UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas: un estudio de efectividad con trastornos mentales a muy largo plazo

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Natalia Moreno Pérez

Directores

María Paz García Vera
Jesús Sanz Fernández

Madrid, 2016

© Natalia Moreno Pérez, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Terapia cognitivo conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas: un estudio de efectividad con trastornos mentales a muy largo plazo

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Natalia Moreno Pérez

Directores

Dra. María Paz García Vera

Dr. Jesús Sanz Fernández

Madrid, octubre de 2015

© Natalia Moreno Pérez, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CENTRADA EN EL TRAUMA PARA LAS VÍCTIMAS DE ATENTADOS TERRORISTAS: UN ESTUDIO DE EFECTIVIDAD CON TRASTORNOS MENTALES A MUY LARGO PLAZO

TESIS DOCTORAL

Autora:

Natalia Moreno Pérez

Directores:

Dra. María Paz García Vera

Dr. Jesús Sanz Fernández

Agradecimientos

Este trabajo no hubiera sido posible sin el esfuerzo, el apoyo y el cariño de mis dos directores de tesis, María Paz García Vera y Jesús Sanz. Ellas han sido las personas que desde el principio me han guiado y acompañado en este camino. De ellos he aprendido el significado de la palabra esfuerzo, constancia y dedicación, valores que me han ayudado no solo en mi vida profesional, sino también personal. Gracias a ellos he aprendido a luchar por lo que creo, a saber que nuestra profesión merece la pena y que la sonrisa y el agradecimiento de nuestros pacientes es la mejor recompensa.

La Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) fue el lugar en el que inicié este camino hace ya varios años y de donde parten muchos de mis agradecimientos. Muchas de las personas de la Clínica no fueron solo compañeros de trabajo, sino que en la actualidad son grandes amigos. Entre ellos quiero mencionar a Noe, María, Guada, Iván, Paloma, Laura, Paco, Nacho, Marta, Raquel, Sara y Pablo. También quiero acordarme de una forma especial de todas las personas que forman parte de este proyecto de ayuda a las víctimas del terrorismo: Clara, Sara, Bea, Inés, Judith, Carmen, Rocío, David, Pedro, Belén… De vosotros me llevo vuestra dedicación, profesionalidad y cariño.

Quiero dar las gracias a la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT), a su Junta Directiva y a todos sus trabajadores, ya que sin vosotros este trabajo no hubiera sido posible. En especial quiero agradecer a María Ángeles Pedraza, Presidenta de la AVT, su entrega, dedicación y fe incondicional en nosotros y en nuestro trabajo. También agradecer a la Asociación Plataforma de Apoyo a las Víctimas del Terrorismo (APAVT) y, en especial, a su Presidente, Miguel Folguera, el apoyo prestado. Y a todas las víctimas del terrorismo, en especial a las que han formado parte de este trabajo, gracias. Gracias por enseñarme el significado de la palabra lucha y por tener siempre

una sonrisa dispuesta a regalar a pesar del dolor con el que habéis tenido que aprender a vivir. Espero haberos compensado, al menos en parte, con mi dedicación y cariño.

La investigación empírica de la presente tesis doctoral ha sido en parte posible gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación, a través de la ayuda al proyecto de investigación con referencia PSI2011-26450, y al convenio de colaboración entre la UCM y la AVT (contratos de investigación de referencias 270-2012, 283-2013, 53-2014, 100-2014, 192-2014 y 40-2015), a través de la financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, enmarcado en su proyecto "Servicio de atención a las víctimas del terrorismo y sus familiares" (2012-2013-2014-2015). De nuevo, mi más sincero agradecimiento a los responsables de dichos organismos y a todo el personal que han hecho posible este trabajo.

A mis amigos, Carmen, Laura, Alex, Silvia, Patri, Ana, Laurin, María, Sara, Pilar y Cris, gracias por vuestra amistad incondicional y por escucharme siempre que lo he necesitado. En especial, a Sheila, por enseñarme valores como la entereza, el entusiasmo y la fortaleza, nunca te olvidaré.

Y por supuesto, mi más sincero agradecimiento a las personas más importantes de mi vida. Mis padres, Jesús y Petri. Ellas son las personas que han hecho que todo esto sea posible, sin ellas esto solo sería un sueño. Gracias por vuestras enseñanzas, vuestra educación, pero sobre todo gracias por confiar y creer en mí. A mi hermana María y mi cuñado Mauro, gracias por ser uno de mis pilares, y por traer a este mundo a mi pequeña sobrina Agnese. A mi compañero de viaje, Dani, gracias. Gracias por acompañarme todos estos años, por la paciencia, la energía y la tranquilidad que me aportas, sin tu ayuda este camino hubiera sido mucho más complicado, en definitiva, gracias por hacerme la vida más fácil y mucho más feliz.

A todos, gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Capítulo 1. Resumen……...…… 17

Capítulo 2. Abstract……..……..… 25

Capítulo 3. El problema mundial del terrorismo……..……..… 33

3.1. Definición de terrorismo…….. 35

3.2. Desarrollo histórico del terrorismo……. 42

3.3. El terrorismo en España……...… 47

3.4. El terrorismo en la actualidad……..…… 56

Capítulo 4. Trastornos psicológicos como consecuencia de los atentados terroristas……..……..... 65

4.1. Los trastornos por estrés agudo o postraumático tras atentados terroristas…….…… 73

4.2. Los trastornos depresivos tras atentados terroristas.....……. 85

4.3. Los trastornos de ansiedad tras atentados terroristas……..…….. 92

Capítulo 5. Eficacia y efectividad de los tratamientos en víctimas del terrorismo con trastornos psicológicos…….. 97

5.1. Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos……. 99

5.2. Revisión de los estudios de eficacia de los tratamientos en víctimas del terrorismo con trastorno por estrés postraumático (TEPT)…….. 111

5.3. Revisión de los estudios de efectividad de los tratamientos en víctimas del terrorismo con TEPT…… 120

5.4. Revisión de los estudios de eficacia y efectividad de los tratamientos en víctimas del terrorismo con otros trastornos mentales distintos del TEPT……. 122

5.5. Conclusiones sobre la eficacia y efectividad de los tratamientos en víctimas del terrorismo con trastornos psicológicos……. 125

Capítulo 6. Objetivos e hipótesis……..…….. 141

6.1. Objetivos……. 143

6.2. Hipótesis…….…… 148

Capítulo 7. Método……...…… 151

7.1. Participantes……... 153

7.2. Instrumentos…….. 159

7.3. Procedimiento…… 161

7.4. Análisis estadísticos…… 168

Capítulo 8. Resultados…….…… 171

8.1. Efectividad del tratamiento en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o de depresión diagnosticables…….. 173

8.2. Efectividad del tratamiento en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad…….. 177

8.3. Efectividad del tratamiento en función de la presencia de cambios clínicamente significativos en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad……...……... 179

8.4. Efectividad del tratamiento en función de si las víctimas estaban recibiendo adicionalmente farmacoterapia…… 181

Capítulo 9. Discusión……...….… 185

9.1. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas que sufren trastornos psicológicos…… 187

9.2. Eficacia frente a efectividad de la terapia cognitivo-conductual

centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas…… 189

9.3. Limitaciones del estudio empírico……..…… 191

Capítulo 10. Conclusiones……...… 197

Referencia bibliográficas……..… 203

Anexos……..… 231

ÍNDICE DE TABLAS

Capítulo 3: Conceptualización del terrorismo

Tabla 3.1. Número de personas fallecidas en atentados terroristas en España. División por la autoría del atentado y fuente revisada……... 49

Tabla 3.2. Ataques y víctimas del terrorismo en el mundo en el período 2005-2010 (García-Vera, 2015, p. 217)……. 57

Capítulo 4. Trastornos psicológicos como consecuencias de los atentados terroristas

Tabla 4.1. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático entre el DSM-IV y el DSM-5 (APA, 2000, 2013)…… 77

Tabla 4.2. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor entre el DSM-IV y el DSM-5 (APA, 2000, 2013)..... 87

Tabla 4.3. Criterios diagnósticos para el trastorno de angustia, la agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5 (APA, 2013)…….…… 93

Capítulo 5. Eficacia y efectividad de los trastornos en víctimas del terrorismo con trastornos psicológicos

Tabla 5.1. Diferencias más importantes entre los estudios de eficacia y de efectividad de los tratamientos (adaptado de García-Vera y Sanz, en prensa)…….…. 101

Tabla 5.2. Criterios de representatividad clínica (Stewart y Chambless, 2009, p. 606; adaptado de García-Vera y Sanz, en prensa)……..… 105

Tabla 5.3. Estudios grupales sobre la eficacia del tratamiento psicológico en víctimas del terrorismo (García-Vera et al., 2015)…….. 133

Tabla 5.4. Estudios grupales sobre la efectividad del tratamiento

psicológico en víctimas del terrorismo (estudios con diseño intragrupo) (García-Vera et al., 2015)……. 137

Tabla 5.5. Eficacia frente a efectividad en el tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en víctimas de terrorismo: mejoría clínicamente significativa (análisis de intención de tratar) y abandono terapéutico en el postratamiento (García-Vera et al., 2015)…….……..……. 140

Capítulo 7. Método

Tabla 7.1. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que completaron la terapia y de los que la rechazaron o abandonaron……... 158

Tabla 7.2. Sesiones, objetivos, estrategias y técnicas terapéuticas principales de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma aplicada en el presente estudio……. 163

Capítulo 8. Resultados

Tabla 8.1. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático, del trastorno depresivo mayor, del trastorno de angustia con o sin agorafobia y de otros trastornos de ansiedad en el pretratamiento (Pre), en el postratamiento (Post) y en los seguimientos al mes (1 mes) y al año (1 año)…….. 175

Tabla 8.2. Niveles medios de sintomatología psicológica en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos…… 178

Tabla 8.3. Porcentajes de pacientes que mostraban niveles moderados-graves o clínicamente significativos de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa en el pretratamiento, en el postratamiento y en los

seguimientos…… 180

Tabla 8.4. Comparación de los niveles y reducciones en sintomatología psicológica en los diferentes momentos de evaluación entre los pacientes que completaron la terapia y tomaban psicofármacos y los que la completaron y no los tomaban…….. 183

ÍNDICE DE FIGURAS

Capítulo 3: Conceptualización del terrorismo

Figura 1. Número de personas fallecidas en atentados terroristas en España entre 1968 y 2010 (adaptado de Fundación Víctimas del Terrorismo, 2014)……...… 48

Figura 2. Diagrama explicativo de la evolución de la banda terrorista ETA (Adaptado de Herrera Echeverri, 2009)…… 52

Capítulo 7: Método

Figura 3. Diagrama del flujo de participantes y del procedimiento de este estudio…..…… 155

Capítulo 1.

Resumen

1. RESUMEN

Introducción

El terrorismo es un grave problema mundial que cada año afecta a un número muy elevado de personas. Solamente en el año 2014 se produjeron en el mundo 13.463 atentados terroristas que provocaron 32.727 muertos, 34.791 heridos y 9.428 secuestrados (*National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* [START], 2015). En España el número de personas fallecidas por atentados terroristas en los últimos 45 años es de 1.220, a las que habría que sumar los miles de heridos y de familiares y allegados de personas fallecidas y heridas. Aunque la mayoría de las víctimas no desarrollarán trastornos mentales a causa de los atentados terroristas y conseguirán recuperarse sin secuelas psicopatológicas significativas, un porcentaje importante sufrirán un trastorno por estrés postraumático (TEPT), depresivo o de ansiedad (García-Vera y Sanz, 2010, 2015). Entre las víctimas directas, la prevalencia del TEPT se ha estimado entre un 10% y un 30% (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2015), la del trastorno depresivo mayor entre un 13,3% y un 47,7% y la de los trastornos de ansiedad entre un 6,1% y un 19,8% (García-Vera y Sanz, 2010; Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel, y Galea, 2011). Además, en muchos casos, tales trastornos no parecen remitir con el tiempo y parecen crónicos (García-Vera y Sanz, 2010; Morina, Wicherts, Lobbrecht y Priebe, 2014).

A pesar de conocerse tanto las repercusiones psicopatológicas del terrorismo como la necesidad de su tratamiento (Curran, 1988), no ha sido hasta hace pocos años, especialmente después de los atentados del 11-S, cuando se han desarrollado programas de investigación sobre ambas cuestiones. La reciente literatura científica sobre los tratamientos psicológicos para víctimas de ataques terroristas revela que en la actualidad existen muy pocos estudios que demuestran la eficacia o efectividad de dicha terapia.

En concreto, actualmente tan solo existen cuatro estudios de efectividad, encontrándose en todos ellos resultados que coinciden en señalar no solo que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es efectiva, sino que además debe considerarse hoy en día la terapia de elección para las víctimas de atentados terroristas que sufren TEPT (García-Vera et al., 2015). Sin embargo, estos estudios de efectividad o utilidad clínica, además de ser pocos, se han realizado todos con víctimas que han sufrido los atentados terroristas de forma relativamente reciente, sin que se sepa la utilidad de dicha terapia con víctimas que padecen de trastornos psicológicos a muy largo plazo, es decir, 5, 15 o 25 años después de haber sufrido el atentado. Además, tales estudios se han centrado únicamente en examinar la efectividad de la terapia con víctimas que sufren TEPT, sin valorar otros trastornos mentales que pueden presentar las víctimas como el trastorno depresivo mayor o los trastornos de ansiedad. Así mismo, el mantenimiento en el tiempo de dicha efectividad o utilidad clínica tampoco ha sido examinado con detalle.

Objetivos

Por consiguiente, el objetivo de este trabajo es analizar la efectividad o utilidad clínica de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para víctimas de atentados terroristas que sufren a muy largo plazo (una media de 23 años después del atentado) un TEPT, un trastorno depresivo mayor o un trastorno de ansiedad de forma aislada o comórbida, y hacerlo en el postratamiento y en seguimientos realizados al mes, tres meses, seis meses y un año para así evaluar el mantenimiento en el tiempo de los posibles beneficios terapéuticos.

Método

Para la realización del presente estudio se contó con una muestra de 88 víctimas directas (heridos) e indirectas de un atentado terrorista (familiares de heridos o fallecidos) pertenecientes a la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT). La edad oscilaba entre 20 y 80 años (media = 50,78; *DT* = 13,75), el 43,2% eran varones y más de la mitad estaban casados o convivían con una pareja estable (59%). Un 58% de las víctimas habían sido heridas durante el atentado terrorista, un 15,9% eran familiares en primer grado de personas que habían sido heridas en un atentado y un 26,1% familiares en primer grado de personas fallecidas durante un atentado. Estos atentados terroristas habían sido cometidos entre los años 1974 y 2006, habiendo pasado una media de 23,07 años (*DT* = 8,68) entre la fecha del atentado y la de realización de la evaluación psicológica pretratamiento. De estas 88 víctimas, 38 rechazaron finalmente iniciar dicho tratamiento y 19 abandonaron una vez iniciado este.

Los instrumentos que se aplicaron a las víctimas en los diferentes momentos de medida (pretratamiento, postratamiento y seguimientos a 1, 3, 6 meses y un año) fueron: una entrevista semiestructurada para evaluar las características sociodemográficas y clínicas de las víctimas y las características de los atentados y sus consecuencias, los módulos A y F de la entrevista diagnóstica SCID-I-VC, la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático (PCL), el Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

El tratamiento psicológico que siguieron todas las víctimas fue un programa multicomponente de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma basado en la terapia de exposición prolongada para el TEPT de Foa, Hembree, y Rothbaum, (2007) y a la que se le añadieron técnicas cognitivas para el TEPT así como otras técnicas

cognitivas y cognitivo-conductuales para el tratamiento de otros trastornos de ansiedad o depresivos que podían sufrir las víctimas.

Resultados

El trastorno mental más frecuente en esta muestra de víctimas fue el TEPT (80,6% o 74% según un análisis de datos completos o de intención de tratar), seguido del trastorno depresivo mayor (48,4% o 54%) y del trastorno de angustia con o sin agorafobia (35,5% o 38%), encontrándose una prevalencia de aproximadamente el 38% para el resto de trastornos de ansiedad y entre los cuales destacaba el trastorno de ansiedad generalizada (22,5% o 20%). La comorbilidad psicopatológica mostrada por estos pacientes fue de un 74,2% y un 76%. Tanto en el postratamiento como en los diversos seguimientos (a uno, tres y seis meses y al año) y tanto con un análisis de datos completos como con un análisis de intención de tratar, la prevalencia del TEPT y del trastorno depresivo mayor descendió de manera estadísticamente significativa y de forma importante (entre 26 y 80 puntos porcentuales). En el caso del trastorno de angustia, con o sin agorafobia, y del conjunto de otros trastornos de ansiedad, el patrón general de resultados también reflejaba un descenso significativo de la prevalencia en el postratamiento y en los diversos seguimientos respecto al pretratamiento, aunque dicha diferencia no fue estadísticamente significativa para la prevalencia encontrada en algún momento de evaluación y tipo de análisis. Por último, la comorbilidad de todos estos trastornos también descendió de manera estadísticamente significativa e importante tanto en los diferentes momentos de evaluación como según los diferentes tipos de análisis.

La puntuación media en los tres cuestionarios (PCL, BDI y BAI) se redujo de forma estadísticamente significativa en el postratamiento y en los diferentes

seguimientos en comparación con el pretratamiento con tamaños del efecto grandes, que oscilaban entre 1,24 y 2,52. Esta reducción también se produjo de forma clínicamente significativa, encontrando puntuaciones en el postratamiento y en los diferentes seguimientos por debajo de los puntos de corte establecidos para una sintomatología moderada-grave.

