memories. *Memory & Cognition*, 31(6), 887-901.
- Rubin, D., Schrauf, R., y Greenberg, D. (2004). Stability in autobiographical memories. *Memory*, 12(6), 715-721.
- 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”. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(2), 287-303.
- Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C., y Youngstrom, E. A. (2013). The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), 299-309. doi:10.1002/jts.21814

- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A., y Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: a systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry, 11*, 96. doi:10.1186/1471-244X-11-96
- Samuelson, K. W., Neylan, T. C., Lenoci, M., Metzler, T. J., Cardenas, V., Weiner, M. W., y Marmar, C. R. (2009). Longitudinal effects of PTSD on memory functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society, 15*(6), 853-861. doi:10.1017/S1355617709990282
- Sanz, J. (2013). 50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del psicólogo, 34*(3), 161-168.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clinica y Salud, 25*(1), 39-48.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1991). Trastornos depresivos (II): productos, operaciones, proposiciones y estructuras cognitivas. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 2, pp. 785-875). Valencia: Promolibro.
- 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*, 705-750.
- Sánchez-Cuenca, I. (2009). La violencia terrorista en la transición española a la democracia. *Historia del Presente, 14*, 9-24.
- Saunders, B. E., Arata, C. M., y Kilpatrick, D. G. (1990). Development of a crime-related post-traumatic stress disorder scale for women with the Symptom Checklist-90-Revised. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 439-448. doi:10.1002/jts.2490030312.
- Schmid, A. P., y Jongman, A. (1988). *Political terrorism: a new guide to actors, authors, concepts, data bases, theories, & literature*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

- Schneier, F. R., Neria, Y., Pavlicova, M., Hembree, E., Suh, E. J., Amsel, L. y Marshall, R. D. (2012). Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *169*, 80-88.
- Schweizer, S., y Dalgleish, T. (2011). Emotional working memory capacity in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Behaviour Research and Therapy*, *49*(8), 498-504. doi:10.1016/j.brat.2011.05.007
- Scott, J. C., Matt, G. E., Wrocklage, K. M., Crnich, C., Jordan, J., Southwick, S. M., ... Schweinsburg, B. C. (2015). A quantitative meta-analysis of neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, *141*(1), 105-140.
- Shipherd, J. C., y Beck, J. G. (2005). The role of thought suppression in posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, *36*(3), 277-287. doi:10.1016/S0005-7894(05)80076-0
- Solomon, Z., Benbenishty, R., Neria, Y., Abramowitz, M., Ginzburg, K., y Ohry, A. (1993). Assessment of PTSD: validation of the Revised PTSD Inventory. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *30*, 110-115.
- START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism). (2014). *Annex of statistical information. country reports on terrorism 2013*. Recuperado de <http://www.state.gov/documents/organization/225043.pdf>
- START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism). (2015). *Annex of statistical information. country reports on terrorism 2014*. Recuperado de <https://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*. Recuperado de <https://www.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*. Recuperado de <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*. Recuperado de <https://www.state.gov/documents/organization/283097.pdf>
- START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism). (2019). *Annex of statistical information. country reports on terrorism 2018*. Recuperado de <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/10/DSG-Statistical-Annex-2018.pdf>
- Startup, M., Makgekgenene, L., y Webster, R. (2007). The role of self-blame for trauma as assessed by the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): a self-protective cognition? *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 395-403. doi:10.1016/j.brat.2006.02.003
- Stephenson, R., Marchand, A., LaVallée, M. C., y Brillon, P. (1996). *Translation and transcultural validation of the modified PTSD Symptom Scale-self report*. Póster presentado en el XXVI International Congress of Psychology, Montreal, Canadá.
- Stricker, N. H., Keller, J. E., Castillo, D. T., y Haaland, K. Y. (2015). The neurocognitive performance of female veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 102-109. doi:10.1002/jts.22000
- Su, Y. J., y Chen, S. H. (2012). *Pretrauma cognitive vulnerability of PTSD: development and psychometric evaluation of the Trauma Assumptions Scale (TAS)*. Comunicación presentada en el 6th Annual Meeting of Taiwan Association of Clinical Psychology, Taiwán.

- Timmerman, M. E., y Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods, 16*, 209-220. doi:10.1037/a0023353
- Tochigi, M., Umekage, T., Otani, T., Kato, T., Iwanami, A., Asukai, N., ... Kato, N. (2002). Serum cholesterol, uric acid and cholinesterase in victims of the tokyo subway sarin poisoning: a relation with post-traumatic stress disorder. *Neuroscience Research, 44*(3), 267-272. doi:10.1016/S0168-0102(02)00146-3
- Twamley, E. W., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Hami Cissell, S., Hughes Berardi, K., ... Stein, M. B. (2009). Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society, 15*(6), 879-887. doi:10.1017/S135561770999049X
- Valdez, C. E., y Lilly, M. M. (2012). Thought control: Is it ability, strategies, or both that predicts posttraumatic symptomatology in victims of interpersonal trauma? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 34*(4), 531-541. doi:10.1007/s10862-012-9300-y
- Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika, 41*(3), 321-327.
- Velicer, W. F., Eaton, C. A., y Fava, J. L. (2000). Construct explication through factor or component analysis: a review and evaluation of alternative procedures for determining the number of factors or components. En R. D. Goffin, y E. Helmes (Eds.), *Problems and solutions in human assessment: Honoring Douglas N. Jackson at seventy* (pp. 41-71). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- 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. doi:10.1177/10731911110376161

- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., ... Marx, B. P. (2018). The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5): development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment, 30*(3), 383-395. doi:10.1037/pas0000486
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., y Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility*. Comunicación presentada en la Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX, octubre.
- 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)*. Recuperado de <http://www.ptsd.va.gov>.
- Weissman, A. N., y Beck, A. T. (1978, noviembre). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: a preliminary investigation*. Comunicación presentada en Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canadá.
- Wilson, B., Cockburn, J., Baddeley, A., Beckers, K., Behrends, U., y Canavan, A. (1992). *The Rivermead Behavioural Memory Test*. Suffolk, Reino Unido: Thames Valley Test Company.
- Yi-Jen, S., y Sue-Huei, C. (2018). Negative cognitions prior to trauma predict acute posttraumatic stress disorder symptomatology. *Journal of Traumatic Stress, 31*(1), 14-24. doi:10.1002/jts.22255
- Yufik, T., y Simms, L. J. (2010). A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 764-776.
- Yule, W., y Williams, R. M. (1990). Post-traumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 279-295.

- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., ... Gunderson, J. G. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders, 14*(4), 291-299.
- Zatzick, D. F., Rivara, F. P., Jurkovich, G. J., Hoge, C. W., Wang, J., MS, Fan, M., ... y Mackenzie, E. J. (2010). Multisite investigation of traumatic brain injuries, posttraumatic stress disorder, and self-reported health and cognitive impairments. *Archives of General Psychiatry, 67*(12), 1291-1300. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.158
- Zimering, R., Gulliver, S. B., Knight, J., Munroe, J., y Keane, T. M. (2006). Posttraumatic stress disorder in disaster relief workers following direct and indirect trauma exposure to ground zero. *Journal of Traumatic Stress, 19*(4), 553-557.
- Zuinaga, S. (2011). El terrorismo, una aproximación teórica en cuanto a su definición. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura, 17*(2), 11-26.

Anexos

ANEXO 1. EADT Versión preliminar de 115 ítems

EADT (versión preliminar)

Nombre:

Fecha:

Edad:

Instrucciones:

Este inventario contiene una lista de distintas creencias o actitudes que en ocasiones tienen las personas. Lea cada frase con atención y decida en qué medida está de acuerdo o no con ella. Para cada frase señale su respuesta con una *X* bajo la columna que mejor describa su modo de pensar. Dado que cada persona es distinta no existen respuestas correctas o incorrectas. Para decidir si una determinada creencias es típica de su modo de ver las cosas, basta con que tenga presente cómo es Ud. la mayoría de las veces. Por favor, trate de responder a todas las preguntas sin saltarse ninguna de ellas.

Respuestas:

- 1: Estoy totalmente en desacuerdo.
2. Estoy en desacuerdo.
3. No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
4. Estoy de acuerdo.
5. Estoy totalmente de acuerdo.

	1	2	3	4	5
1. Jamás podría ser feliz si mataran a algún ser querido en un atentado terrorista					
2. Si mataran a algún ser querido, mi vida dejaría de tener sentido.					
3. Ver en persona a la/s persona/s que ha cometido un atentado terrorista contra ti o algún ser querido sería algo insoportable.					
4. Lo mejor que se puede hacer es desechar de tu vida todo aquello que te hace sufrir					
5. Hablar y/o expresar tus sentimientos es un signo de debilidad y te convierte en una persona mucho más vulnerable.					
6. Cuando sufres tanto como en un atentado terrorista, la muerte puede llegar a ser un descanso, una solución a todo ese sufrimiento.					
7. El malestar que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.					
8. Las emociones negativas que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás van a desaparecer.					
9. La ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.					
10. Después de sufrir un atentado terrorista todo va a ir siempre a peor, independientemente de lo que se haga para evitarlo.					
11. Cuando sufres un atentado terrorista, los recuerdos que te quedan de ello jamás dejarán de provocarte dolor (o sufrimiento).					

	1	2	3	4	5
12. Sufrir un atentado terrorista es lo más horroroso que te puede pasar en la vida.					
13. Cuando sufres un atentado terrorista, sigues viviendo pero tu vida ya no te pertenece.					
14. Cuando sufres un atentado terrorista, sigues viviendo pero tu vida ya no tiene sentido.					
15. Tras sufrir un atentado terrorista, la vida se vuelve completamente incontrolable.					
16. El mundo es totalmente impredecible.					
17. Tras un atentado terrorista, únicamente los sentimientos de rabia y de ira te impulsarán a seguir luchando.					
18. Tras un atentado terrorista tienes que sentir rabia e ira; no hacerlo sería injusto y contrario a los valores de nuestra sociedad.					
19. Después de un atentado terrorista hay un tiempo en el que puedes estar mal, pero después deberías (tendrías que) volver a estar bien.					
20. Todo el sufrimiento emocional que una persona siente se debe a las malas decisiones que ha ido tomando.					
21. Si dices que eres víctima del terrorismo o hablas del atentado terrorista que sufriste, terminarás dando lástima a la gente.					