Por último, los niveles de sintomatología que obtuvieron las víctimas que tomaban medicación psicofarmacológica y las que no la tomaban, no diferían de forma estadísticamente significativa en el postratamiento ni en los diferentes seguimientos.

Discusión y Conclusiones

Los resultados del estudio empírico de la presente tesis doctoral confirman que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es efectiva o clínicamente útil para las víctimas de atentados terroristas que sufren TEPT, trastorno depresivo o trastorno de ansiedad, consiguiendo tanto en el postratamiento como en los diferentes seguimientos reducir de forma tanto estadística como clínicamente significativa la prevalencia de dichos trastornos y la sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva. Además, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los beneficios terapéuticos entre las víctimas que además tomaban psicofármacos y las que nos lo tomaban, por lo que tales beneficios no se pueden atribuir a los psicofármacos. Estos resultados se suman a los estudios de efectividad presentes en la actualidad (véase la revisión de García-Vera et al., 2015), siendo ambos resultados comparables e incluso mejores en algunas medidas. Así mismo, uno de los aspectos más novedosos de este estudio es que estos resultados se han hallado con víctimas de terrorismo que, como media, habían sufrido el atentado 23 años antes, demostrando así la efectividad de este tipo de terapia para víctimas de atentados terroristas que sufren trastornos mentales a muy largo plazo.

Estos resultados también se unen a los del único estudio (Brewin et al., 2010) que ha establecido que los beneficios de este tipo de terapia para las víctimas del terrorismo se mantienen a largo plazo, al menos en el año siguiente a la finalización del tratamiento, presentando tamaños del efecto grandes en los seguimientos del mes, 3 meses, 6 meses y al año (*d*= 2,29, 2,39, 2,22 y 2,29).

Por último señalar que los resultados de este estudio sugieren que este programa de tratamiento no es solo efectivo para las víctimas con un TEPT, sino que al añadir técnicas específicas para el trastorno depresivo y los trastornos de ansiedad, dicha efectividad se extiende a esos otros trastornos, consiguiendo que el 100% de los pacientes que iniciaron y finalizaron el tratamiento y que presentaban en el pretratamiento un diagnóstico de trastorno depresivo o de trastorno de angustia con/sin agorafobia lo dejaran de presentar en el postratamiento y en el seguimiento del año.

Estas conclusiones deben contemplarse teniendo en cuenta las limitaciones del presente trabajo, entre las que cabe destacar la ausencia de un grupo control, el contexto y estructura utilizadas en la terapia y el elevado número de abandonos y rechazos terapéuticos, lo que dificulta la generalización de los resultados y el conocer con certeza si estos son debidos únicamente al tratamiento.

Capítulo 2.

Abstract

2. ABSTRACT

Introduction

Terrorism can be considered as a huge worldwide problem nowadays, affecting to a great number of people. Only in 2014, there were 13,463 terrorist attacks, in which 32.727 people were killed, 34,791 people were injured and 9,428 people were kidnapped (START, 2015). In Spain, 1,220 people have been murdered in the last 45 years, figure to which we should add up thousand of injured people, relatives and indirect victims.

Although most of the victims won't develop mental disorders due to the terrorist attacks, and they will be able of recovering without relevant psychopathological effects, an important percentage of them will suffer from post-traumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety disorders (García-Vera & Sanz, 2010, 2015). Among direct victims, the prevalence of PTSD has been estimated in 10-30% (Gonzalez-Brignardello & Martín-Vazquez, 2004; DiMaggio & Galea, 2006; García-Vera & Sanz, 2015), prevalence of major depressive disorder in 13.3-47.7% and prevalence of anxiety disorders in 6.1-19.8% (for reviews, see García-Vera & Sanz, 2010; Salguero et al., 2011). In addition, many of these disorders do not disappear with the passage of time, and they become chronic (García-Vera & Sanz, 2010; Morina et al., 2014).

Despite the knowledge of the psychopathological consequences of terrorist attacks and the necessity of its treatment (Curran, 1988), it has not been until a few years ago, especially after 11-S terrorist attacks, that research programmes have been developed about both questions. Most recent scientific literature about psychological treatments for victims reveals that, nowadays, there are only a few studies which prove the efficacy or effectiveness of that therapy. Specifically, nowadays there are only 4 effectiveness researches, which, not only point out that trauma-focused cognitive-behavioural therapy

is effective, but also that it must be considered as first-choice therapy for terrorist attacks victims suffering from PTSD (García-Vera et al., 2015). Nevertheless, these effectiveness or clinical utility studies, apart from being only a few, have only been carried out with victims of relatively recent terrorist attacks, and they have only been focused on studying the effectiveness in PTSD victims, without considering the presence of other mental disorders such as depressive or anxiety disorders. Besides, the usefulness of these treatments at the long term has not been studied with detail either.

Aims

As a result, the aim of the present study is to analyse the effectiveness or clinical utility of trauma-focused cognitive-behavioural therapy in victims of terrorist attacks who suffered from mental disorders at very long term (after a mean of 23 years since the terrorist attacks occurred), depending on the diagnosis and symptomatology of the PTSD, depression or anxiety disorders at posttreatment and at one-, three-, six- and twelve-month follow-ups in comparison with results at pre-treatment.

Method

In this study, 88 direct victims and indirect victims of terrorist attacks (relatives of killed or injured victims), selected from the *Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT)*, participated. Their age were between 20 and 80 years (M = 50.78; SD = 13.75); 43.2% of them were males, more than half of them were married or living with their couple (59%), and also more than half of them (53.3%) had High School or higher studies. 58% of the participants were injured in the terrorist attack, 15.9% were first grade relatives of injured victims and 26.1% were first grade relatives of victims killed in a terrorist attack. Those terrorist attacks took place between the years 1974 and 2006,

having passed a mean of 23.07 years (*SD* = 8.68) between the date of the attack and the moment of the psychological pre-treatment assessment. Most of the terrorist attacks were committed by the terrorist group ETA (85.2%). Of these 88 victims, 38 of them refused to begin the treatment, and 19 of them give up treatment after its beginning. An analysis of the victims who finished the treatment (*n* = 31) and the ones who neither started it nor completed it (*n* = 57) showed that both groups had no significant differences in either their socio-demographic or clinical characteristics.

The following instruments were administered at pre-treatment, posttreatment and/or 1-, 3-, 6- and 12-month follow-ups: an structured interview for measuring socio-demographic and clinical characteristics of victims and characteristics and consequences of the terrorist attacks; Modules A and F (for PTSD, depression and anxiety disorders) of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, clinical version (SCID-I-VC), the PTSD Checklist, specific version (PCL-S), the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II), and the Beck Anxiety Inventory (BAI).

The psychological treatment which was followed by all the victims who eventually participated was a trauma-focused cognitive-behavioural multi-component programme based on the PTSD long-term exposure therapy developed by Foa et al., (2007). Cognitive techniques for PTSD as well as other cognitive and cognitive-behavioural techniques for depression and anxiety disorders were added to our programme.

The effectiveness of the psychological treatment were analysed depending on the PTSD, depression or anxiety disorders presence, comparing the percentages of the victims who at posttreatment and follow-ups presented each of the disorders with those same percentages at pre-treatment, using for it McNemar test for two related samples. This test was used both for the total of victims (complete data analysis) and for the total

of victims who actually began the treatment (intention-to-treat analysis). Secondly, the mean scores of the victims were calculated for the measures of PTSD, depression and anxiety symptomatology at posttreatment and at follow-ups, comparing them with the pre-treatment measures, using for it *t* Student test for two related samples. Moreover, treatment effectiveness was analysed taking into consideration the clinical significance through McNemar test for two related samples, calculating along the whole assessment the percentage of victims who scored under the established cut-off points for moderate-severe symptomatology in PTSD, depression and anxiety instruments (PCL-S, BDI-II and BAI, respectively). Finally, the symptomatology levels and its decrease in victims with and without medication were compared through *t* Student test for two independent samples.

Results

The most prevalent mental disorder in the this sample was PTSD (80.6% or 74% for complete or intention-to-treat analysis, respectively), followed by major depressive disorder (48.4% or 54%) and panic disorder with or without agoraphobia (35.5% or 38%). A prevalence of 38% was found for other anxiety disorders, among which generalized anxiety disorder was the main one (22.5% or 20%). Psychopathological comorbidity found in these patients was between 74.2% and 76%.

At posttreatment as well as at all follow-ups (1-, 3-, 6- and 12-month follow-ups), and either with a complete data analysis or with an intention-to-treat analysis, PTSD and major depressive disorder prevalence showed a statistically significant and large decrease (between 26 and 80 percentage points). For panic disorder with and without agoraphobia, and for the remaining anxiety disorders, the main results pattern also showed a significative decrease of their prevalence at posttreatment and at follow-ups in

comparison with the pre-treatment results, although this difference was not statistically significant for the prevalence found at some moments of assessment and with some kind of analysis.

Lastly, the comorbidity of those disorders also decrease in a statistically significant and important way at follow-ups depending on the kind of analysis.

The mean score on symptomatology instruments (PCL-S, BDI-II and BAI) significantly decrease at posttreatment and at follow-ups in comparison with pre-treatment scores, with important effect sizes (between 1.24 and 2.52). This decrease also was clinically significant, with scores at posttreatment and follow-ups below the established cut-off points for moderate-severe symptomatology.

Finally, symptomatology levels in victims with and without psychopharmacological medication were not statistically significantly different either at posttreatment or at follow-ups.

Discussion and Conclusions

The results of the empirical research of the present doctoral thesis confirm that the trauma-focused cognitive-behavioural therapy is effective or clinically useful for terrorist attacks victims who suffer from PTSD, depression or anxiety disorder, achieving, either at posttreatment or follow-ups, a statistically and clinically significant decrease in the prevalence of these disorders, as well as a decrease in PTSD, depressive and anxiety symptomatology. Those results must be added up to the currently existing effectiveness researches (García-Vera et al., 2015), being both results similar and even better in some measures. Besides, one of the most innovative factors of the present study is that those results have been found in victims who suffered mental disorders after a mean of 23 years since the terrorist attacks occurred, proving thus the

effectiveness of this kind of therapy with victims of terrorist attacks who suffer from mental disorders at very long-term. There were no statistically significant differences between victims who had psychotropic medication and victims who did not have it. Those results can also be linked to those of the only study (Brewin et al., 2010) that have established long-term benefits for victims with this kind of therapy so far, benefits which are present at least a year after the ending of the treatment, with remarkable effect sizes at 1-, 3-, 6- and 12-month follow-ups (d = 2.29, 2.39, 2.22, and 2.29, respectively).

Finally, the results of the present study show that this therapy programme is not only effective for PTSD victims, but also for victims with other disorders, due to the incorporation of specific techniques for depressive and anxiety disorders. In that sense, it seems important to point out that 100% of the patients who were diagnosed with depressive or panic disorder (with and without agoraphobia) at pre-treatment, showed no diagnosis at posttreatment and at one-year follow-up.

Those conclusions must be considered taking into account the limitations of the present study, among which it should be pointed out the absence of a control group, the context and structure of the therapy and the high level of therapeutic dropouts and refusals. Those limitations may impede the generalization of the results, and the assumption that they are due to the treatment.

Capítulo 3.

Conceptualización del terrorismo

3. EL PROBLEMA MUNDIAL DEL TERRORISMO

3.1. Definición de terrorismo

En la actualidad el terrorismo es una peligrosa y latente amenaza en el mundo actual, ya que atenta contra los derechos humanos más importantes: los derechos a la vida, la libertad, la seguridad y la integridad física. Dicho fenómeno tiene tanta entidad y sus consecuencias son tan graves que, en el último informe del Eurobarómetro, el terrorismo se situaba en el quinto lugar de los problemas más preocupantes a los que hace frente la Unión Europea, por encima del cambio climático, ciertos aspectos económicos o la preocupación por la criminalidad, entre otros (Comisión Europea, 2014).

Aunque nadie duda del carácter atroz y dañino del terrorismo, aún en la actualidad sigue resultando complejo acotar y delimitar su significado y es por ello que se cuenta con más de un centenar de definiciones, tanto académicas como diplomáticas (Krueger y Malecková, 2003). Estos mismos autores apuntan a que una de las causas de este elevado número de definiciones puede haber sido su uso por diferentes grupos (de investigación, gubernamentales…), así como su uso para delimitar acciones violentas de diversa naturaleza (p. ej., el uso de las fuerzas armadas contra civiles por parte de un Estado; la resistencia de un pueblo bajo ocupación extranjera). Estas limitaciones han impedido que organizaciones como las Naciones Unidas (ONU) hayan podido llegar a un acuerdo y aprobar una definición del terrorismo, y precisamente esta falta de acuerdo y la ausencia de una definición de terrorismo ha sido durante muchos años un obstáculo para las Naciones Unidas puedan proclamar inequívocamente que el terrorismo jamás será una táctica aceptable, aún en defensa de las causas más nobles (Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, 2004). En este sentido, Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas de 1997 a 2006 y Premio Nobel de la Paz en

2001, en su informe de marzo de 2005 a la Asamblea General de las Naciones Unidas, hacía un llamamiento para adoptar con urgencia una definición de terrorismo, para declarar que "toda acción cuyo objetivo sea causar la muerte o graves daños físicos a civiles o no combatientes, cuando dicha acción tenga, por su índole o contexto, el propósito de intimidar a la población u obligar a un gobierno o a una organización internacional a hacer o no hacer algo, constituye un acto de terrorismo" y para declarar que ningún motivo puede justificar o legitimar un ataque deliberado contra un civil o un no combatiente (Secretario General de las Naciones Unidas, 2005, p. 64). Aunque esa definición consensuada de terrorismo aún está por llegar, afortunadamente, meses después del informe de su Secretario General, las Naciones Unidas, durante su Cumbre Mundial de septiembre de 2005, aprobaron una declaración de condena enérgica del terrorismo: "Condenamos enérgicamente en todas sus formas y manifestaciones, independientemente de quién lo cometa y de dónde y con qué propósitos, puesto que constituye una de las amenazas más graves para la paz y la seguridad internacionales" (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2005, p. 24).

Una de las primeras definiciones con las que se cuenta acerca del fenómeno del terrorismo aparece en la Revolución Francesa, cuando Robespierre implanta "la dictadura del Comité de Salud Pública, conocida como el período del terror (1793-1794) para establecer el orden, consolidar el poder y acabar con los contrarrevolucionarios" (Remón, 2006, p. 90).

Posteriormente, en la Conferencia de Varsovia de 1927 y más tarde en la Convención de Ginebra en 1937, se hizo un intento por conseguir una definición unánime de terrorismo. En esos momentos las Naciones Unidas definía el terrorismo únicamente como actos criminales (Torres Vásquez, 2010).

Profundizando más en el término, 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, 2015).

Así mismo, en España se cuenta con varias definiciones actuales sobre el fenómeno del terrorismo que aparecen en contextos legislativos. Las primeras de ellas son las que se utilizan en las reformas del Código Penal en materia de terrorismo realizadas por la Ley Orgánica 5/2010 y la Ley Orgánica 2/2015. En la Ley Orgánica 5/2010 se separa el terrorismo de la delincuencia vinculada con la ideología y por lo tanto del asociacionismo delictivo, suprimiendo así términos como "banda terrorista", y se 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 se 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" terroristas (Ley Orgánica 5/2010, pp. 54869-54871). Según la Ley Orgánica 2/2015, "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). Es más, también se consideran delitos de terrorismo los delitos informáticos que se cometan con alguna de esas finalidades (Ley Orgánica 2/2015).

Complementariamente, la última ley publicada hasta la fecha en España sobre reconocimiento, protección y asistencia a las víctimas de 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). Además, esta ley considera como "víctimas del terrorismo" no solo a "las personas fallecidas o que han sufrido daños físicos y/o psíquicos como consecuencia de la actividad terrorista", sino también a "las personas que, habiendo sido objeto de atentados terroristas, hayan resultado ilesas", "los familiares de los fallecidos hasta segundo grado de consanguinidad" (incluyendo la persona ligada con el fallecido por una relación de

afectividad análoga a la de cónyuge), y "las personas que acrediten sufrir situaciones de amenazas o coacciones directas y reiteradas por parte de organizaciones terroristas", personas estas últimas que no eran tenidas en cuenta como víctimas del terrorismo en las anteriores leyes españolas de reconocimiento y protección de las víctimas del terrorismo (Ley 29/2011, p. 100574).

En EE. UU., la definición de terrorismo que se ha estado utilizando es la recogida en el Título 22 del Código de los Estados Unidos de América, en la que define el terrorismo como una violencia premeditada y con motivos políticos perpetrada contra objetivos civiles por grupos subnacionales o agentes clandestinos, generalmente con la intención de influenciar a un público determinado (citado en Torres Vásquez, 2010). Existen otras definiciones, como la creada por la División Contra el Terrorismo del Gobierno de los Estados Unidos, en la que se señala que "el terrorismo es el uso ilegal de la fuerza o la violencia contra personas o propiedades para intimidar o coaccionar a un gobierno, a la población civil o a cualquier otro segmento similar, para la promoción de objetivos políticos o sociales" (*Counterterrorism Threat Assessment and Warning Unit*, 1999, p. 4).

Otra de las definiciones más actuales sobre terrorismo es la que se incluía en el informe final del Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio creado en 2004 por las Naciones Unidas, y en el cual se daba la siguiente descripción del terrorismo: "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" (Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, 2004, p. 54).