	1	2	3	4	5
22. Las únicas personas que tienen derecho a quejarse después de un atentado terrorista son aquellas que peor lo han pasado.					
23. No todas las muertes cometidas en atentados terroristas son igual de injustas, algunas son mucho más crueles e injustas que otras, como las muertes de niños y jóvenes.					
24. Superar el atentado, pasar página o recuperarte, sería una traición al resto de víctimas, a mí mismo y a las personas a las que quiero.					
25. Es imposible ser feliz si te quedas solo.					
26. Las personas que, tras sufrir un atentado terrorista, se centran en ellas mismas son personas egoístas y, por tanto, no merecen la pena.					
27. Si el resto de las personas no aprueban quién eres o las cosas que haces, nunca podrás llegar a ser feliz.					
28. Si después de sufrir un atentado terrorista no te centras únicamente en ti y en tu bienestar, nunca podrás llegar a ser feliz.					
29. En este mundo a la gente buena le pasan cosas malas y a la gente mala no, por eso hay que ser malo.					
30. Cuando eres víctima del terrorismo, la sociedad no solo no te ayudará sino que harán lo posible para perjudicarte.					

	1	2	3	4	5
31. Lo único que el mundo quiere de verdad de las víctimas del terrorismo es sacar algún beneficio (económico, político y/o social) de ellas.					
32. Todas las cosas que ocurren en este mundo deberían tener una razón lógica (no como el terrorismo, que no tiene ninguna).					
33. A las buenas personas no deberían pasarle nunca cosas malas como sufrir un atentado terrorista, eso es algo completamente intolerable.					
34. La ansiedad puede venir en cualquier momento, de cualquier forma y una vez que viene, ya no la puedes controlar.					
35. Es imposible tener control sobre las emociones. Siempre te dominarán.					
36. Después de sufrir un atentado, tu cuerpo y tu mente se modifican para siempre.					
37. Las consecuencias negativas de un atentado son irreversibles. Están grabadas en tu cerebro.					
38. Haber sufrido un atentado es algo que no se puede superar. Nunca podrás adaptarte ni asimilar lo que ha ocurrido					
39. Después de sufrir un atentado es imposible volver a ser feliz.					
40. En la vida siempre debería haber una explicación razonable para todas las cosas importantes que le suceden a uno.					
41. Si no consigo entender por qué sucedió el atentado, nunca seré feliz.					
42. Es seguro que un atentado volverá a ocurrir, porque ya ha pasado					

	1	2	3	4	5
43. El mundo es un lugar peligroso: En cualquier momento toda tu vida se puede hundir					
44. El mundo es un lugar peligroso: En cualquier momento te puedes morir					
45. Recordar el atentado que sufrí siempre es malo y además, es peligroso para mí.					
46. Si uno no piensa sobre el atentado, es como si no existiera, como si nunca hubiera pasado.					
47. Si pudiera olvidar todo lo malo que me ha pasado sería más feliz // o si no hablo sobre lo sucedido, me sentiré mejor.					
48. Ser feliz es mucho más fácil si evitas todo lo que no te gusta.					
49. Después de sufrir un Atentado es imposible volver a relacionarse de manera normal con las personas.					
50. Después de sufrir un atentado, ya estás gafado para toda la vida. Todo lo que intentes, te saldrá mal.					
51. Si no vigilas y controlas todo es muy probable que te ocurra algo horrible					
52. Si hubiera tomado otra decisión o me hubiera comportado de otra forma, el atentado no habría ocurrido.					
53. Las personas con sus decisiones y sus comportamientos tienen el poder de evitar que les sucedan cosas malas, como por ejemplo, un atentado terrorista.					

	1	2	3	4	5
54. Las personas tienen la responsabilidad de las cosas malas que le suceden en la vida. Si te pasa algo malo, es tu responsabilidad, por no haber hecho lo suficiente.					
55. Si sucede un atentado terrorista, todas las personas tienen el deber moral de ayudar a los demás					
56. Si le ocurre algo malo a mi familia (o si mi familia sufre) será por mi culpa.					
57. Si me hubiera muerto, no habría hecho sufrir tanto a los míos					
58. Hacer sufrir a los demás es algo horrible/intolerable					
59. Si quieres a alguien, le evitarás todo sufrimiento					
60. Mostrar tu dolor es malo porque hace sufrir a los demás					
61. Después de sufrir un atentado, te conviertes en una persona frágil, dependiente e inútil					
62. Si me pasa algo malo, no tendré habilidades para luchar o defenderme.					
63. Todo el mundo es mucho más fuerte que yo.					
64. Todo lo malo que les ocurre a las víctimas del terrorismo es consecuencia del atentado.					
65. Es imposible que seas una persona normal si has sufrido un atentado terrorista (o si un familiar tuyo lo ha sufrido).					
66. Tras vivir un atentado terrorista tienes que ser fuerte y afrontar todo lo malo, si no eres débil.					

	1	2	3	4	5
67. La gente te hará daño si te ve fuerte.					
68. Es horrible depender de otras personas (para recibir ayuda).					
69. La sociedad olvida a las víctimas del terrorismo porque la gente se cree todo lo que dicen los políticos.					
70. Si no eres capaz de controlar tus emociones (e.g.: llorar por cómo te sientes) eres una persona débil (e irracional).					
71. Si estás siempre alegre, tendrás que estar triste.					
72. Si sufres un atentado terrorista, siempre encontrarás algo ajeno a ti que te impida salir adelante.					
73. Si anticipas todas las cosas malas que te pueden pasar en la vida, cuando ocurran no te harán tanto daño porque estarás preparado.					
74. El olvido es la única forma de ser feliz si has vivido un atentado terrorista.					
75. Los niños pequeños no deberían morir en atentados terroristas, es antinatural.					
76. Cuando perteneces a los cuerpos y seguridad del estado, morir por tu país o por los demás es absurdo, nadie le da valor.					
77. En este mundo lo malos salen ganando.					
78. Después de un atentado terrorista los únicos derrotados son las víctimas.					

	1	2	3	4	5
79. Las instituciones del gobierno nunca harán nada por ayudar a las víctimas del terrorismo. No se puede confiar en ellas.					
80. Después de sufrir un atentado terrorista, la vida se queda totalmente truncada/ Sufrir un atentado terrorista te destroza la vida para siempre.					
81. El atentado cambió mi proyecto de vida/mi futuro y eso nunca va a mejorar.					
82. El mundo debería tener un orden y unas reglas claras a seguir para estar tranquilo.					
83. Es inconcebible que en el mundo en el que vivimos la gente muera de una forma tan cruel como en un atentado terrorista.					
84. La mentira es algo horrible e inaceptable.					
85. Las cosas malas que te pasan siempre influyen mucho más en tu vida que las cosas buenas					
86. Todo lo bueno que te pasa da igual o pierde sentido si te pasan cosas malas.					
87. Es absolutamente imposible perdonar a alguien que me hace algo malo					
88. Es absolutamente imposible perdonar a los terroristas por lo que hicieron					
89. Perdonar a los terroristas está mal porque te traicionarías a ti mismo y a los tuyos.					
90. Si alguien te hace daño merece recibir el mismo daño que has sufrido, es lo más justo.					
91. Los terroristas te hacen daño, lo mínimo que tienes que hacer es odiarles.					

	1	2	3	4	5
92. La única manera de que las víctimas puedan llegar a estar bien es que los terroristas sufran las mismas calamidades que provocan, sería lo más justo.					
93. El mundo es injusto/el mundo está lleno de injusticias					
94. Si los demás te ven vulnerable y perciben que pueden hacerte daño, te lo harán					
95. Si muestras tus emociones serás vulnerable para los demás y te harán daño					
96. El mundo está lleno de gente mala (se podría añadir también: que solo quiere hacer daño a los demás), no te puedes fiar de nadie					
97. Si sufres un atentado terrorista todo el mundo a tu alrededor te verá como una persona débil y de escasa valía.					
98. La gente siempre se dedica a juzgar negativamente a los demás					
99. La gente que no ha sufrido un atentado terrorista nunca podrá comprenderte.					
100. La gente no está preparada para escuchar y comprender el sufrimiento de las víctimas del terrorismo.					
101. A la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas.					
102. La sociedad siempre te da la espalda cuando te pasa algo tan grave como un atentado terrorista.					

	1	2	3	4	5
103. La sociedad siempre responsabiliza a las víctimas del terrorismo por lo que les ha pasado (piensan “algo habrá hecho él o ella para que le pase eso”).					
104. Si supero las cosas terribles que me han pasado en relación al atentado y sus consecuencias, la sociedad me juzgará mal					
105. Los demás deberían tratarnos bien porque somos víctimas del terrorismo					
106. Los seres humanos son egoístas, solo piensan en sí mismos, eso es intolerable					
107. Las personas que nos rodean son unas hipócritas					
108. Cierta clase de gente (como los árabes o los vascos), son malos por naturaleza y eso nunca va a cambiar.					
109. El terrorismo no va a acabar nunca, nadie tiene ningún control ni ninguna capacidad de afrontarlo.					
110. Las creencias ideológicas o espirituales son completamente inútiles para enfrentar o superar acontecimientos tan negativos como un atentado terrorista					
111. Es imposible expresar o comunicar todo lo que supone sufrir un atentado terrorista.					
112. Es imposible aprender de los errores que cometemos.					

	1	2	3	4	5
113. Tras sufrir un atentado terrorista, las personas se vuelven incapaces de querer/amar a otras personas.					
114. Sufrir un atentado terrorista es algo humillante y vergonzoso.					
115. El destino determina nuestras vidas.					
Observaciones generales:					

ANEXO 2. EADT Versión preliminar de 85 ítems

EADT (versión preliminar)

Nombre:

Fecha:

Edad:

Instrucciones:

Este inventario contiene una lista de de distintas creencias o actitudes que en ocasiones tienen las personas. Lea cada frase con atención y decida en qué medida está de acuerdo o no con ella. Para cada frase señale su respuesta con una *X* bajo la columna que mejor describa su modo de pensar. Dado que cada persona es distinta no existen respuestas correctas o incorrectas. Para decidir si una determinada creencias es típica de su modo de ver las cosas, basta con que tenga presente cómo es Ud. la mayoría de las veces. Por favor, trate de responder a todas las preguntas sin saltarse ninguna de ellas.

Respuestas:

- 1: Estoy totalmente en desacuerdo.
2. Estoy en desacuerdo.
3. No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
4. Estoy de acuerdo.
5. Estoy totalmente de acuerdo.