Por último la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) engloba el concepto de terrorismo dentro de la definición de violencia colectiva, ya que señala a esta última 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).

Es importante añadir que todas las definiciones aportadas por los diferentes organismos e instituciones tienen en común la importancia concedida al término terror. Así el Diccionario de la Real Academia Española lo utiliza en dos de las tres acepciones usadas para describir el terrorismo, definiendo terror como miedo, espanto, pavor de un mal que amenaza o de un peligro que se teme (Real Academia Española, 2015). El terror, como señala Calvert (1987, citado en Torres Vásquez, 2010) es la técnica usada para dominar a través del miedo y el terrorismo es la creencia en el valor del terror, no siendo terrorista todo aquel que aterroriza, ya que existen conductas humanas que pueden causar terror y no se puede hablar de terrorismo.

En cambio, otras definiciones han hecho mención a las organizaciones o grupos terroristas, más que al propio concepto en sí mismo. Así por ejemplo, la Unión Europea entiende por grupo terrorista a "todo grupo estructurado de más de dos personas, establecido durante cierto tiempo, que actúe de manera concertada con el fin de cometer actos terroristas. Por grupo estructurado se entenderá un grupo no formado fortuitamente para la comisión inmediata de un acto terrorista sin que sea necesario que se haya asignado a sus miembros funciones formalmente definidas, ni que haya continuidad en la condición de miembro o una estructura desarrollada" (Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 2001, p. 94).

Mientras que el Código Penal argentino recogía en la Ley 26.268, promulgada en julio de 2007, en su artículo 2º que modificaba el artículo 213 de dicho Código Penal, la definición de una organización terrorista entendiéndola como "una asociación ilícita cuyo propósito sea, mediante la comisión de delitos, aterrorizar a la población u obligar a un gobierno o a una organización internacional a realizar un acto o abstenerse de hacerlo, siempre que ella reúna las siguientes características: a) Tener un plan de acción destinado a la propagación del odio étnico, religioso o político; b) Estar organizada en redes operativas internacionales. c) Disponer de armas de guerra, explosivos, agentes químicos o bacteriológicos o cualquier otro medio idóneo para poner en peligro la vida o la integridad de un número indeterminado de personas" (Ley 26.268).

Además de las definiciones creadas por diferentes organismos, la literatura científica también ha creado otras definiciones sobre este fenómeno y sus consecuencias psicopatológicas. En este sentido, Neria, Gross y Marshall (2006) se refieren al terrorismo como una guerra psicológica, comparándola con los conflictos militares convencionales. Otros se refieren a este fenómeno en base al fin que persigue, que es alterar infundiendo miedo y ansiedad (Silver y Matthew, 2008, citado en Silver, 2011). Arnold et al. (2003, citado en Salguero et al., 2011, p. 1), tras una revisión del término, lo definieron como "el uso intencionado de la violencia real o amenazante contra una o más personas no combatientes y/o aquellos servicios imprescindibles para la protección de su salud, que tiene como resultado efectos adversos en la salud de aquellos que se ven directamente afectados y de su comunidad, desde una pérdida de bienes o seguridad a heridas, enfermedades o muerte".

En resumen y tras esta breve revisión, se ha podido comprobar el gran número de definiciones existentes en torno al fenómeno del terrorismo, las cuales no solo hablan del terrorismo en sí, sino también de grupos y organizaciones terroristas. Por otro lado,

algunas definiciones hacen referencia al terrorismo como actos realizados por una agrupación de personas con la intención de generar terror o controlar a una sociedad, es decir, definen el terrorismo por los objetivos que pretenden, mientras que otras en cambio lo definen en base a las consecuencias dañinas que generan en las personas o en su entorno, siendo también varias las definiciones que engloban ambos aspectos. En resumen, la mayoría de las definiciones sugieren la idea de que el terrorismo es un fenómeno que busca con un fin político infundir terror creando una alarma social e intimidando a la población, y todo ello a través de una violencia premeditada o intencionada que afecta a la vida, la libertad, la seguridad y la integridad física de las personas. Por todo ello, y porque se trata de una amenaza a nivel mundial, es necesario crear una definición consensuada de terrorismo que facilite la labor de las organizaciones internacionales y el establecimiento de posturas y de políticas mundiales comunes contra el mismo.

3.2. Desarrollo histórico del terrorismo

A pesar de que la primera acepción actual de terrorismo apareció en la Revolución Francesa, (Remón, 2006, p. 90), se considera que uno de los primeros grupos que utilizaron el terrorismo para infligir terror fueron los zelotes, quienes actuaron contra los romanos y judíos entre los años 66-73 d. C. (Remón, 2006). Así mismo, otros autores señalan que entre los siglos XI y XIII ya se hacía uso de este tipo de violencia a través del atentado personal (Muñoz Alonso, 1982, p. 10).

A pesar de todo, se considera que el terrorismo nació históricamente en el periodo que siguió a la caída de Maximilien Robespierre, uno de los líderes de la Revolución francesa, conociéndose dicho periodo como el periodo del terror (1791-1794), durante el cual los jacobinos, la facción más extrema tomó el poder en Francia. En este periodo

se instauró como modo de gobierno la violencia política revolucionaria asociándose la virtud y el terror y constituyéndose como los dos pilares en los que se sustentaba el gobierno revolucionario (Capita, 2007).

En definitiva, el terror fue un método que se utilizó para extirpar a los adversarios del régimen y eliminarlos para dar ejemplo, justificando el uso del terror por la necesidad de "obligar a los hombres a ser libres".

Cuando el propio Robespierre fue ejecutado, lo fue en calidad de quien practicó terrorismo y así aparece el término, referido éste al abuso del terror ejercido por el Estado. Según señala Jiménez (2009), terrorismo fue sinónimo entonces de terror organizado por el Estado.

A pesar de lo ocurrido en la Revolución francesa, el punto de partida de lo que hoy se conoce como terrorismo fue el atentado ocurrido en Marsella el 9 de octubre de 1934 y en el cual fallecieron el rey Alejandro I de Yugoslavia y el ministro francés Barthou. Este hecho tuvo implicaciones internacionales por haber sido obra de la organización fascista Ustacha, un grupo nacionalista radical croata que contaba con el apoyo de la Italia fascista de Mussolini. De este modo, la internacionalización del terrorismo es una característica fundamental del fenómeno de los últimos años, ya que hasta 1935 estaba considerado como un delito político social (Jiménez, 2009).

Anteriormente al atentado de Marsella de 1934, la literatura histórica recoge un atentado en 1906 en Madrid, en el que un anarquista arrojó una bomba al paso del carruaje del rey Alfonso XIII el día de su boda con la princesa Victoria Eugenia, cuando el cortejo nupcial se dirigía de regreso al Palacio Real, dejando el atentado 24 fallecidos. En 1920 un carro lleno de dinamita detonó en la esquina de una de las calles más concurridas de Nueva York, provocando 40 muertos y cerca de 200 heridos. En 1925, explotó una bomba en la catedral de Sofía (Bulgaria), causando 150 muertos y más de

500 heridos y en 1928, un grupo de anarquistas residentes en Argentina hizo detonar una bomba destruyendo el consulado italiano en Buenos Aires, causando 9 muertos y numerosos heridos (Terrorismo: sucesos destacados en los últimos 100 años, 2010)

Posteriormente a estos ataques terroristas, han sido muchos los atentados masivos con resultado de muerte. Entre ellos cabe destacar los atentados ocurridos en 1948 en Jerusalén y Haifa, provocando más de 50 muertos y 90 heridos, así como el atentado provocado por la *Organisation de l'Armée Secrète* (OAS) en Argel, ocasionando 62 fallecidos en 1962. En 1983 se produjo un atentado contra el cuartel de marines de EE. UU. en Beirut asesinando a 240 personas. En febrero de 1994, un terrorista judío entró en una mezquita de Hebrón y asesinó a 29 personas y más de 150 resultaron heridas. Años después, en 1997, se producen un gran número de atentados terroristas contra turistas extranjeros en Egipto, todos ellos reivindicados por el terrorismo islámico. En concreto, en noviembre de ese mismo año, en el Valle de los Reyes, una necrópolis del antiguo Egipto en las cercanías de Luxor, se produce un atentado en el que mueren 58 turistas. En agosto de 1998, un atentado con coche bomba destruye la embajada de los EE. UU. en Nairobi (Kenia), provocando la muerte de 213 personas y más de 5.000 heridos.

Entre los atentados terroristas cometidos en los países occidentales, cabe destacar el atentado perpetrado contra un pub en Belfast en 1971 por los extremistas de la Fuerza de Voluntarios del Ulster, un grupo paramilitar que defiende la pertenencia de Irlanda del Norte al Reino Unido, y que ocasionó la muerte a 15 personas. En esta misma ciudad, un año después, la facción contraria de extremistas del Ejército Republicano Irlandés (IRA), que defiende la unión de Irlanda del Norte con el resto de Irlanda, hizo estallar 22 explosivos y provocó la muerte a 22 personas, suceso que se recuerda como

el "viernes sangriento". Ese mismo año, en 1972, un grupo terrorista palestino secuestró y asesinó a 11 atletas israelís en las olimpiadas que se celebraron en Múnich.

Años después, en 1980, una bomba estalló en una de las salas de espera de la estación de trenes de Bolonia (Italia), ocasionando 85 muertos y más de 150 heridos. En 1988 se produjo la explosión de un avión de Pan Am sobre Escocia, en Lockerbie, en el que fallecieron 270 pasajeros. En la actualidad no se conoce bien la autoría de esos dos atentados, aunque se sospecha que el primero pudo ser obra de un grupo de extrema derecha italiano y el segundo de un grupo terrorista libio. En 1996, estalló una bomba en la estación Port Royal del metro de París cuya colocación se atribuye a grupos argelinos de ideología extremista y que ocasionó la muerte a 2 personas y dejó heridas a 86. En agosto de 1998 en Omagh, Irlanda del Norte, un grupo terrorista perteneciente al IRA detonó una bomba en una de las calles más concurridas de la ciudad y por la cual murieron 29 personas y más de 200 resultaron heridas.

En los últimos años, Madrid y Londres han sido dos de las ciudades europeas más afectadas por el terrorismo islámico. En concreto, el 11 de marzo de 2004 se produjo en Madrid un atentado con bomba en varios trenes de cercanías, ocasionando 191 fallecidos. Únicamente en ese año se registraron 197 atentados correspondientes a grupos terroristas de la yihad islámica (Reinares, 2005). Y en julio de 2005 tres bombas colocadas en el metro de Londres ocasionaron la muerte a 56 personas.

El continente americano también ha estado expuesto en numerosas ocasiones a diferentes atentados terroristas. Así, en 1992 se produjo un atentado contra la embajada israelí en Buenos Aires, en el que perdieron la vida 30 personas. En este mismo país, dos años después, en 1994, un grupo terrorista islámico atentó contra el edificio de la mutualidad judía AMIA provocando casi 100 fallecidos.

En el año 1993 se produjo el primer atentado contra los rascacielos conocidos como las Torres Gemelas en Nueva York. Una bomba colocada en su parking provocó la muerte a 6 personas. Posteriormente, en 2001, dos aviones comerciales fueron utilizados como armas kamikaze por miembros de la organización terrorista islamista Al Qaeda para atentar otra vez contra las Torres Gemelas, provocando la muerte de 2.973 personas. Oklahoma ha sido otras de las ciudades americanas más afectadas por el terrorismo, ya que en 1995 un atentado destruyó un edificio federal causando 168 fallecidos. Por último, en abril de 2013, durante la celebración del maratón de Boston, detonaron dos artefactos que causaron la muerte de tres personas y otras 282 resultaron heridas.

Además de los países occidentales, el sudeste asiático también ha sido objeto de diferentes ataques terroristas. En 1996 un grupo terrorista hindú hizo explotar el banco central de Sri Lanka, provocando 90 muertes y cientos de heridos, y, en 2002, dos coches bombas arrasaron dos bares nocturnos de Bali (Indonesia). El atentado ocasionó 192 muertos y más de 300 heridos (Terrorismo: sucesos destacados en los últimos 100 años, 2010)

Durante este último año también han sido numerosos los atentados terroristas, especialmente los perpetrados por grupos terroristas yihadistas. En Europa, el país más afectado por este tipo de terrorismo ha sido Francia. En enero de 2015, el semanario satírico *Charlie Hebdo* fue objetivo de un atentado en París que acabó con la vida de 17 personas dejando heridas a más de 20. En África destacan los atentados yihadistas en Túnez y Kenia. En marzo, 22 personas perdieron la vida en la ciudad de Túnez en un ataque terrorista perpetrado en el Museo Nacional del Bardo. De los 22 fallecidos, 19 eran turistas extranjeros y dos de ellos españoles. Al mes siguiente, en la Universidad de Garissa, 147 estudiantes, profesores y miembros del personal de la Universidad fueron

asesinados y al menos otros 80 fueron heridos en el mayor atentado islamista ocurrido en Kenia. En junio, Túnez volvió a ser el blanco de nuevos ataques terroristas; 38 personas perdieron la vida cerca de la ciudad de Susa cuando un terrorista yihadista disparó contra los clientes de un hotel que se encontraban en la playa en las inmediaciones del mismo.

3.3. El terrorismo en España

Durante los últimos 45 años, España también ha sufrido significativamente la lacra del terrorismo, el cual ha causado desde 1968 hasta el 2010, y según datos de la Fundación Víctimas del Terrorismo (2014), 1.220 muertos y miles de heridos con secuelas físicas graves (véase la figura 1).

Analizando diferentes fuentes oficiales acerca del número de víctimas fallecidas, se observa como este dato varía dependiendo de las fuentes que se revise. En este sentido, la Fundación Víctimas del Terrorismo, en su última revisión ofrecía el dato de 1220 fallecidos (Fundación Víctimas del Terrorismo, 2014), la Subsecretaria de la Dirección General de Apoyo a Víctimas de Terrorismo del Ministerio del Interior, 1382 (Ministerio del Interior. Subsecretaria de la Dirección General de Apoyo a Víctimas de Terrorismo, 2015) y la Dirección General del Gobierno Vasco 1297 fallecidos (Dirección General del Gobierno Vasco, 2015) (véase la tabla 3.1).

Figura 1. Número de personas fallecidas en atentados terroristas en España entre 1968 y 2010 (adaptado de Fundación Víctimas del Terrorismo, 2014)

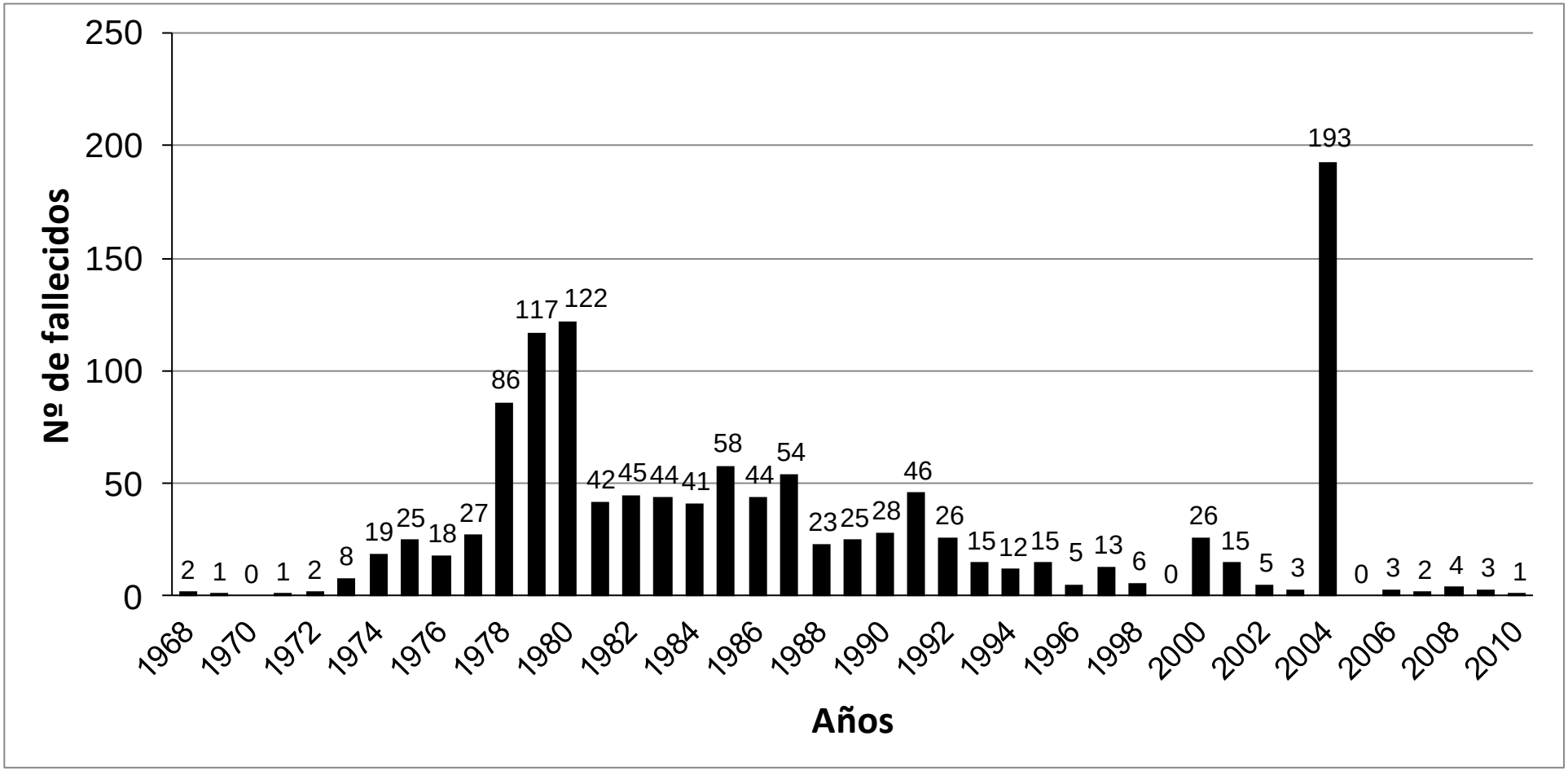


Tabla 3.1. Número de personas fallecidas en atentados terroristas en España en función de la autoría del atentado y la fuente de datos consultada

GRUPO TERRORISTA	**Fundación Víctimas de Terrorismo**	**Dirección General del Gobierno Vasco**	**Subsecretaria de la Dirección general de Apoyo a Víctimas de 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

De las diferentes organizaciones terroristas que han actuado en nuestro país, la organización terrorista ETA, el GRAPO y el terrorismo yihadista son quienes han causado un mayor número de personas fallecidas y heridas.

Los inicios de la organización terrorista ETA se remontan a 1952. Desde su fundación sus objetivos se centraron en la independencia del País Vasco y la recuperación de la cultura y lengua vasca (Llera, 1992), pretendiendo que el Estado se comportara de una determinada forma por la presión de los atentados, aceptando así determinadas normas que ellos mismos imponían (de la Calle y Sánchez-Cuenca, 2004).

Su primera acción violenta se identifica el 17 de julio de 1961 al intentar hacer descarrilar un tren que transportaba a simpatizantes franquistas, pero su primera víctima mortal reconocida fue el guardia civil José Pardines Arcay en 1968. En 1973, ETA

asesinó al Presidente del Consejo de Ministros de España, Carrero Blanco, y en 1974 se produjo la ruptura entre la rama militar de ETA y la rama político-militar, lo que originó la consolidación de la organización terrorista (Setién Martínez, 1993). Este año también se caracterizó por dos hechos importantes para la actividad terrorista de ETA. El primero de ellos fue cuando la organización terrorista consideró públicamente a todos los miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado como "objetivos legítimos", y el segundo cuando llevó a cabo el primer atentado masivo contra civiles, ocurrido en la cafetería Rolando en Madrid y en el que perdieron la vida 13 personas y más de 60 resultaron heridas (Setién Martínez, 1993).

Tras la muerte de Franco en 1975 y la Ley de Amnistía en 1977, ETA adoptó una estructura organizativa más fuerte, lo que originó un incremento en el número de asesinatos, dando paso al periodo conocido como "los años de plomo", entre 1978 y 1980, en los que la organización terrorista cometió el 29% de dichos asesinatos (Setién Martínez, 1993).

A partir de 1984, ETA introdujo un nuevo modus operandi de asesinar, el coche-bomba, empleándolo de forma sistemática a partir de esta fecha. Así, 1987 fue uno de los años más crueles, ya que se produjeron dos atentados masivos con un total de 32 muertos, los cometidos en el Hipercor de Barcelona y en la casa cuartel de la Guardia Civil de Zaragoza.

En 1991 la organización intensificó su actividad por la cercanía de las Olimpiadas de 1992, tratando de crear una situación más incómoda y de mayor miedo para el Gobierno Español e incrementando notablemente en ese año el número de atentados. A partir de marzo de 1992, la Policía Nacional y la policía francesa realizaron importantes detenciones que generaron una crisis importante en la organización terrorista, hecho que llevó a ETA a tomar la decisión de atentar contra los representantes políticos. En total,

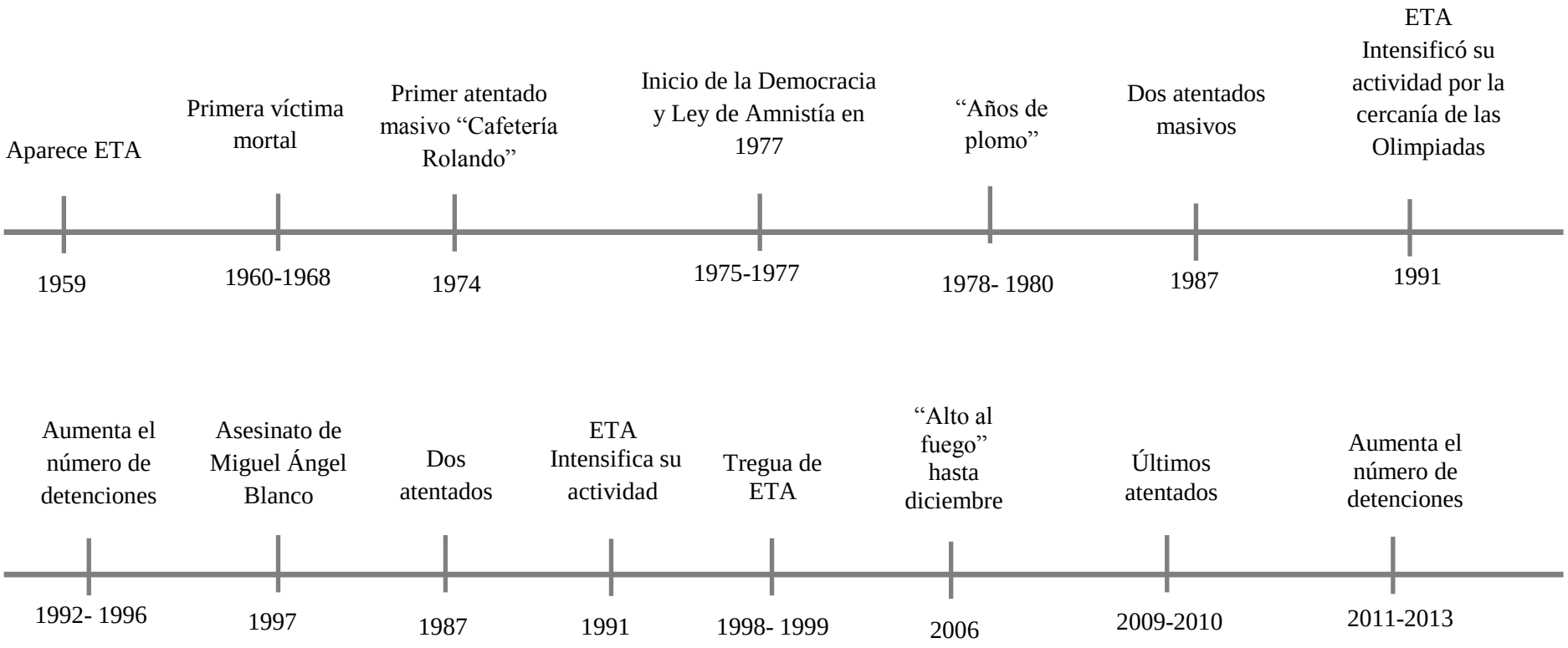
desde que en 1995 asesinara a Gregorio Ordóñez, diputado del Parlamento Vasco y teniente de alcalde del ayuntamiento de San Sebastián, ETA ha llevado a cabo 72 atentados contra cargos públicos, asesinando a 30 políticos.

En 1997 fueron 13 las víctimas mortales que dejó ETA, siendo una de ellas Miguel Ángel Blanco, el concejal de la localidad vizcaína de Ermua que fue secuestrado y posteriormente tiroteado, y cuyo asesinato causó una gran movilización social en contra del terrorismo. En 1998 y tras las negociaciones entre la organización terrorista y el Gobierno, ETA anunció una tregua en septiembre de ese mismo año, la cual se mantuvo hasta diciembre de 1999.

Un año después, ETA intensificó sus ataques, causando la muerte a 23 personas durante 2000. En 2001, tras los atentados del 11 de septiembre en Nueva York y Washington y el incremento consecuente en la lucha contra el terrorismo, se produjo un gran debilitamiento de la organización terrorista. Como consecuencia de dicho debilitamiento, ETA anunció en 2006 una nueva tregua, que dio paso a un proceso de diálogo con el Gobierno español que se mantuvo hasta el 30 de diciembre de ese mismo año, fecha en la que hizo estallar un coche bomba en el parking de la terminal 4 del aeropuerto de Barajas y en el que perdieron la vida 2 personas. A pesar del atentado, hasta junio de 2007 ETA no anunció de manera oficial el retorno a la actividad terrorista.

Su último atentado terrorista lo cometió en 2010, en el que asesinó a un policía francés. En el año 2011 fueron detenidas 50 personas por su presunta relación con ETA y entre el 2012 y 2013 otra decena de miembros de la organización (Alonso, Domínguez y García Rey, 2010). En la figura 2 se puede ver un diagrama de la evolución de la organización terrorista ETA a lo largo de su historia.

Figura 2. Diagrama explicativo de la evolución de la organización terrorista ETA (adaptado de Herrera Echeverri, 2009)



La selección de las víctimas por parte de la organización terrorista, se basó, según la literatura científica, en la "guerra de desgaste", entendiendo ésta desde dos puntos: (1) limitando el daño que pudieran causar sus atentados, con el fin de mantener el grupo de apoyo a la organización, y (2) neutralizando a los enemigos, hecho que se conseguía a través del impuesto revolucionario (de la Calle y Sánchez-Cuenca, 2001, cap. 3).

Así mismo y atendiendo a su condición, las víctimas pueden dividirse en tres grupos: 1) Policía Nacional, Guardia Civil y Ejército, siendo considerados enemigos y un obstáculo para conseguir sus objetivos y el grupo mayoritariamente asesinado por ETA (hasta el año 2004 supuso el 54% de las víctimas); 2) policía autonómica (Ertzaintza) siendo el grupo más minoritario de las personas asesinadas por la organización terrorista (6%), y 3) civiles, que formarían el 40% del total de asesinados por ETA. Un 78% de estos asesinatos fueron seleccionados y premeditados (de la Calle y Sánchez-Cuenca, 2001).

Así mismo, durante el periodo de 1978 a 2003, la gran mayoría de los atentados se concentraron en el País Vasco y Navarra (72,5%), y fuera de esta zona geográfica, únicamente Madrid y Barcelona son las dos ciudades que han sufrido más de diez atentados (de la Calle y Sánchez-Cuenca, 2001).

Otra de las organizaciones terroristas de más envergadura que ha actuado en nuestro país es el Grupo de Resistencia Antifascista Primero de Octubre (GRAPO), nacida en 1975, de ideología de extrema izquierda y considerada el brazo armado del Partido Comunista de España (reconstituido) o PCE(r). Su primer atentado se produjo el 2 de agosto de 1975 en el canódromo de Madrid, en el que falleció un guardia civil. Posteriormente a este atentado se produjeron varios asesinatos y secuestros.

En noviembre de 1982 ofreció un alto al fuego basado en siete premisas, y al no ser aceptadas por el Estado retoman la actividad criminal en 1987, con un nuevo

comando denominado “itinerante”. Dicho comando fue el más sanguinario de todos y contaba con una gran facilidad para desplazarse de unas provincias a otras.

En 1998 cometió un atentando contra una empresa de trabajo temporal y en 1999, durante la campaña para las elecciones, atentó contra las sedes del Partido Popular (PP) y del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) en los barrios madrileños de Carabanchel y Vallecas, respectivamente.

En el año 2002 son detenidos 14 miembros de la organización, entre ellos los miembros de la cúpula, quedando está prácticamente desmantelada. Aún así, en 2003 el GRAPO vuelve a aparecer con el secuestro de una sucursal bancaria de Alcorcón y en 2006 asesina a una empresaria de Zaragoza. En junio de 2007 se produjo la supuesta desarticulación de la estructura del GRAPO, aunque en los años 2010 y 2011 se siguieron produciendo detecciones de algunos miembros de la organización.

Por último, el terrorismo yihadista, aunque pueda parece un fenómeno relativamente reciente, lleva sucediéndose durante más de 30 años en nuestro país, habiendo causado un total de 210 víctimas mortales y más 2.000 heridos en dos atentados cometidos en la Comunidad de Madrid.

El primer atentado de corte yihadista perpetrado en España se produjo el 12 de abril de 1985 en el restaurante El Descanso, en Torrejón de Ardoz (Madrid). En él perdieron la vida 18 personas y más de 82 resultaron heridas. El restaurante era frecuentado por militares estadounidenses de la base aérea de Torrejón de Ardoz, aunque todos los fallecidos fueron españoles.

Diecinueve años después, el 11 de marzo de 2004, el terrorismo yihadista cometió el atentado más sangriento ocurrido en Europa y en el que murieron 191 personas a causa de las explosiones de varias bombas en trenes de cercanías de Madrid, y que, comúnmente, se conoce como los atentados del 11-M por las siglas de su fecha.

Las explosiones tuvieron lugar en hora punta, entre las 07:37 y las 07:39, en tres trenes de cercanías que se encontraban en las estaciones de Atocha, El Pozo y Santa Eugenia y en un cuarto tren situado junto a la calle de Téllez.

El número de fallecidos a los pocos días de los atentados fue de 190 (177 personas murieron en el acto o durante los primeros minutos tras los atentados) y, a los pocos meses, se elevó a 191. El recuento definitivo de heridos fue de 1.857 personas. En algunas fuentes consultadas también se cita como víctima de los atentados del 11-M al policía del GEO que murió en el asalto al piso de la ciudad de Leganés (Madrid) en el que se inmolaron los terroristas.

Además de los costes humanos, sin duda los más importantes, cabe mencionar los costes económicos que se derivaron de este atentado terrorista. Frey y su grupo de investigación (2004, citados por Buesa, Valiño, Heijst, Baumert y González Gómez, 2005) señalaron varios sectores económicos como los más perjudicados tras este atentado, entre los que cabe destacar el turismo, la inversión extranjera, el ahorro y consumo, los mercados financieros, el comercio exterior, la economía urbana y la renta nacional. De este estudio se puede extraer que los atentados del 11-M tuvieron un coste total de 211,58 millones de euros, correspondiendo el 63,4% de esa cantidad a la pérdida de las 191 víctimas mortales y a las más de 1600 personas heridas que se estimaron en el momento que se hizo el estudio, el 1% al rescate y a la atención inicial a las víctimas, el 27% a la manifestación del 12 de marzo y el 2,3% a la asistencia psicológica a las víctimas (Buesa et al., 2005)

Así mismo, el terrorismo de ETA, un terrorismo de alta frecuencia y de menor intensidad en sus atentados puntuales que los atentados del 11-M, también ha supuesto unos elevados costes económicos a la sociedad y al Gobierno español, habiéndose

estimado en más de 1.300 millones de euros las pérdidas económicas que ha causado entre 1993 y 2008 (Buesa, Valiño, Baumert y Heijst, 2008).

3.4. El terrorismo en la actualidad

El año pasado, 2014, se produjeron en el mundo 13.463 atentados terroristas que provocaron 32.727 muertos, 34.791 heridos y 9.428 secuestrados (START, 2015). Excepto por un aumento importante en el número de fallecidos, esos datos son, en líneas generales, similares a los obtenidos en los últimos 9 años (NCTC, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012; START, 2013, 2014; véase la tabla 3.2 y, para tomar con cierta precaución dicha comparación, véase la nota de dicha tabla). Así, en el período 2005-2013 se produjeron anualmente en el mundo un promedio de 11.233 atentados terroristas que provocaron como media 16.013 muertos, 31.646 heridos y 9.661 secuestrados cada año (véase la tabla 3.2). A estas víctimas directas habría que sumar los miles de familiares afectados por la pérdida de sus seres queridos o por las secuelas físicas que presentan sus seres queridos, ya que las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas se extienden más allá de las personas que directamente han experimentado el atentado y han sobrevivido al mismo ilesos o con heridas de mayor o menor consideración. Y a éstas hay que unir las víctimas indirectas, incluyendo no solo a los familiares y allegados de las personas fallecidas y heridas, sino también a los profesionales y voluntarios de emergencia, rescate y recuperación (p. ej., personal médico, de enfermería y de ambulancias, psicólogos, bomberos, policías, trabajadores de limpieza, trabajadores de desescombro y construcción, etc.) que han intervenido en la ayuda a las víctimas y en la recuperación de la zona afectada, las personas residentes en áreas cercanas a los lugares de los atentados, y la población general de la comunidad afectada, la cual es el objetivo final de los actos terroristas.