	1	2	3	4	5
1. Es posible ser feliz si asesinan a algún ser querido en un atentado terrorista.					
2. Ver en persona a la/s persona/s que ha cometido un atentado terrorista contra ti o algún ser querido sería algo insoportable.					
3. Para ser feliz no es necesario desechar de tu vida todo aquello que te hace sufrir.					
4 Hablar y/o expresar tus sentimientos es un signo de debilidad y te convierte en una persona mucho más vulnerable.					
5. Cuando sufres tanto como en un atentado terrorista, la muerte puede llegar a ser un descanso, una solución a todo ese sufrimiento.					
6. El malestar emocional que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.					
7. La ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.					
8. Sufrir un atentado terrorista es lo más horroroso que te puede pasar en la vida.					
9. Cuando sufres un atentado terrorista, sigues viviendo pero tu vida ya no tiene sentido.					
10. Tras sufrir un atentado terrorista, la vida se vuelve completamente incontrolable.					
11. El mundo es totalmente impredecible.					
12. Tras un atentado terrorista, únicamente los sentimientos de rabia y de ira te impulsarán a seguir luchando.					

	1	2	3	4	5
13. Tras un atentado terrorista tienes que sentir rabia e ira; no hacerlo sería injusto y una traición a ti mismo y a los tuyos					
14. Después de un atentado terrorista hay un tiempo en el que puedes estar mal, pero después deberías (tendrías que) volver a estar bien.					
15. Las únicas personas que tienen derecho a quejarse después de un atentado terrorista son aquellas que peor lo han pasado.					
16. No todas las muertes cometidas en atentados terroristas son igual de injustas, algunas son mucho más crueles e injustas que otras, como las muertes de niños y jóvenes.					
17. Superar el atentado, pasar página o recuperarte, sería una traición al resto de víctimas, a mí mismo y a las personas a las que quiero.					
18. Es imposible ser feliz si te quedas solo.					
19. Las personas que, tras sufrir un atentado terrorista, se centran en ellas mismas son personas egoístas ((y, por tanto, no merecen la pena)).					
20. No es necesario conseguir la aprobación del resto de las personas para ser felices.					
21. Si después de sufrir un atentado terrorista no te centras únicamente en ti y en tu bienestar, nunca podrás llegar a ser feliz.					
22. Cuando eres víctimas del terrorismo, es posible encontrar ayuda en el conjunto de la sociedad.					

	1	2	3	4	5
23. Lo único que el mundo quiere de verdad de las víctimas del terrorismo es sacar algún beneficio (económico, político y/o social) de ellas.					
24. A las buenas personas no deberían pasarle nunca cosas malas como sufrir un atentado terrorista, eso es algo completamente intolerable.					
25. La ansiedad es una emoción que puede manejarse.					
26. Aprender a manejar las emociones para que no lleguen a dominarte es posible.					
27. Las consecuencias negativas de un atentado son reversibles; no están grabadas a fuego en tu cerebro.					
28. Después de sufrir un atentado es posible volver a ser feliz.					
29. En la vida siempre debería haber una explicación razonable para todas las cosas importantes que le suceden a uno.					
30. Para ser feliz, no es necesario comprender por qué me sucedió el atentado.					
31. Cuando te ha pasado algo malo es seguro que eso mismo te volverá a ocurrir.					
32. El mundo es, por lo general, un lugar seguro.					
33. Recordar el atentado que sufrí siempre será malo y me hará empeorar					
34. Evitar pensar sobre el atentado no hará que éste desaparezca.					

	1	2	3	4	5
35. Después de sufrir un Atentado es imposible volver a relacionarse de manera normal con las personas.					
36. Después de sufrir un atentado, ya estás gafado para toda la vida. Todo lo que intentes, te saldrá mal.					
37. Si no vigilas y controlas todo es muy probable que te ocurra algo horrible.					
38. En ocasiones pueden ocurrirte cosas malas de las que no eres en absoluto responsable.					
39. Si sucede un atentado terrorista, todas las personas tienen el deber moral de ayudar a los demás					
40. Si le ocurre algo malo a mi familia (o si mi familia sufre) será por mi culpa.					
41. Hacer sufrir a los demás es algo horrible/intolerable					
42. Si quieres a alguien, le evitarás todo sufrimiento					
43. Mostrar tu dolor, aunque haga sufrir a los demás, no es malo.					
44. Después de sufrir un atentado, te conviertes en una persona frágil, dependiente e inútil					
45. Si me pasa algo malo, no tendré habilidades para luchar o defenderme.					
46. Todo lo malo que les ocurre a las víctimas del terrorismo es consecuencia del atentado.					

	1	2	3	4	5
47. Es posible ser una persona normal a pesar de haber sufrido un atentado terrorista.					
48. La gente te hará daño si te ve fuerte.					
49. Es horrible depender de otras personas (para recibir ayuda).					
51. En ocasiones, la mayoría de las personas somos incapaces de controlar nuestras emociones (e.g.: llorar por cómo te sientes), independientemente de lo fuerte o débil que uno sea.					
51. Si estás siempre bien, antes o después te pasará algo malo					
52. Si sufres un atentado terrorista, siempre encontrarás algo ajeno a ti que te impida salir adelante.					
53. Si anticipas todas las cosas malas que te pueden pasar en la vida, cuando ocurran no te harán tanto daño porque estarás preparado.					
54. El olvido es la única forma de ser feliz si has vivido un atentado terrorista.					
55. Dar la cara por tu país o por los demás es absurdo, nadie le da valor.					
56. En este mundo lo malos ganan y los buenos pierden, por eso hay que ser malo.					
57. Las instituciones del gobierno nunca harán nada por ayudar a las víctimas del terrorismo. No se puede confiar en ellas.					
58. Después de sufrir un atentado terrorista, la vida se queda totalmente truncada.					