Tabla 3.2. Atentados y víctimas del terrorismo en el mundo en el período 2005-2013 (García-Vera et al., 2015, p. 217)

Atentados terroristas y víctimas	Año								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012**	2013**
Número de atentados terroristas:									
- África	253	422	835	718	853	879	978	s.d.	s.d.
- Este de Asia y Pacífico	1.007	1.036	1.429	978	821	728	543	s.d.	s.d.
- Europa y Asia Central	780	659	606	774	737	704	561	s.d.	s.d.
- Oriente Medio	4.230	7.755	7.540	4.594	3.297	3.416	7.721	s.d.	s.d.
- Sur de Asia	3.974	3.654	3.607	4.354	4.847	5.537		s.d.	s.d.
- Américas	867	826	482	352	444	340	480	s.d.	s.d.
- Mundo entero	11.111	14.352	14.499	11.770	10.999	11.604	10.283	6.771	9.707
Número de fallecidos:									
- África	875	1.643	2.187	2.987	3.239	2.137	s.d.	s.d.	s.d.
- Este de Asia y Pacífico	760	854	1.119	762	678	493	s.d.	s.d.	s.d.
- Europa y Asia Central	371	220	227	292	367	355	s.d.	s.d.	s.d.
- Oriente Medio	8.728	13.691	14.010	5.528	4.041	3.750	9.236	s.d.	s.d.
- Sur de Asia	3.017	3.609	4.737	5.826	6.269	6.172		s.d.	s.d.
- Américas	851	556	405	370	377	279	s.d.	s.d.	s.d.
- Mundo entero	14.602	20.573	22.685	15.765	14.971	13.186	12.533	11.908	17.891

Atentados terroristas y víctimas	Año								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012**	2013**
Número de heridos:									
- África	662	1.162	2.633	3.918	3.878	4.539	s.d.	s.d.	s.d.
- Este de Asia y Pacífico	1.745	1.238	1.714	1.573	1.167	1.328	s.d.	s.d.	s.d.
- Europa y Asia Central	1.897	809	742	1.089	1.054	1.187	s.d.	s.d.	s.d.
- Oriente Medio	13.525	25.811	30.880	15.820	14.245	12.781	s.d.	s.d.	s.d.
- Sur de Asia	5.926	8.506	7.774	11.227	11.502	10.350	s.d.	s.d.	s.d.
- Américas	950	688	567	497	818	480	s.d.	s.d.	s.d.
- Mundo entero	24.705	38.214	44.310	34.124	32.664	30.665	25.903	21.652	32.577
Número de secuestrados:									
- África	181	1.118	1.009	1.002	2.592	2.651	s.d.	s.d.	s.d.
- Este de Asia y Pacífico	62	229	503	277	148	246	s.d.	s.d.	s.d.
- Europa y Asia Central	35	14	89	43	4	9	s.d.	s.d.	s.d.
- Oriente Medio	479	1.905	1.926	849	887	1.206	s.d.	s.d.	s.d.
- Sur de Asia	33.491	12.235	1.364	2.477	6.657	1.748	s.d.	s.d.	s.d.
- Américas	532	353	180	210	219	190	s.d.	s.d.	s.d.
- Mundo entero	34.780	15.854	5.071	4.858	10.507	6.050	5.554	1.283	2.990
Atentados terroristas con 10 o más fallecidos	226	289	355	235	234	192	193	186	291†

Nota. s.d. = sin datos. Los datos de los años 2012 y 2013 proceden de los informes del START (*National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* de los EE. UU.), mientras que los restantes proceden de los informes del NCTC (*National Counterterrorism Center* de los EE. UU.). A partir de 2012, el NCTC 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 2012 y 2013 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, 2012b), 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 2012 y 2013 (START, 2013, 2014) los datos no aparecen desglosados por zonas del mundo.
†Estimación numérica basada en el gráfico del informe START sobre 2013 (START, 2014, p.7).

Todas las cifras de la tabla 3.2 y las consideraciones anteriormente mencionadas corroboran la idea de que actualmente el terrorismo sigue siendo uno de los problemas mundiales más graves y preocupantes.

Aunque en los últimos años la mayoría de los atentados terroristas se han concentrado en Oriente Medio (alrededor del 40%) y en el sur de Asia (aproximadamente el 35%), y, concretamente, en países como Irak, Afganistán, Paquistán o India, la plaga del terrorismo afecta en mayor o menor medida a todas las regiones del mundo (véase la tabla 3.2), no siendo España, como se pudo ver en un apartado anterior, una excepción.

Estos atentados terroristas han sido perpetrados por un gran número y una gran variedad de organizaciones terroristas. Por ejemplo, respecto a los 13.463 atentados terroristas ocurridos en el mundo en 2014 y registrados por el START, se tiene información sobre sus responsables en el 46% de dichos atentados, y esos fueron perpetrados por más de 250 organizaciones (START, 2015). Sin embargo, la mayoría de esos atentados de autoría conocida fueron llevados a cabo por las cinco organizaciones terroristas más activas en la actualidad y que han perpetrado, por este orden, un mayor número de atentados terroristas durante 2014: el Estado Islámico de Irak y el Levante, los talibanes, Al-Shabaab, Boko Haram y el Partido Comunista de la India (Maoísta), por este orden (START, 2015).

El Estado Islámico de Irak y el Levante (también conocido como Estado Islámico, *Dáesh*, Estado Islámico de Irak y Siria o ISIS, el acrónimo de ese último nombre en inglés: *Islamic State of Iraq and Syria*) emergió en 2004 como una rama de Al Qaeda en Irak, tiene como objetivo declarado unir bajo su control islamista radical todas las regiones habitadas por musulmanes y se organiza como un estado no reconocido, ya que controla de facto un amplio territorio de Irak y Siria. Los talibanes son una milicia

fundamentalista islámica que fue creada alrededor de 1994 por veteranos de la guerra contra la invasión soviética de Afganistán y que pretende imponer un estado islámico integrista en Afganistán y ciertas zonas de Paquistán. Al Shabaab es un movimiento yihadista islámico de Somalia que se desarrolló en 2007 y que pretende establecer un estado islámico en ese país africano. Boko Haram es una milicia fundamentalista islámica formada en 2002 y que lucha contra el gobierno nigeriano con el fin de establecer un estado islámico integrista en Nigeria. Finalmente, el Partido Comunista de la India (Maoísta) fue fundado en 2004, pretende establecer un estado socialista de carácter maoísta en la India y actualmente controla algunas regiones del este y el sur de la India.

A pesar del gran número de organizaciones terroristas, son las organizaciones fundamentalistas islámicas o yihadistas, como bien se desprende de las características de los cinco grupos terroristas más activos actualmente, las que representan la mayor amenaza terrorista a nivel mundial, y no solo por los atentados que han cometido y pueden cometer en sus países de origen (Irak, Siria, Afganistán, Paquistán, Somalia o Nigeria), sino también por los que han cometido y pueden cometer en otros países vecinos (p. ej., Kenia, Etiopía, Camerún, Chad, Arabia Saudita) o en Europa y en América como, por ejemplo, los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington DC, del 11 de marzo de 2004 en Madrid, del 7 de julio de 2005 en Londres, del 15 de abril de 2013 en Boston durante su maratón, o, en este año 2015, en Francia, entre el 7 y el 9 de enero (los atentados contra el semanario satírico *Charlie Hebdo* y contra un policía y varias personas de ascendencia judía), en Túnez, el 18 de marzo y el 26 de junio (los atentados en un museo y en la playa de un hotel en los que murieron 22 y 38 personas, respectivamente, la mayoría turistas extranjeros) y en Kenia, el 2 de abril (el atentado en la Universidad de Garissa en el que murieron 147 personas).

En España en concreto la lucha contra este tipo de terrorismo ha sido muy intensa en los últimos años. En total, desde el año 1995 hasta el año 2013 se han producido en nuestro país un total de 64 operaciones antiterroristas. Cabe señalar que la mayor parte de las redes desarticuladas presentaban vínculos con el terrorismo de origen magrebí, con Al Qaeda en el Magreb Islámico (AQMI) o con grupos terroristas de origen paquistaní.

Inicialmente, en la década de los 80 del pasado siglo se produjeron en España y de manera aislada diversas operaciones policiales contra grupos extremistas de origen islamista. En concreto, en 1989 se desarticuló en Valencia una célula terrorista de Hizbulá, la organización musulmana libanesa que cuenta con un brazo político y otro paramilitar, y que pretendía atentar en Europa, mientras que la primera detención se produjo el 11 de marzo de 1995, nueve años antes de los atentados del 11 de marzo en Madrid.

Posteriormente, en la década de los 90 se produjeron 6 operaciones antiterroristas vinculadas al Grupo Islámico Armado (GIA), una organización terrorista argelina, todas ellas dirigidas contra células dedicadas a funciones logísticas, sin que en ningún momento estas células estuvieran planificando una operación terrorista en España.

Sin embargo, a partir del año 2000 se produjo un cambio debido a la presencia creciente de redes de Al Qaeda en Europa y al atentado del 11 de marzo de 2004 en Madrid, produciéndose en España el doble de intervenciones policiales que en décadas anteriores (48 frente a 16), la mayoría de las cuales han sido operaciones contra la actividad logística, redes de reclutamiento y financiación y por último contra células activas con intención de atentar en nuestro país. Contra estas últimas células cabe destacar la operación Cantana en 2008, en la que fueron detenidos 14 personas de

nacionalidad paquistaní que pretendían atentar contra el metro de Barcelona (Jordán, 2015).

Capítulo 4.

Trastornos psicológicos como consecuencia de los atentados terroristas

4. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS COMO CONSECUENCIAS DE LOS ATENTADOS TERRORISTAS

Un suceso traumático, desde el punto de vista psicológico, podría ser definido como un suceso que genera en quien lo sufre un choque emocional negativo, fuerte y duradero que produce un daño psicológico duradero (Real Academia Española, 2015). Algunos investigadores prefieren ser más precisos y definirlo como un hecho que genera una experiencia de amenaza para la integridad física o psicológica de la persona, que está asociado a vivencias de caos, confusión, absurdidad, horror, ambivalencia y desconcierto, que tendría un carácter inenarrable o incontable e incomprensible para los demás y que quebranta en muchos casos los esquemas básicos de seguridad del ser humano y la creencia de que el mundo es un lugar seguro y predecible (Pérez-Sales et al., 2003, citado en Baldor Tubet, Jerez Álvarez y Rodríguez Piedra, 2005). Dentro de los sucesos traumáticos, Bados (2005) incluye los combates militares, los ataques personales violentos, las torturas, los desastres naturales o provocados por el hombre, los accidentes graves y los ataques terroristas.

En cuanto a los sucesos traumáticos se refiere, los conflictos bélicos han sido unos de los más investigados. Magruder y Yeager (2009) hicieron un estudio comparativo para valorar la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en diferentes conflictos: la guerra del Golfo, la guerra de Irak (también conocida como segunda guerra del Golfo) y la guerra de Vietnam, observando un incremento en la probabilidad de sufrir un trastorno por estrés postraumático entre 1,5 veces y 3,5 veces mayor en las víctimas de cualquiera de estas situaciones traumáticas, independientemente de la época de la guerra. Así mismo, en una investigación realizada con soldados de Irak expuestos a altos niveles de estrés en combate, se vio que éstos fueron más propensos a desarrollar trastornos psicológicos como el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad

generalizada o el trastorno por estrés postraumático que los soldados menos expuestos (Hoge et al., 2004, citado en McLean et al., 2013). En los veteranos de la guerra de Afganistán o Irak se encontraron tasas de prevalencia del trastorno por estrés postraumático que oscilaban entre un 12,2% y un 12,9%, mientras que las tasas de depresión se situaban entre un 7,1% y un 7,9% (Grieger et al., 2006).

Estas cifras demuestran que el trastorno por estrés postraumático se muestra como el trastorno más prevalente en víctimas de conflictos bélicos. Cabe decir que, adicionalmente, estos resultados tienden a repetirse tanto en víctimas de violencia de género (Golding, 1999, citado en Franz, Arnkoff, Glass, Mete y Dutton, 2011) como en víctimas de accidente de tráfico.

Dentro de estos sucesos traumáticos, los atentados terroristas masivos han tenido un especial interés y se han diferenciado de otro tipo de sucesos traumáticos no solo por las consecuencias psicológicas ocasionadas en las personas que lo sufren y su entorno, sino por el carácter atroz, dañino, inesperado e intencionado de los atentados.

Pero, aunque el terrorismo es un fenómeno que lleva muchos años presente, no ha sido hasta después de los atentados del 11 de septiembre en Nueva York y Washington o del 11 de marzo en Madrid cuando se han empezado a llevar a cabo el mayor número de investigaciones sobre estos sucesos traumáticos y sus consecuencias, demostrando las mismas que la vivencia de un atentado terrorista puede provocar un gran número de problemas psicológicos (Neria, Nandi, y Galea, 2008; Norris et al., 2002, citado en Salguero et al., 2011).

Si se habla ahora de las personas que pueden considerarse víctimas de un evento traumático, la literatura científica muestra opiniones dispares. En este sentido, Galea, Nandi, y Vlahov (2005) señalan como víctimas de un desastre a aquellas personas que han estado en situaciones cercanas a la muerte, a los heridos y a los familiares de

fallecidos y a los testigos del desastre. Dentro de las víctimas de atentados terroristas, muchos estudios únicamente señalaban como tales a las víctimas directas, es decir, a aquellas personas que tras un ataque terrorista fueron compensadas económicamente por el Estado o que aparecían en las listas de algún organismo oficial (Abenhaim, Dab, y Salmi, 1992; Brooks y McKinlay, 1992).

Por otra parte, las investigaciones realizadas tras los atentados del 11-S entienden por víctimas a las personas heridas, familiares o allegados de fallecidos, al personal de emergencias y rescate y a todos aquellos que sufrieron algún tipo de pérdida material en el atentado. (Marshall et al., 2007; Person, Tracy y Galea, 2006). Otros en cambio usan una definición más genérica, incluyendo a las víctimas en dos categorías: víctimas directas (heridos o personas que se encontraban en el atentado) y víctimas indirectas (testigos o personas con una relación cercana a personas heridas o fallecidas en el atentado) (Gidron, Kaplan, Velt y Shalem, 2004; Gil, 2005; Shalev y Errera, 2009; Zimering, Gulliver, Knight, Munroe y Keane, 2006).

En resumen y a pesar de las diversas definiciones, parece existir cierto consenso al considerar como víctima de un atentado terrorista a aquel sujeto que presencia *in situ* el ataque terrorista, independientemente de las secuelas físicas o psicológicas que pueda desarrollar, así como a los familiares de las personas fallecidas o heridas en el atentado terrorista. No obstante, no se debe olvidar que independientemente de la categoría que se utilice para definir a una víctima del terrorismo, las consecuencias psicopatológicas pueden aparecer en cualquiera de ellas, sin tener en cuenta el grado de exposición al atentado o la relación con la víctima (Rubonis y Bickman, 1991).

Aunque es cierto que la mayoría de las personas que experimentan un evento traumático de esta índole se recupera sin problemas mentales, una proporción significativa de ellas sí desarrollaran problemas psicológicos (Litz y Gray, 2002, citado

en Walse et al., 2004). Aunque dichos problemas puedan variar de unas personas a otras, el trastorno por estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno depresivo mayor son los que se muestran más prevalentes (Galea et al., 2002; García-Vera y Sanz, 2010, 2015; North et al., 1999; Norris et al., 2002, citado en Walse et al., 2004; Salguero et al., 2011); sin olvidar también el consumo de alcohol y drogas (Pfefferbaum y Doughty, 2001; Vlahov et al., 2002) y los trastornos de ansiedad (David et al., 1996; García-Vera y Sanz, 2010; North et al., 1999; North, Smith y Spitznagel, 1994), pudiéndose desarrollar éstos en el corto, medio y largo plazo.

Por consecuencia psicológica a corto plazo se entiende aquella que se desarrolla en las 4 semanas posteriores al atentado, y que en muchos casos muestra una relación positiva con la psicopatología mostrada posteriormente (Miguel-Tobal et al., 2006; Person et al., 2006). Aunque estos síntomas pueden ser diversos y pueden variar de unas personas a otras, diferentes estudios han concluido que muchos de ellos guardan relación con la aparición y el tipo de trastorno mental que pueda desarrollarse a medio y largo plazo.

En este sentido, presentar síntomas disociativos (Simeon et al., 2003), sufrir un ataque de pánico (Miguel-Tobal et al., 2006; Person et al., 2006) o haber tenido un miedo intenso de resultar gravemente herido o morir en el atentado (Miguel-Tobal et al., 2006, Tucker et al., 2000), pueden estar relacionados con el desarrollo posterior de un trastorno mental y, en especial, de un trastorno por estrés postraumático, de un trastorno depresivo o de un trastorno de ansiedad, por mostrarse estos los más prevalentes.

Otras de las secuelas psicológicas presentadas dentro de las cuatro semanas posteriores al atentado y que han sido más estudiadas ha sido la presencia del trastorno por estrés agudo o de sintomatología relacionada con este trastorno (Galea et al., 2002; Holman et al., 2008; Kutz y Dekel, 2006).

En este sentido, la literatura científica es muy amplia. Por ejemplo, Kutz y Dekel (2006) realizaron un estudio con testigos directos, ilesos o heridos leves, de un atentado en Israel, y en el cual demostraron que entre 18 y 28 días después del ataque terrorista, un 24% de esos testigos directos cumplía criterios para un trastorno por estrés agudo.

Tras los atentados del 11-S, Silver et al. (2005) encontraron una prevalencia del trastorno por estrés agudo de un 9,3% en una muestra de personas que habían sido expuestas al atentado. Este porcentaje aumentó en el estudio realizado por Holman et al. (2008) con una muestra de 2.729 personas de Estados Unidos durante las cuatro primeras semanas tras los atentados, señalando que un 10,7% de la muestra presentaba síntomas correspondientes a un trastorno por estrés agudo.

En cambio, los estudios realizados tras los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid (11-M) informan de tasas del trastorno por estrés agudo más elevadas. Así, Muñoz et al. (2004) encontraron que el 47% de la población general de Madrid presentaba síntomas relacionados con un trastorno por estrés agudo, aunque solamente en un 15% tales síntomas iban acompañados de un deterioro en el funcionamiento psicosocial y, por tanto, podrían considerarse probables casos de trastorno por estrés agudo. Además, es necesario aclarar que aproximadamente un 10% de la muestra de personas evaluadas por Muñoz et al. (2004) eran heridos o familiares de heridos o fallecidos en los atentados del 11-M.

Si bien es cierto que la presencia de estos síntomas es común en los días y semanas posteriores al suceso traumático, éstos, aunque significativos, suelen mostrarse con una intensidad leve o moderada desapareciendo con el tiempo. Sin embargo, en un porcentaje importante de víctimas, especialmente las más afectadas por el atentado, estos síntomas pueden generar un malestar clínicamente significativo en la persona o interferir de manera importante en su funcionamiento cotidiano y llegar por tanto a

desarrollar un trastorno psicopatológico (García-Vera, y Sanz, 2015, 2010; Grieger, Fullerton, y Ursano, 2004; North et al., 1999).

Dentro de los trastornos mentales que pueden desarrollar las víctimas de atentados terroristas a medio y largo plazo (posterior a las cuatro primeras semanas tras el ataque), el trastorno por estrés postraumático, al igual que en otros sucesos traumáticos, es sin duda el trastorno más frecuente tanto en víctimas directas como en víctimas indirectas, siendo por lo tanto el que más atención ha acaparado por parte de la comunidad científica (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2015). No obstante, no se puede olvidar el resto de síntomas y trastornos psicopatológicos diferentes al TEPT que pueden experimentar las víctimas, siendo algunos de los más comunes el trastorno depresivo y los trastornos de ansiedad (García-Vera, y Sanz, 2010).

Por último, es necesario mencionar que esta variedad de trastornos psicopatológicos en muchas ocasiones no suelen darse de forma aislada, sino que en un porcentaje elevado de casos suelen presentarse de forma simultánea o comórbida. Por ejemplo, en el estudio que Gillespie, Duffy, Hackmann y Clark, (2002) realizaron con víctimas del terrorismo en Irlanda del Norte, se encontró que el 54% de las víctimas padecía un TEPT crónico junto con otro trastorno del eje I, principalmente trastorno depresivo. Mientras que en el estudio de Duffy, Gillespie y Clark (2007), un 63,8% de los pacientes con TEPT crónico padecía además un trastorno depresivo mayor. Finalmente, en el estudio llevado a cabo por Schneier et al. (2012), un 65,8% de los pacientes con TEPT sufrían además trastornos del estado de ánimo.

Así mismo, en otro estudio realizado con 70 personas que informaban conocer a alguien que había fallecido en los atentados del 11-S, un año y medio después de los atentados, el 18,5% de los participantes presentaban de forma comórbida un trastorno depresivo, duelo y un trastorno por estrés postraumático (Shear, Jackson, Essock,

Donahue y Felton, 2006). De igual forma, en la revisión realizada por Salguero et al. (2011) se encontró que existían altos índices de comorbilidad del trastorno depresivo mayor y del trastorno por estrés postraumático después de la vivencia de un trauma. Por ejemplo, en un estudio realizado por Miguel-Tobal et al. (2006) un mes después de los atentados del 11 de marzo de 2004 con una muestra de 1.589 personas de la población general madrileña, se comprobó que aproximadamente el 50% de las personas que presentaban un trastorno por estrés postraumático (el 4% de la muestra total) presentaban también de forma comórbida un trastorno depresivo mayor (el 2% de la muestra total), y que el 25% de las personas que presentaban un trastorno depresivo mayor (el 8% de la muestra total) presentaban además de forma comórbida un trastorno por estrés postraumático (el 2% de la muestra total). Resultados similares se han encontrado en una muestra de víctimas directas del atentado de Oklahoma, entre las cuales se descubrió que el 55% de las personas que sufrieron un trastorno por estrés postraumático también sufrieron comórbidamente un trastorno depresivo mayor (North et al., 1999).

4.1. Los trastornos por estrés agudo o postraumático tras atentados terroristas

El trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático son dos de los trastornos que han estado más fuertemente vinculados con la vivencia de un suceso traumático, y en concreto con la vivencia de un ataque terrorista.

El trastorno por estrés agudo se caracteriza principalmente por la aparición de ansiedad, síntomas disociativos y otro tipo de síntomas que tienen lugar durante el mes siguiente a la exposición de un suceso traumático de carácter extremo. Así mismo y tal y como indica el criterio B del DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association* [APA], 2000), el sujeto debe presentar al menos tres de los siguientes síntomas disociativos:

sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad que le rodea, desrealización, despersonalización, o amnesia disociativa. Por último, los criterios C, D y E, hacen referencia a la presencia de síntomas de reexperimentación, evitación y activación, siendo compartidos también con el trastorno por estrés postraumático. Por último, el criterio G señala que los síntomas tienen que tener una duración mínima de 2 días y puede diagnosticarse hasta las primeras cuatro semanas tras los atentados. Si dicha sintomatología no es resuelta en este tiempo el diagnóstico debe ser sustituido.

Es en este último caso cuando se produce la máxima controversia respecto al diagnóstico de este trastorno, ya que tras la vivencia de una experiencia traumática de tal magnitud como un atentado terrorista, muchos de los síntomas inmediatamente posteriores que la persona puede experimentar pueden ser considerados normales e incluso adaptativos, sin llegar a considerarse un problema psicopatológico. Así, por ejemplo, en muchas ocasiones la intensidad y el tipo de respuesta tras un atentado puede estar modulado por diferencias culturales, e incluso en el caso de cierta sintomatología como la disociativa puede llegar a mostrarse como una estrategia adaptativa al evento traumático (APA, 2000). En este sentido, la propia Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) hace mención al carácter transitorio más que patológico de la mayoría de las reacciones, las cuales pueden llegar a resolverse en 2 o 3 días.

Independientemente de si dicha sintomatología es transitoria o patológica, lo que sí está demostrado (véase la introducción al apartado 4) es que un porcentaje importante de las personas expuestas a un atentado terrorista desarrollarán un trastorno o sintomatología de estrés agudo en las semanas sucesivas al ataque (Galea et al., 2002; Holman et al., 2008; Kutz y Dekel, 2006), estando éste relacionado con la posterior aparición de un trastorno por estrés postraumático

De este modo, investigaciones al respecto señalan que presentar un trastorno por estrés agudo una semana después del evento traumático está fuertemente asociado con la presencia de un trastorno por estrés postraumático 6 meses después, comprobándose en algunos estudios dicha relación en más del 80% de los casos (Grieger et al., 2000). Así mismo, se considera que esta asociación podría reducirse considerablemente si la persona con un diagnóstico de estrés agudo pasara por un tratamiento psicológico de terapia cognitiva, lo que impediría la aparición de un posterior trastorno por estrés postraumático (Bryant, Harvey, Sackville, Dang, Basten, 1998. véase en Bryant, Sackville, Dang, Mould, Guthrie, 1999).

El trastorno por estrés postraumático sería la respuesta de ansiedad más común ante un suceso traumático una vez transcurrido el mes que sigue a dicho suceso. Este trastorno fue reconocido formalmente en 1980 por la Asociación Americana de Psiquiatría y fue descrito en el DSM-III. Posteriormente, el DSM-IV (APA, 1994) y su revisión o DSM-IV-TR (APA, 2000) señalan que para que una persona pueda recibir este diagnóstico, tiene que seguir los siguientes criterios: aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde la persona se ve envuelta en hechos que representan un peligro para su vida, para la vida de los demás, o bien conoce a través de otra persona acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores. Adicionalmente, deben aparecer otros síntomas secundarios como la reexperimentación, la evitación de estímulos asociados al hecho traumático y el embotamiento de la capacidad de respuesta, así como síntomas de activación. Todo este cuadro debe estar presente después de las 4 semanas siguientes al evento traumático y provocar un malestar clínicamente significativo en la persona (APA, 1994, 2000).

En el actual DSM-5 (APA, 2013) se producen algunas modificaciones en los criterios diagnóstico de este trastorno respecto al anterior DSM-IV-TR. En primer lugar, se saca al diagnóstico de trastorno por estrés postraumático del grupo de los trastornos de ansiedad para incluirlo en una nueva categoría denominada trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Así mismo, se especifica que los criterios son aplicados para adultos, adolescentes y menores de más de 6 años, elaborando seguidamente tras estos criterios, los correspondientes a los menores de dicha edad. Aludiendo a los diferentes criterios para los mayores de 6 años, se observa que en el Criterio A se especifica de forma detallada la relación que ha tenido la persona con el evento traumático, pudiéndose ser directa o vivencial, puntos 1 y 4 (experiencia única o repetida con el evento traumático) o indirecta o ajena, puntos 2 y 3 (testigo directo o aprendizaje del evento traumático ocurrido a otra persona).

Así mismo, se crean dos nuevos criterios. El criterio D referido a la sintomatología de carácter negativo que la persona con dicho trastorno puede experimentar, en la que aparece la presencia de síntomas como: creencias negativas, distorsiones cognitivas sobre las causas o consecuencias del evento traumático, estado de emociones negativas, etc., y el criterio H, en el que se hace referencia a que dicho trastorno no puede ser debido a los efectos psicológicos de alguna sustancia o condición médica. Por último, el DSM-5 especifica el trastorno en base a la presencia de sintomatología disociativa o de inicio tardío de los síntomas, mientras que el DSM-IV-TR, lo hace en base a la duración de los síntomas o al inicio de estos: agudo, crónico o de inicio demorado.

En la tabla 4.1 se especifican de forma más pormenorizada las diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 en cuanto a los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático.

Tabla 4.1. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático entre el DSM-IV y el DSM-5 (APA, 2000, 2013)

DSM-IV-TR (APA, 2000)	**DSM-5 (APA, 2013)**
A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2): (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 (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados	A. La persona ha estado expuesta a la muerte, un serio daño o violencia sexual en una o varias de las siguientes maneras: 1. Experiencia directa con el evento traumático 2. Testigo directo del evento traumático acaecido a otra persona 3. Aprendizaje del evento traumático ocurrido a un familiar cercano o a un amigo cercano. En caso real o miedo a la muerte de un miembro de la familia o de un amigo, el evento debe haber sido violento o accidental. 4. Experiencias o exposiciones repetidas a detalles del evento traumático. **Nota**: El criterio A4 no se aplica a exposiciones a través de los medios electrónicos, televisión, películas o imágenes exceptuando si estas exposiciones son reales.
B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas: (1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma (2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible (3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).	B. Presencia de uno o más de los siguientes síntomas intrusivos asociados con el evento traumático comenzando después de que el evento traumático ocurriera. 1. Recuerdos del acontecimiento involuntarios e intrusivos que provocan malestar. **Nota**: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar **Nota**: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible 3. Reacciones disociativas (p. ej., *flashbacks*) en los que el individuo se siente o actúa como si el acontecimiento traumático estuviera ocurriendo de nuevo. **Nota**: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático (5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático	4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático 5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas: (1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático (2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma (4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás (6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor) (7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)	C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo que comienza después del evento y es evidente en uno o los dos síntomas siguientes: 1. Evitación o esfuerzos por evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos sobre o cercanos al acontecimiento traumático 2. Evitación o esfuerzos por evitar recordatorios externos (personas, sitios, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que motivan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados o cercanos al evento traumático.
	D. Alteraciones negativas en cogniciones y estado asociados al evento traumático, comenzando o empeorando después del evento traumático acaecido y que son evidente en dos o más de los siguientes síntomas: 1. Incapacidad para recordar aspectos importantes del evento

DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
	traumático 2. Persistentes e intensas creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, otros o el mundo. 3. Persistentes y distorsionadas cogniciones sobre las causas o consecuencias del evento traumático que le lleva a culpar a sí mismo o a los demás. 4. Persistente estado de emociones negativas (e.j. miedo, horror, ira, culpa o vergüenza) 5. Marcada disminución del interés o la participación en actividades significativas 6. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás 7. Persistente incapacidad para experimentar emociones positivas (ej., incapacidad para experimentar alegría, satisfacción o sentimientos de amor)
D. Síntomas persistentes de aumento de la activación *(arousal)* (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas: (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	E. Marcada alteración en la activación o reactividad asociada con el evento traumático que comienza o empeora después de que ocurra el acontecimiento traumático y que se evidencia en uno o más de los siguientes síntomas: 1. Comportamiento irritable y ataques de ira (sin o con poca provocación) expresados a través de agresiones físicas o verbales hacia personas u objetos. 2. Comportamiento destructivo o imprudente 3. Hipervigilancia 4. Respuestas exageradas de sobresalto 5. Problemas para concentrarse 6. Alteraciones del sueño (ej., dificultades para dormir o permanecer dormido o sueño inquieto)
E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes	F. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes

DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	G. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
	H. El malestar no es atribuible a efectos psicológicos de una sustancia o alguna condición médica.
Especificar si: **Agudo:** si los síntomas duran menos de 3 meses **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más *Especificar* si: **De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses	*Especificar si:* **Con síntomas disociativos:** Los síntomas del individuo cumplen criterios para el trastorno por estrés postraumático y además en respuesta al estresor el individuo experimenta síntomas persistentes y recurrentes para alguno de los siguientes: *1.* **Despersonalización:** Persistentes o recurrentes experiencias o sentimientos de separación, como si uno fuera un observador externo de sus procesos mentales o de su cuerpo. *2.* **Desrealización.** *Persistentes o recurrentes experiencias de irrealidad.* **De inicio demorado:** entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

Por todos los criterios diagnósticos comentados anteriormente, el trastorno por estrés postraumático es el trastorno mental que se muestra más relacionado con la vivencia de una experiencia traumática (Gamache, DeMarni, DePrince y Freyd, 2013), así como con situaciones de violencia extrema en masa (Norris et al., 2002, citado en Levitt, Malta, Martin, Davis, y Cloitre, 2007). Por todo ello, es el trastorno mental más prevalente antes este tipo de situaciones y por tanto el que mayor atención ha recibido por parte de la comunidad científica.

Los datos de prevalencia de este trastorno en la población general no son bien conocidos, ya que la mayoría de los estudios están realizados con población expuesta a alguna situación traumática. A pesar de los escasos datos, en Estados Unidos se estima que entre un 1% y un 3% de la población general padece un trastorno por estrés postraumático (Schnurr, 1996, citado en Orengo-García, Rodríguez, Lahera y Ramírez, 2001), cifra que concuerda con los datos encontrados en un estudio realizado con la población general de Nueva York un año antes de los atentados del 11 de septiembre, en los que se estimó una prevalencia de dicho trastorno de un 3,6% (Galea et al., 2002). Según el DSM-5 (APA, 2013), la prevalencia para el TEPT en Estados Unidos es de un 3,5%, reduciéndose esta cifra hasta un 0,5% o un 1% en Europa, la mayoría de los países de Asia, América Latina y África. Por ejemplo, en España un estudio epidemiológico realizado antes de los atentados del 11-M, entre 2001 y 2002 (Haro et al., 2006), estimaba que la prevalencia a un año del trastorno por estrés postraumático en la población española era de alrededor del 0,5%.

Cuando se tiene en cuenta la vivencia de una situación traumática las tasa de prevalencia del trastorno por estrés postraumático aumenta considerablemente, y en mayor medida cuando estos desastres son causados por el hombre, como es el caso de

los atentados terroristas (Galea, Nandi, Vlahov, 2005; Neria, Nandi y Galea, 2008, citado en Salguero et al., 2011).

Por ello, si se analizan los datos de prevalencia del TEPT de la población general tras un ataque terrorista estos datos se muestran por encima de los de la población general no afectada por el terrorismo, aunque sí es cierto que las investigaciones apuntan a que estos varían dependiendo de la distancia a la que se encontrara la persona del lugar del atentado. De esta manera, Galea et al., (2002) señalan que tras los atentados del 11 de septiembre en Nueva York, el trastorno por estrés postraumático fue tres veces mayor para aquellos que vivían próximos al lugar del atentado que para aquellos que vivían más lejos. En concreto, estos autores midieron la prevalencia del TEPT y de la depresión en los residentes de Manhattan entre 5 y 8 semanas después de los atentados y los resultados indicaron que de las 1008 personas que fueron entrevistadas, un 7,5% reportaron síntomas compatibles con un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático y un 9,7% síntomas compatibles con el diagnóstico de depresión. Cuando se analizaron los datos de las personas que vivían más cerca del *World Trade Center*, lugar en el que ocurrió el atentado, la prevalencia para el trastorno por estrés postraumático aumentó hasta un 20%, demostrando así que la distancia a la zona del atentado está directamente relacionada con la presencia y gravedad del estrés postraumático (Blanchard et al., 2004, citado en Tolin y Foa, 2006; Galea et al., 2002).

En cambio, en los estudios de Miguel-Tobal, Cano Vindel, Iruarrizaga, González Ordi y Galea (2004) y Vázquez, Pérez-Sales, y Matt, (2006), la prevalencia en la población general de Madrid tras los atentados del 11-M del trastorno por estrés postraumático fue de un 2%, siendo mucho más baja que la encontrada en la población general de Nueva York tras los atentados del 11-S.

En el caso de las víctimas directas los datos de prevalencia del TEPT oscilan entre un 10,5% y un 30,7% (Abenhaim et al., 1992). Datos que concuerdan con los mostrados por los supervivientes de los atentados de la ciudad de Oklahoma de 1995, que se encontraban en torno a un 30% (Bigot, 1998; North, 2001, citado en Gonzalez-Brignardello, Martín Vázquez, 2004) y con los mostrados por DiMaggio y Galea (2006) en su metaanálisis sobre las consecuencias del terrorismo, en el que se estiman que el 18% de las víctimas heridas en un atentado terrorista desarrollaran un trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, García-Vera y Sanz (2015) consideran que si se calcula el porcentaje promedio de los estudios sobre la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas heridas en atentados terroristas el porcentaje aumentaría, oscilando éste entre un 18% y un 40%. Este elevado porcentaje (40%) también se ha observado en otros estudios con víctimas que resultaron heridas tras el atentado, pero que fueron hospitalizadas tras el mismo (Ankri, Bachar y Shalev, 2010; North et al., 2005).