	1	2	3	4	5
59. El mundo, en algunos aspectos, no tiene ni orden ni reglas claras, y no son cosas necesarias para sentirse tranquilo.					
60. Es inconcebible que en el mundo en el que vivimos la gente muera de una forma tan cruel como en un atentado terrorista.					
61. La mentira es algo horrible e inaceptable.					
62. La influencia que tienen en nuestra vida las cosas malas que nos ocurren puede ser mayor, menor o igual que la influencia de las cosas buenas.					
63. Perdonar a alguien que te hace algo malo es posible.					
64. Es absolutamente imposible perdonar a los terroristas por lo que hicieron					
65. La venganza (ojo por ojo, diente por diente) no es algo que merezca sufrir nadie en una sociedad basada en la justicia.					
66. El mundo es injusto/el mundo está lleno de injusticias					
67. Si los demás te ven vulnerable y perciben que pueden hacerte daño, te lo harán					
68. En el mundo hay gente mala y gente buena; gente de la que te puedes fiar y gente de la que no.					
69. Si sufres un atentado terrorista todo el mundo a tu alrededor te verá como una persona débil y de escasa valía.					

	1	2	3	4	5
70. La gente siempre se dedica a juzgar negativamente a los demás					
71. La gente que no ha sufrido un atentado terrorista nunca podrá comprenderte.					
72. A la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas.					
73. La sociedad siempre responsabiliza a las víctimas del terrorismo por lo que les ha pasado (piensan “algo habrá hecho él o ella para que le pase eso”).					
74. Si supero las cosas terribles que me han pasado en relación al atentado y sus consecuencias, la sociedad me juzgará mal.					
75. Los demás deberían tratarnos bien porque somos víctimas del terrorismo					
76. Los seres humanos son egoístas, solo piensan en sí mismos, eso es intolerable					
77. Las personas que nos rodean son unas hipócritas.					
78. Cierta clase de gente (como los árabes o los vascos), son malos por naturaleza y eso nunca va a cambiar.					
79. El terrorismo no va a acabar nunca, nadie tiene ningún control ni ninguna capacidad de afrontarlo.					
80. Las creencias ideológicas o espirituales son completamente inútiles para enfrentar o superar acontecimientos tan negativos como un atentado terrorista					

	1	2	3	4	5
81. Aunque difícil, es posible expresar o comunicar todo lo que supone sufrir un atentado terrorista.					
82. Es posible aprender de los errores que cometemos.					
83. Las personas, aún después de sufrir un atentado terrorista, pueden ser capaces de querer/amar a otras personas.					
84. Sufrir un atentado terrorista es algo humillante y vergonzoso.					
85. El destino determina nuestras vidas.					

	1	2	3	4	5
Observaciones generales:					

ANEXO 3. EADT Versión definitiva de 34 ítems

EADT (Versión R)

Nº de identificación: _____

Fecha: _____

Este inventario contiene una lista de distintas actitudes o creencias que tiene a veces la gente. Lea **cada** frase con atención y decida en qué medida está o no de acuerdo. Para cada frase, señale su respuesta marcando un aspa (X) bajo la columna que **mejor describa su modo de pensar**. Dado que cada persona es distinta, no existen respuestas correctas ni erróneas. Para decidir si una determinada actitud es típica de su modo de ver las cosas, basta con que tenga presente cómo es usted **la mayoría de las veces**.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Es posible ser feliz aunque hayan asesinado a algún ser querido en un atentado terrorista.					
2. Hablar o expresar tus sentimientos es un signo de debilidad y te convierte en una persona mucho más vulnerable.					
3. El enorme malestar emocional que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.					
4. La ansiedad que te produce haber sufrido un atentado terrorista jamás va a desaparecer.					
5. Cuando sufres un atentado terrorista, sigues viviendo pero tu vida ya no tiene sentido.					
6. Tras sufrir un atentado terrorista, la vida se vuelve completamente incontrolable.					
7. Tras un atentado terrorista, únicamente los sentimientos de rabia y de ira te impulsarán a seguir luchando.					
8. Es imposible ser feliz si te quedas solo tras un atentado terrorista.					
9. Lo único que el mundo quiere de verdad de las víctimas del terrorismo es sacar algún beneficio (económico, político o social) de ellas.					
10. La ansiedad es una emoción que puede manejarse.					
11. Las consecuencias negativas de un atentado son reversibles; no están grabadas a fuego en tu cerebro.					
12. Después de sufrir un atentado es posible volver a ser feliz.					
13. Para ser feliz, no es necesario comprender por qué me sucedió el atentado.					
14. Cuando te ha pasado algo malo es seguro que eso mismo te volverá a ocurrir.					