En cuanto a los familiares y amigos de fallecidos y heridos se ha encontrado que teniendo en cuenta el atentado del 11 de marzo en Madrid y uno producido en Israel, entre 1 y 6 meses después de los ataques terroristas, la media de este grupo de población que presentaba un trastorno por estrés postraumático fue de un 27,6%, encontrándose este dato dentro del intervalo presentado por las víctimas directas (García-Vera y Sanz, 2015).

En cambio, cuando se habla de víctimas indirectas, tales como el personal de emergencia y los equipos de rescate que participaron en los atentados y la población general, las tasas se reducen en comparación con las presentadas por víctimas directas y los familiares y amigos de fallecidos y heridos (16.8, y 10.9 %, respectivamente) (García-Vera y Sanz, 2015).

Si bien es cierto y tal y como aparece reflejado en el metaanálisis de DiMaggio y Galea (2006) con el paso del tiempo, el porcentaje de personas afectadas por un trastorno por estrés postraumático disminuye. En concreto, estos autores indican que dos meses después de los ataques, la prevalencia del trastorno por estrés postraumático disminuye hasta un 16% entre las víctimas directas e indirectas, hasta un 14% a los 6 meses y hasta un 12% al año.

Estos últimos datos habría que tomarlos con cautela, ya que existen resultados contradictorios al respecto. Así por ejemplo, en el caso de la población general y del personal de emergencias y asistencia los datos si se muestran coherentes a los presentados en el metaanálisis de DiMaggio y Galea (2006), ya que existen varios estudios que demuestran que después de un periodo entre 6 y 9 meses tras los atentados del 11-M, la frecuencia de estrés postraumático en ambos grupos se redujo hasta un 0,4% y un 0% respectivamente (véase García-Vera y Sanz, 2015).

En el caso de los familiares y amigos de las víctimas mortales y heridos, se encuentran, por un lado, investigaciones que apoyan los resultados de DiMaggio y Galea (2006), en los que se indica que tras los atentados del 11-M los familiares y amigos de las víctimas mortales y heridas presentaron una reducción significativa del trastorno por estrés postraumático (de 28.2% a 15,4%), y, por otro lado, existen estudios en los que no se encontraron dichas reducciones transcurridos un periodo de tiempo de entre 6 y 9 meses tras los ataques (de 34% a 31,3%). Por último, y secundando estos últimos resultados, en el caso de las víctimas directas de los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid tampoco se encontraron reducciones significativas en la frecuencia del trastorno por estrés postraumático con el paso del tiempo (35,7% al mes, 34,1% a los 6 meses y 29% al año; García-Vera y Sanz, 2015).

Todos estos datos, nos aproximan a la idea de que las personas menos expuestas al atentado, como los profesionales de emergencias y asistencia y la población general son las que tienen una mayor probabilidad de recuperarse de forma espontánea, mientras que el grupo de supervivientes y de los familiares y amigos de víctimas mortales o heridas, no se recuperan de la misma forma, pudiendo sufrir los síntomas hasta años después del ataque terrorista (Ehlers, Clark, 2000).

4.2. Los trastornos depresivos tras atentados terroristas

El trastorno depresivo mayor es definido en el DSM-IV-TR (APA, 2000) como un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos. Este tiene que presentarse durante un periodo mínimo de dos semanas e incluir cinco o más de los síntomas que se indican (estado de ánimo depresivo, pérdida de placer por la actividades, insomnio o hipersomnia, sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada…). Todos estos síntomas tienen que provocar en la persona un deterioro clínicamente significativo y no puede ser explicado por la presencia de otros trastornos y no deberse a enfermedades médicas ni consumo de sustancias.

La prevalencia de este trastorno en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los varones (APA, 2000), mientras que el nuevo DSM-5 sitúa la prevalencia de este trastorno en torno al 7% para la población de Estados Unidos (APA, 2013). Estas tasas no parecen estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios, los ingresos económicos o el estado civil (APA, 2000).

En el reciente manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales, (DSM-5), (APA, 2013) se modifican respecto al DSM-IV-TR algunos criterios para este

trastorno, siendo estos cambios menores que los realizados para el trastorno por estrés postraumático.

Una de las primeras modificaciones que pueden observarse en este manual respecto al trastorno depresivo mayor, es que la categoría en la que se encuentra integrado ya no es llamada trastornos del estado de ánimo, sino que se ha modificado por trastornos depresivos, incluyendo en esta categoría el trastorno del estado de ánimo irregular perturbador (referido a problemas de comportamiento en niños con recurrentes episodios de irritabilidad y problemas de comportamiento), trastorno depresivo mayor, episodio depresivo mayor, distimia, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias o medicación, otros trastornos depresivos específicos y trastornos depresivos inespecíficos. Eliminando de esta categoría al trastorno bipolar y trastornos relacionados con este.

En la tabla 4.2 se comparan los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor que propone el DSM-IV-TR y los que propone el DSM-5.

Tabla 4.2. Comparación de los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor entre el DSM-IV y el DSM-5 (APA, 2000, 2013)

DSM-IV-TR (APA, 2000)	**DSM-5 (APA, 2013)**
A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. 2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. 3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). 8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.	A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. 2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. 3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). 8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
B. Los síntomas no cumplen los criterios de un trastorno mixto	B. Los síntomas causan angustia o un deterioro social, ocupacional o en diferentes áreas de la vida

DSM-IV-TR (APA, 2000)	DSM-5 (APA, 2013)
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes	C. El malestar no es atribuible a efectos psicológicos de una sustancia o alguna condición médica. *Nota* Los criterios A-C representan el trastorno depresivo mayor Señala que determinadas situaciones como una ruina financiera, perdidas por un desastre natural… pueden provocar determinados síntomas depresivos, por lo que dejan a juicio clínico del profesional el diagnóstico a emitir en base a la historia personal del paciente.
D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo)	D. La presencia del trastorno depresivo no puede explicada por una esquizofrenia, trastorno delirante…
E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor	E. Nunca ha existido un episodio maniaco o hipomaniaco

Aunque como se ha visto en párrafos anteriores el trastorno más prevalente en las víctimas del terrorismo es el trastorno por estrés postraumático, este no es el único trastorno psicopatológico que pueden presentar las víctimas, ya que existen otros trastornos que también se suceden con bastante frecuencia, como es el caso de trastorno depresivo mayor.

Los ataques terroristas, como su propia definición indica producen reacciones de miedo intenso y generan un profundo sentimiento de tristeza por las pérdidas que ocasiona, produciendo una pérdida de confianza y de seguridad (Fullerton, Ursano, Norwood, Holloway, 2003; Hobfoll, Canetti-Nisim, Johnson, 2006. véase en Salguero et al., 2011). Estas son algunas de las características que podrían estar vinculadas con la aparición y el desarrollo del trastorno depresivo en las personas expuestas a este tipo de eventos traumáticos. Así mismo, muchos de los ataques terroristas suelen ser desastres en masa que afectan a comunidades enteras, dando lugar a la pérdida de múltiples recursos como la vivienda, el transporte, etc. Estas variables que podrían aumentar el desarrollo de este trastorno y complicar la recuperación de la persona (Benight, Swift, Sanger, Smith, y Zeppelin, 1999; Norris, 2002, véase en Levitt et al., 2007).

La prevalencia del trastorno depresivo en la población general se ha estimado entre un 2 y un 9% (APA, 2000, 2013), aumentando esta tras la vivencia de un ataque terrorista. En este sentido y según el estudio de Galea et al., (2002), entre 5 y 8 semanas de después de los atentados del 11-S la población de Manhattan presentaba una prevalencia del trastorno depresivo mayor del 9,7%. En un estudio similar, la prevalencia de este trastorno a los 6 meses del 11-S fue del 3,9%, mostrándose esta más acorde con los datos de prevalencia de la población general que no ha sufrido una situación traumática previa de tal magnitud. Por último, de características semejantes al de Galea et al., (2002) realizado por Miguel-Tobal et al., (2006) vieron que entre 5 y 15

semanas después de los atentados del 11-M la población general mostró una prevalencia de este trastorno del 8% (Miguel-Tobal et al., 2004).

Todos estos datos nos indican que no existe un gran desigualdad en los datos de la población general antes o después del atentado (entre un 2 y un 9% y entre un 3,7 y un 9,7% respectivamente). Si bien es cierto, para poder tener en cuenta estos resultados se deberían conocer las muestras elegidas para estos estudios, así como su nivel de exposición al evento traumático o distancia al lugar del atentado.

En el caso del personal de rescate y emergencia que ha participado en los atentados, la prevalencia del trastorno depresivo se incrementa hasta un 8,6%, situándose dentro del rango de la población general antes o después de un atentado. Este porcentaje aumenta cuando se habla de víctimas heridas o de familiares o amigos de víctimas mortales y heridos, situándose en torno a un 47,7%. En concreto, el porcentaje medio en las víctimas heridas fue del 33,9%. Cifras que se sitúan muy por encima del porcentaje presente en los profesionales y voluntarios de emergencia (8,6%) y de la población general tras el atentado (9,1%) (García-Vera y Sanz, 2010). Así mismo, la revisión realizada por Salguero et al., (2011) se centró en examinar los trastornos depresivos presentes como consecuencia de un atentado terrorista en víctimas directas e indirectas. En esta revisión, el estudio de Abenhaim et al., (1992) realizado con víctimas de ataques terroristas producidos en Francia desde 1982 hasta 1987 encontró que la prevalencia medía del trastorno depresivo en las víctimas fue del 13,3%, siendo mayor para las personas que fueron gravemente heridas, llegando aumentar este porcentaje hasta un 21,8%. Tasas similares encontró North et al., (1999) con víctimas de los atentados de la ciudad de Oklahoma en 1995 entre 4 y 8 meses después del atentado, situándose estas en un 22,5%. Años después, North et al., (2005) comparó la prevalencia del trastorno depresivo mayor en las víctimas de este atentado y del ataque

terrorista contra la embajada de EE.UU. en Nairobi en 1998, comprobando que no existían diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia del trastorno depresivo mayor. Por último, tras los atentados del 11-M en Madrid, Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel y González-Ordi (2004) vieron que el porcentaje de víctimas (heridos, testigos o familiares de heridos y fallecidos) que presentaban un trastorno depresivo mayor fue al 31,3%. Este porcentaje se muestra similar al encontrado en dos estudios con una muestra similar y del mismo atentado, del 31,5% en el estudio de Grabriel et al., (2007) y del 28,6% en el estudio de Conejo-Galindo et al., (2008. véase en García-Vera y Sanz, 2010).

Estos resultados confirmar que la sintomatología depresiva y el trastorno depresivo es significativamente superior en personas afectadas directamente por un atentado terrorista (heridos, familiares y amigos de víctimas mortales y heridos y profesionales), que en personas que han tenido una menor exposición al suceso traumático, como el personal de emergencias y población general.

Sin embargo, y a pesar de las elevadas tasas de prevalencia del trastorno depresivo en víctimas de atentados terroristas, la literatura científica señala que la mayoría de ellas no llegaran a desarrollar trastornos depresivos a medio y largo plazo. En concreto y tras un estudio realizado con víctimas directas e indirectas de los atentados del 11-M se observó cómo entre 6 y 9 meses después de los atentados, la frecuencia del trastorno depresivo se redujo en casi un 65% entre la población general, casi un 100% entre los profesionales y voluntarios de emergencias, un 52% en los familiares y amigos de fallecidos y heridos y casi un 19% en los heridos.

Por último y aunque estos estudios arrojan resultados esperanzadores no se puede olvidar que los datos de prevalencia en los dos últimos grupos de víctimas (heridos, y familiares y amigos de fallecidos y heridos), aunque menores que en los primeros meses

tras el ataque, se siguen alejando mucho de los datos de prevalencia de la población general española, que se encuentra en torno a una media del 3,9% (García-Vera y Sanz, 2010).

4.3. Los trastornos de ansiedad tras atentados terroristas

Otro de los trastornos psicopatológicos que las investigaciones apuntan como uno de los más prevalentes en las personas expuestas a un atentado terrorista son los trastornos de ansiedad. Estos se caracterizan porque comparten características de miedo y ansiedad excesivas relacionadas con comportamientos perturbadores. Así, el miedo sería la reacción responsable de una inminente amenaza real o percibida, mientras que la ansiedad es la anticipación de una futura amenaza. Estos trastornos difieren unos de otros en base a los objetos o situaciones que inducen el miedo o la ansiedad, su comportamiento consecuente y las cogniciones asociadas (APA, 2013).

Dentro del nuevo DSM-5 se elimina de la categoría de trastornos de ansiedad al trastorno obsesivo-compulsivo, al trastorno por estrés agudo, y al trastorno por estrés postraumático, incluyendo nuevas categorías para ellos. E incluye dentro de esta categoría al mutismo selectivo y a la ansiedad por separación.

Aunque la investigación ha mostrado que los trastornos de ansiedad son uno de los trastornos más prevalentes en personas expuestas a una vivencia traumática como un atentado terrorista, el trastorno por pánico (o trastorno de angustia), la agorafobia, y el trastorno de ansiedad generalizada serían los trastornos más frecuente dentro de esta categoría (García-Vera y Sanz, 2010). En la tabla 4.3. se muestran los criterios diagnósticos de dichos trastornos según el DSM-5.

Tabla 4.3. Criterios diagnósticos para el trastorno por pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-5 (APA, 2000 y 2013)

DSM-5 (APA, 2013)	
Trastorno de angustia	A. Recurrente e inesperado ataque de pánico. Un ataque de pánico es una abrupta e inesperada reacción de miedo intenso o malestar que alcanza su máxima expresión en pocos minutos y aparece con 4 o más de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocaciones. B. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes o más y presenta uno o más de los siguientes síntomas: 1. preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias, 2. Un cambio en el comportamiento en relación a los ataques. C. Estas perturbaciones no son debidas a los efectos psicológicos de otras sustancias o a una condición médica. D. Estas perturbaciones no se explican mejor por otro trastorno mental.
Agorafobia	A. Aparición de ansiedad o miedo al encontrarse como mínimo en dos de estas situaciones: (1) trasporte público, (2) lugares abiertos, (3) lugares cerrados, (4) estar en una multitud, y (5) estar solo fuera de casa. B. La persona tienen miedo en estas situaciones porque le puede resultar difícil escapa o en el caso de aparecer una crisis de angustia puede no disponer de ayuda. C. Estas situaciones siempre provocan miedo o ansiedad. D. Estas situaciones suelen ser evitadas o requieren que la persona esté acompañada. E. El miedo no es proporcional a la situación real agorafóbica. F. El miedo, la ansiedad o la evitación perduran durante 6 meses o más. G. El miedo, la ansiedad o la evitación provocan un malestar clínicamente significativo en el área social, laboral o en otras áreas importantes. H. Si hay presente otra condición médica, el miedo, la ansiedad o la evitación son claramente excesivos. I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por otros trastornos mentales.

DSM-5 (APA, 2013)	
Trastorno de ansiedad generalizada	A. Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolongan más de 6 meses. B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses): (1) inquietud o impaciencia, (2) fatigabilidad fácil, (3) dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, (4) irritabilidad, (5) tensión muscular, y (6) alteraciones del sueño. D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. E. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica. F. Estas perturbaciones no se explican mejor por otro trastorno mental.

Las tasas de prevalencia para la población general del trastorno por pánico en Estado Unidos y varios países europeos se sitúan en torno a un 2 y 3% en adultos y adolescentes, mientras que en la agorafobia las tasas se reducen al 1,7%.

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada la prevalencia descienden hasta un 0,9% en adolescentes y un 2,9% en los adultos de Estado Unidos, mientras que en otros países el rango se estima entre 0,4 y un 3,6% (APA, 2013). En España en concreto, en un estudio realizado por Haro et al., (2006) dos años antes de los atentados del 11-M las tasas de prevalencia para el trastorno por pánico eran de 0,6%, del 0,3% para la agorafobia y del 0,5% para el trastorno de ansiedad generalizada.

En el caso de las víctimas de atentados terroristas las tasas de trastornos de ansiedad en las víctimas se muestran más bajas que en el trastorno por estrés postraumático y en el trastorno depresivo, pero también se muestran significativas.

En este sentido, y según la revisión de García-Vera y Sanz, (2010), para el trastorno por pánico la prevalencia encontrada en los heridos fue de un 6,1% y de un 2,1% en la población general, en concreto en la población general de Madrid tras los atentado del 11 de marzo.

En el caso de la agorafobia la prevalencia variaba entre un 19,8% en los heridos y un 0,7% de una muestra de policías tras los atentados del 11-M. Por último, en el caso del trastorno de ansiedad generalizada la prevalencia encontrada fue de un 8,6% para la población general de un municipio cercano al lugar de los atentados y de un 0,9% para una muestra de policías y bomberos.