15. Recordar el atentado que sufrí siempre será malo y me hará empeorar					
16. Después de sufrir un atentado, ya estás gafado para toda la vida.					
17. Si no vigilas y lo controlas todo, es muy probable que te ocurra algo horrible.					
18. Todo lo malo que nos ocurre a las víctimas del terrorismo es consecuencia del atentado.					
19. Es posible ser una persona normal a pesar de haber sufrido un atentado terrorista.					
20. La gente te hará daño si te ve fuerte.					
21. Si estás bien, antes o después te pasará algo malo.					
22. Si sufres un atentado terrorista, siempre encontrarás algo ajeno a ti que te impida seguir adelante.					
23. Si anticipas todas las cosas malas que te pueden pasar en la vida, cuando ocurran no te harán tanto daño porque estarás preparado.					
24. En este mundo los malos ganan y los buenos pierden.					
25. Los gobiernos nunca harán nada de verdad por ayudar a las víctimas del terrorismo.					
26. Después de sufrir un atentado terrorista, la vida se queda totalmente trunca.					
27. Si los demás te ven vulnerable y perciben que pueden hacerte daño, te lo harán.					
28. La gente siempre se dedica a juzgar negativamente a los demás.					
29. La gente que no ha sufrido un atentado terrorista nunca podrá comprenderte.					
30. A la sociedad no le importa realmente el problema del terrorismo ni el sufrimiento de sus víctimas.					
31. La sociedad siempre responsabiliza a las víctimas del terrorismo por lo que les ha pasado (piensan “algo habrá hecho él o ella para que le pase eso”).					
32. Si supero las cosas terribles que me han pasado en relación al atentado y sus consecuencias, la sociedad me juzgará mal.					
33. Los seres humanos son egoístas, solo piensan en sí mismos.					
34. Las personas que nos rodean son unas hipócritas.					

ENTREVISTA CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA¹

ver. 2.0

Visión General del Atentado

CÓDIGO DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL CLÍNICO: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

¹ Basada en el Módulo de Visión General de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-I-VC; M. B. First, R. L. Spitzer, M. Gibbon y J. B. W. Williams. 1999) y en la Entrevista sobre el Trauma de E. B. Foa, E. A. Hembree y B. O. Rothbaum (2007). Modificados por Jesús Sanz y María Paz García Vera, Universidad Complutense de Madrid.

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

¿Cuál es su fecha de nacimiento?	<i>Fecha de nacimiento:</i> Día: _____ Mes: _____ Año: _____
¿Está casado?	<i>Estado civil actual:</i> 1. Casado/a 2. Viudo/a 3. Divorciado/a o matrimonio anulado 4. Separado/a 5. Soltero/a 6. Conviviendo con pareja estable
SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Lo ha estado alguna vez?	<i>Notas:</i>
¿Tiene hijos?	<i>Hijos</i> 0. No 1. Sí
SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuántos?	<i>Notas:</i>
¿Dónde vive?	<i>Entorno social próximo</i> <i>Notas:</i>
¿Con quién vive?	1. Vive solo 2. Con sus padres 3. Hermanos 4. Pareja 5. Hijos 6. Varios de los anteriores (señalarlos) 7. Amigos u otras personas (especificar)
HISTORIA ACADÉMICA	
¿Hasta cuándo fue al colegio?	<i>Nivel de estudios:</i> 0. Ninguno 1. Primarios/ EGB/ Primaria obligatoria (básica, bachillerato elemental y reválida de 4º) 2. Secundaria/ ESO/ BUP/ Bachillerato superior y reválida de 6º 3. Bachillerato actual/ COU/ Preuniversitario (Preu) 4. Formación profesional grado medio 5. Formación profesional grado superior 6. Diplomatura universitaria 7. Licenciatura universitaria / Grado universitario (Bolonia) 8. Master universitario/ Posgrado universitario (Bolonia) 9. Doctorado

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL ATENTADO Y SUS CONSECUENCIAS

A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre el atentado terrorista (o atentados) que vivió y cómo se ha sentido y se ha comportado últimamente o desde el momento en que ocurrió el atentado. Puede que le resulte difícil hablar de algunas de las cosas sobre las que le voy a preguntar. Si hay algo que pueda hacer para conseguir que nuestra conversación sea menos difícil para usted, por favor, dígamelo. ¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar?

Descripción del atentado terrorista

- *Fecha atentado:*
- *Grupo terrorista:*
- *Lugar:*
- *Tipo de atentado terrorista*
 1. Coche bomba
 2. Explosión casa cuartel
 3. Tiroteo
 4. Otro tipo de explosión
 5. Secuestro
 6. Varios atentados
 7. Atentado masivo (Hipercor, 11-M)
- *Vinculación al atentado (ESPECIFICAR si fue testigo, si tiene VARIOS familiares/compañeros heridos o fallecidos (CUÁLES) o si afectó a su vivienda):* _____

- *Descripción del suceso:*

Toda esta información ha de estar completada de la telefónica. Preguntarle sobre esto sólo si hay alguna información que nos falte. Si no, pasar a la siguiente parte.

VALORACIÓN DE PROBLEMAS ACTUALES (relacionados o no con el atentado)

Muy bien, ahora me gustaría poder hablar con usted sobre su estado psicológico actual.
 ¿Diría usted que en el último mes ha tenido algún tipo de problema o de circunstancia que le genere dificultades o que le haga sentirse mal?

Lista de problemas actuales y Problema más grave

0. No
1. Sí

SI MENCIONA VARIOS PROBLEMAS
 ¿Cuál es el problema principal, el que le causa más dificultades o le hace sentirse peor? Cuénteme más sobre eso. ¿Qué quiere decir con?

Descripción del problema:

<p>¿Y diría usted que este problema está relacionado con el atentado y con lo que le pasó entonces?</p> <p>¿De qué manera?</p>	<p>Relación con el atentado del problema más grave</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>HISTORIA DE TRATAMIENTOS PREVIOS</p>	
<p>¿Ha recibido tratamiento por problemas/dificultades psicológicas? Terapia psicológica – medicación.</p> <p>En caso de haber recibido medicación, ¿fue prescrita por su médico de cabecera o por el psiquiatra?</p> <p>¿Con qué estaba relacionada la ayuda?</p>	<p>Tratamientos psicológicos/psiquiátricos</p> <p>0. Ninguno 1. Psicológico. 2. Psiquiátrico. 3. Ambos</p> <p><u>Notas:</u></p> <p>1. Médico de atención primaria. 2. Psiquiatra. 3. Ambos</p> <p><u>Notas:</u></p> <p>1. Atentado. 2. Otros motivos. 3. Ambos.</p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>¿Sigues recibiendo tratamiento por problemas/dificultades psicológicas? Terapia psicológica – medicación.</p> <p>En caso de seguir recibiendo medicación, ¿ha sido prescrita por su médico de cabecera o por el psiquiatra?</p> <p>¿Con qué está relacionada la ayuda?</p>	<p>Tratamientos psicológicos/psiquiátricos <u>actualidad</u></p> <p>0. Ninguno 1. Psicológico. 2. Psiquiátrico. 3. Ambos</p> <p><u>Notas:</u></p> <p>1. Médico de atención primaria. 2. Psiquiatra. 3. Ambos</p> <p><u>Notas:</u></p> <p>1. Atentado. 2. Otros motivos. 3. Ambos.</p> <p><u>Notas:</u></p>

CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

<p>¿Cuánto [alcohol] ha estado bebiendo [durante el último mes]? (¿Cuántos vasos o copas de vino al día o a la semana? ¿Cuántas cañas o cuantas botellas/latas de cerveza al día o a la semana? ¿Cuántos combinados o licores al día o a la semana? ¿Qué tipo de combinados o licores?)</p>	<p><i>Cantidad de alcohol en el último mes</i></p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>SI CONSUME O HA CONSUMIDO ALCOHOL: ¿Ha cambiado la cantidad de alcohol que consume o la manera en que lo hace a raíz del atentado y de todo lo que le pasó entonces? ¿Cómo ha cambiado?</p>	<p><i>Consumo de alcohol: relación con atentado</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>1. Empezó a beber 2. Aumentó el consumo 3. Disminuyó el consumo</p>
<p>¿Ha sentido alguna vez que deba beber menos?</p>	<p><i>Consumo de alcohol: percepción subjetiva</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?</p>	<p><i>Consumo de alcohol: críticas</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?</p>	<p><i>Consumo de alcohol: culpa</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?</p>	<p><i>Consumo de alcohol: abstinencia</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>¿Consume tabaco en la actualidad? ¿Cuántos cigarrillos al día? ¿Cambió su consumo de tabaco tras el atentado?</p>	<p><i>Consumo de tabaco</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><i>Número cigarrillos/día:</i> _____</p> <p>0. No cambió 1. Empezó a fumar 2. Aumentó el consumo de tabaco 3. Disminuyó el consumo de tabaco</p>
<p>¿Ha estado consumiendo algún otro tipo de droga [durante el último mes]?</p>	<p><i>Consumo de otras drogas último mes</i></p> <p>2. No 3. Sí</p>

<p>SI CONSUME O HA CONSUMIDO ALGUNA DROGA: ¿Qué tipo de droga: marihuana, cocaína...? (<i>Anote tipo de droga y frecuencia de uso</i>)</p>	<p><i>Notas:</i></p>
<p>SI CONSUME DROGAS: ¿Ha cambiado la cantidad de drogas que consume o la manera en que lo hace a raíz del atentado y de todo lo que le pasó entonces? ¿Cómo ha cambiado?</p>	<p><i>Consumo de drogas: relación con atentado</i> 0. No 1. Sí 1. Empezó a consumir 2. Aumentó el consumo 3. Disminuyó el consumo</p>
<p>SI CONSUME ALCOHOL O ALGÚN TIPO DE DROGA: ¿Ha tenido algún tipo de problema legal, laboral o social debido al consumo de [ALCOHOL O DE DROGAS]?</p>	<p><i>Consumo de alcohol y otras drogas: interferencia objetiva</i> 0. No 1. Sí <i>Notas:</i></p>
<p>¿Considera que tiene un problema de [ALCOHOL O DROGAS]?</p>	<p><i>Consumo de alcohol y otras drogas: interferencia subjetiva</i> 0. No 1. Sí <i>Notas:</i></p>

OBSERVACIONES

Despedida (al finalizar toda la evaluación)

Muchas gracias por haber colaborado. Espero que no se haya sentido incómodo/a con las preguntas que le he realizado. Soy consciente de que es un tema del que en ocasiones es difícil hablar, por eso le agradezco doblemente su colaboración. Es normal que durante los próximos días pueda sentirse más triste, ya que el hecho de haber estado hablando de ello puede hacer que lo tenga más presente, que tenga recuerdos más a menudo y piense más en ello. Pero quiero que sepa que esto sería totalmente normal y que en caso de que le pasase no sería un síntoma de que está peor, sino que simplemente de una mayor conciencia de las propias emociones.

Vamos a valorar detenidamente las contestaciones a las preguntas que le hemos hecho. En cuanto podamos nos pondremos en contacto con usted, para explicarle lo que hayamos visto y en el caso de que considerásemos conveniente realizar un tratamiento, ofrecerle el más adecuado.

Muchas gracias por haber hecho este gran esfuerzo y haber sido tan amable Señor / Señora__.