En varios estudios realizados con población general entre 1 y 3 meses después de los atentados del 11 de marzo en Madrid, se observó que un 11% padecía agorafobia y un 9% un trastorno de ansiedad generalizada. En concreto, las tasas de prevalencia del trastorno por pánico y agorafobia en los heridos (6,1% y 19,8% respectivamente) tras un atentado terrorista superan de forma considerable las tasas encontradas en la población general (2-3% y un 1,7% respectivamente). En la población general las tasas para el trastorno por pánico (2,1%) tras los atentados se mantienen similares a las de la población general no afectada por los atentados (2-3%), en cambio, las tasas para el trastorno de ansiedad generalizada en población general tras los atentados (8,6%) se muestran muy superiores a las ofrecidas en esta población antes de los atentados (0,9-3,6%).

En el caso de los policías y bomberos, tanto las tasas para la agorafobia (0,7%) como para el trastorno de ansiedad generalizada (0,9%) se muestran muy similares a las ofrecidas por la población general (1,7% y 0,9-3,6% respectivamente). Situación que contrasta con los resultados encontrados en los estudios sobre los atentados terroristas del 11-S en la ciudad de Nueva York, en los que se indica que la prevalencia del trastorno por ansiedad generalizada es mayor entre el personal de emergencias y rescate que en la población general tras los atentados (CDC, 2004. véase García-Vera y Sanz, 2010).

Tal y como se ha comentado en anteriores apartados, la prevalencia de estos trastornos tras los atentados terroristas suele reducirse con el tiempo, especialmente entre la población general y el personal de emergencia y rescate y en menor medidas en los heridos y en los familiares y amigos de víctimas mortales y heridos.

En resumen y teniendo en cuenta lo presentado en anteriores apartados, se puede concluir que, tras un atentado terrorista, un porcentaje significativo de personas afectadas por dicho suceso sufrirán algún trastorno psicopatológico; en concreto, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos depresivos o los trastornos de ansiedad son los que se presentan con mayor frecuencia. Entre las víctimas directas se estima que entre un 10% y un 30% de ellas padecerá un trastorno por estrés postraumático, entre un 13,3% y un 47,7% un trastorno depresivo, un 6,1% un trastorno por pánico, un 19,8% agorafobia y un 6,9% un trastorno de ansiedad generalizada. Todas ellas, cifras que se encuentran muy por encima de las tasas de población general no afectada por el terrorismo (García-Vera et al., 2015).

Por tanto y dado el gran número de atentados terroristas existentes en la actualidad, las miles de personas afectadas directa o indirectamente por este fenómeno y las elevadas tasas de prevalencia que presentan las víctimas en diferentes trastornos mentales, especialmente el trastorno por estrés postraumático, el trastorno depresivo y los trastornos de ansiedad, su atención en salud mental debería considerarse prioritaria.

Capítulo 5.

Eficacia y efectividad de los trastornos en víctimas del terrorismo con trastornos psicológicos

5. EFICACIA Y EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS EN VÍCTIMAS DEL TERRORISMO CON TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

5.1. Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos

En la literatura científica sobre el tratamiento de los trastornos mentales se suelen distinguir los conceptos de **eficacia** (*efficacy*) y **efectividad** (*effectiveness*) en relación con la validez de las conclusiones que se pueden extraer de los resultados de los estudios que examinan tales efectos (García-Vera y Sanz, en prensa; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Seligman, 1995). En este sentido, se habla de **estudios de eficacia** para aludir a aquellos estudios que se caracterizan por primar en sus diseños la validez interna para así poder inferir la existencia de una relación causal entre las terapias y los resultados positivos que se observen al final de las mismas (véase la tabla 5.1.). Para ello, los investigadores disponen las condiciones más óptimas y controladas posibles que les permitan detectar cualquier mínimo efecto positivo que pueda atribuirse exclusivamente al tratamiento. Esto implica, como mínimo, el que los investigadores ejerzan un control considerable sobre la selección de la muestra de participantes (utilizando, por ejemplo, criterios estrictos de inclusión y exclusión para llegar a muestras homogéneas), sobre la administración de los tratamientos (normalmente a través de la asignación aleatoria de los participantes a un grupo de tratamiento y a otro grupo de control) y sobre la forma en que dichos tratamientos se aplican (empleando, por ejemplo, terapeutas con una formación muy similar y procedentes, habitualmente, de hospitales, clínicas y laboratorios universitarios, que han sido específicamente entrenados con manuales de tratamiento, que siguen protocolos terapéuticos muy definidos en cuanto, por ejemplo, el número de sesiones y su duración, y que son evaluados en cuanto al grado de fidelidad a los protocolos y a los manuales). El ejemplo típico de un estudio de eficacia es un estudio experimental (o ensayo clínico

aleatorizado) con un grupo de control (estudio o ensayo controlado) sobre un muestra homogénea de pacientes que tiene lugar en el ambiente estructurado de los laboratorios u hospitales universitarios. Al primar la validez interna, tales estudios sacrifican en parte la validez externa y, por tanto, no está claro que los efectos positivos que se encuentran en esas condiciones ideales y controladas sean generalizables sin más a la práctica clínica habitual en la cual se interviene sobre una población mucho más heterogénea, que en parte tiene cierta capacidad para elegir el tipo de tratamiento que va a recibir, y en la cual la aplicación de los tratamientos es flexible, autocorrectiva y está a cargo de profesionales clínicos que varían en mayor medida en su grado de formación y experiencia clínica.

Tabla 5.1. Diferencias más importantes entre los estudios de eficacia y de efectividad de los tratamientos (adaptado de García-Vera y Sanz, en prensa).

Características	Estudios de eficacia	Estudios de efectividad
Objetivo	Determinar la causalidad (primar la validez interna): ¿Produce este tratamiento algún efecto positivo? → Utilizar condiciones lo más óptimas y controladas posibles que permitan detectar cualquier mínimo efecto positivo que pueda atribuirse exclusivamente al tratamiento	Determinar la utilidad clínica (primar la validez externa): ¿Tiene este tratamiento efecto en la práctica clínica? → Utilizar condiciones lo más parecidas posible a las que se dan en la práctica clínica habitual que permitan inferir que los efectos positivos del tratamiento son generalizables a dicha práctica
Pacientes	Reclutados (menos graves; se ofrecen como voluntarios para estudios)	Remitidos (más graves; algunos obligados) o que han decidido buscar ayuda activamente
	Con un único problema y específico (los pacientes con trastornos múltiples son normalmente excluidos)	Con problemas múltiples y generales
	Forman grupos homogéneos al ser seleccionados por criterios estrictos de inclusión y exclusión	Forman grupos heterogéneos; apenas hay criterios de exclusión
	Asignados aleatoriamente a las diversas condiciones de tratamiento y de control	Seleccionan más o menos libre y activamente el tipo de tratamiento que van a recibir
Terapeutas	Investigadores, profesores, becarios o doctorandos	Profesionales
	Tratan pocos casos	Tratan muchos casos (sobrecarga de casos)

Características	Estudios de eficacia	Estudios de efectividad
	Preparación especial pretratamiento en la terapia que van a aplicar	Preparación especial pretratamiento poco frecuente
Parámetros del tratamiento	Duración corta; número fijo de sesiones	Duración larga; casi ningún límite en el nº de sesiones (prácticamente hasta que el paciente mejora o abandona)
	Protocolizado, altamente estructurado (con manual de tratamiento y control de la fidelidad al mismo)	Tratamiento flexible, ajustable y autocorrectivo (sin manual de tratamiento y con menos control sobre el quehacer del terapeuta)
	Método único e inspirado en una sola orientación teórica	Métodos múltiples y teóricamente eclécticos
	Realizado en universidades u hospitales universitarios	Realizado en clínicas, hospitales y centros clínicos
Evaluación de resultados	Variables de resultado bien operativizadas, centradas en la reducción de síntomas específicos y/o en la desaparición de un trastorno clínicamente diagnosticado, y evaluadas con una batería amplia de pruebas y test específicos	Variables de resultado peor operativizadas, centradas no solo en la desaparición de síntomas/trastornos, sino también en la mejora del funcionamiento general del paciente, en su satisfacción con el tratamiento o en la relación costes-beneficios de la terapia, y evaluadas con un menor número de pruebas y tests que además suelen ser más generales
	Los evaluadores desconocen la condición a la que se asignó al paciente (estudio “ciego”)	Los evaluadores son los mismos terapeutas

Características	Estudios de eficacia	Estudios de efectividad
	Seguimientos a intervalos fijos con un batería amplia de pruebas y tests específicos	Sin apenas seguimientos
	Criterio estadístico de valoración (un cambio positivo en las variables de resultado que sea estadísticamente significativo)	Criterio clínico de valoración (un cambio positivo en las variables de resultado que sea clínicamente significativo)

A los estudios que abordan directamente la utilidad clínica de una intervención que previamente ha demostrado su eficacia al examinar sus efectos en condiciones que se asemejan a las que se encuentran en la práctica clínica habitual se les conoce como **estudios de efectividad**. La principal característica de estos últimos estudios es que dan prioridad a la validez externa y, por tanto, examinan los efectos de los tratamientos en condiciones lo más parecidas posibles a las que se dan en la práctica clínica habitual, es decir, utilizan contextos terapéuticos naturales (p. ej., centros de atención primaria, centros de salud mental, hospitales y clínicas no universitarias), profesionales clínicos que trabajan en dichos contextos, y muestras de pacientes más heterogéneas que son seleccionadas sin apenas criterios de exclusión o inclusión de entre las personas que normalmente acuden o son remitidas a dichos contextos. La efectividad o utilidad clínica viene determinada por múltiples factores, entre ellos la eficacia de la intervención, su correcta administración y sus efectos en la población más amplia que suelen representar los pacientes de los contextos clínicos aplicados, con una heterogeneidad psicosocial y biológica presumiblemente mucho mayor.

Por supuesto la distinción entre estudios de eficacia y efectividad no es absoluta y sus características se pueden concebir mejor como continuos en los cuales difieren y se pueden situar los diferentes estudios sobre los efectos de los tratamientos psicológicos, de manera que, por ejemplo, es posible valorar el grado en que un estudio en particular se puede considerar un estudio de eficacia o de efectividad. En este sentido, por ejemplo, Stewart y Chambless (2009) han propuesto unos criterios y unas valoraciones numéricas para estimar el grado de representatividad clínica de un estudio dado y que, por tanto, permiten cuantificar el grado en que un estudio en particular es un estudio de efectividad o utilidad clínica en una escala de 0 (poco representativo de las condiciones

de la práctica clínica habitual) a 9 (muy representativo de las condiciones de la práctica clínica habitual) (véase la tabla 5.2.).

Tabla 5.2. Criterios de representatividad clínica (Stewart y Chambless, 2009, p. 606; adaptado de García-Vera y Sanz, en prensa).

Criterios	Definición y codificación
Contexto clínicamente representativo	1: Contexto donde los servicios clínicos se proporcionan habitualmente en contextos no universitarios (e. g., clínicas ambulatorias de salud mental, hospitales generales, práctica privada, prisiones) en los cuales el propósito primario es la atención clínica. ½: Contexto de pacientes afiliado a un programa de investigación de la universidad, pero el propósito primario del contexto es la atención clínica 0: Contexto universitario de investigación
Remitentes clínicamente representativos	1: Los clientes remitidos inicialmente a través de las vías clínicas habituales (p. ej., remitidos por médicos) ½: Los clientes son remitidos a través de las vías clínicas habituales (p. ej., remitidos por médicos) y del reclutamiento a través de anuncios 0: Los clientes son remitidos por reclutamiento a través de anuncios
Terapeutas clínicamente representativos	1: Clínicos practicantes y experimentados con una carga regular de casos para los cuales la provisión de servicios es una parte sustancial de su trabajo. Se incluyen los terapeutas primarios en un contexto clínico (internos). 0: Terapeutas de investigación.
Estructura clínicamente representativa	1: Tratamiento que o bien tiene una estructura utilizada en la práctica clínica o bien no está estructurado de una forma detallada y uniforme de acuerdo a un manual (p. ej., terapia cognitivo-conductual general) ½: Tratamiento “basado en” o “inspirado por” un manual clínico, el cual puede utilizarse flexiblemente (p. ej., incluye procedimientos terapéuticos no incluidos en el manual, un número flexible de sesiones) 0: Manualización estricta, o tratamiento dirigido por un manual (p. ej., con un número establecido de sesiones)

Criterios	Definición y codificación
Monitorización clínicamente representativa	1: La implementación del tratamiento no fue monitorizada de ninguna manera que pudiera influir en el comportamiento del terapeuta (p. ej., sin supervisión y sin controles formales de adherencia). ½: La única monitorización fue la realización de supervisiones o el uso de resúmenes que contienen información sobre los aspectos cubiertos en la sesión (sin que se utilicen controles formales de adherencia). 0: Supervisión y controles de adherencia.
Sin entrenamiento pretratamiento	1: Los terapeutas no recibieron un entrenamiento especial inmediatamente antes del estudio en las técnicas específicas a utilizar. Los terapeutas pueden haber recibido entrenamiento en ese tratamiento en algún momento de su carrera, pero no para los propósitos del estudio en el cual participan. ½: Solo los terapeutas novatos son entrenados, y éstos representan menos del 25% de los terapeutas. 0: Entrenamiento pretratamiento; también se puntúa 0 cuando el porcentaje de los terapeutas novatos no se especifica.
Sin aleatorización	1: Los pacientes no eran parte de un ensayo aleatorizado, no cumplieron los criterios para un ensayo particular, o rehusaron la aleatorización 0: Los pacientes fueron aleatorizados a los tratamientos.
Pacientes clínicamente representativos	1: Sin criterios de exclusión aparte de psicosis, riesgo de suicidio, trastorno cerebral orgánico o dependencia de sustancias si los pacientes cumplen los criterios para el trastorno bajo estudio. 0: Criterios de exclusión distintos a los mencionados antes, incluyendo comorbilidad o medicación.
Se permite la medicación	1: Se permite la medicación. Si no hay mención específico en los criterios de exclusión, se asume que la medicación es permitida. 0: Los pacientes que toman medicación son forzados a dejar la medicación o son excluidos del estudio.

Como bien señalan García-Vera y Sanz (en prensa), en el español no técnico los términos “eficacia” y “efectividad” son sinónimos y ambos significan, según el Diccionario de la Real Academia Española, “capacidad de lograr el efecto que se desea

o se espera" (Real Academia Española, 2015), y, por tanto, cabría proponer otros términos u otras traducciones de las palabras inglesas "*efficacy*" y "*effectiveness*" que captara la distinción señalada en los párrafos anteriores para que no provocaran tanta confusión. Algunos traductores especializados como, por ejemplo, Fernando A. Navarro, prefieren traducir "*effectiveness*" como "eficacia real" y "*efficacy*" como "eficacia teórica" (Navarro, 2015, citado por García-Vera y Sanz, en prensa). Sin embargo, la dicotomía "eficacia real" y "eficacia teórica" parece implicar que esta última es meramente especulativa y derivada de una teoría, cuando en realidad se trata de una eficacia demostrada empíricamente y, por tanto, tan "real" como la "eficacia real" (García-Vera y Sanz, en prensa). Como señalan estos dos autores, en la propuesta de Fernando A. Navarro parece que ha pesado la idea de que los estudios sobre eficacia tienen que ver con la capacidad de una intervención para producir un efecto beneficioso en "condiciones ideales" de aplicación. Sin embargo, tal y como argumentan García-Vera y Sanz (en prensa), la clave del concepto de eficacia es la relación causa-efecto entre el tratamiento y sus efectos beneficiosos, esto es, la clave del concepto sería la validez interna. Precisamente para evaluar mejor la relación causa-efecto, para incrementar la validez interna de un estudio, esto es, para incrementar la validez de sus conclusiones sobre la relación causa-efecto, los estudios de eficacia se hacen en condiciones ideales de aplicación, para asegurarse de que cualquier efecto es debido exclusivamente al tratamiento y no a otros factores externos, y, por tanto, asegurarse que existe "realmente" una relación causa-efecto entre el tratamiento y sus efectos beneficiosos (García-Vera y Sanz, en prensa). De hecho, además de las condiciones ideales de aplicación se utilizan otros procedimientos para establecer "realmente" esa relación causa-efecto, es decir, para aumentar la validez interna de las conclusiones del estudio (p. ej., utilización de grupos de control que excluyan el mayor número de

amenaza a la validez interna, por lo que se prefiere un grupo de control de placebo psicológico que simplemente un grupo de control de lista de espera). En esta dirección, García-Vera y Sanz (en prensa) proponen que quizás una distinción entre "eficacia práctica" (la que se produce en la práctica clínica habitual) frente a "eficacia interna" (la que se debe al propio tratamiento, a su capacidad para causar los efectos beneficiosos") podría resumir esa idea, pero dado que dicha distinción no se ha visto en la literatura científica española y para no causar más confusión, estos autores prefieren utilizar la dicotomía "eficacia" frente a "utilidad clínica" que, además, es también muy habitual en la literatura científica en España, sobre todo en la literatura psicológica (Labrador et al., 2000). Al fin y al cabo el mayor problema con la distinción "eficacia" frente a "efectividad" viene con la utilización del uso de este segundo término como traducción del inglés "*effectiveness*", pero no con la utilización de eficacia como traducción del inglés "*efficacy*".

En este trabajo, sin embargo, se ha preferido utilizar la distinción "eficacia" y "efectividad" ya que, por un lado, está muy generalizada en la literatura científica en España. De hecho, incluso el Diccionario de términos médicos de la Real Academia Nacional de Medicina (2012) incluye esa distinción en algunas de sus acepciones de esos términos:

> «**Efectividad**. (…) 3 [ingl. *effectiveness*] s.f. Capacidad de un tratamiento para producir un efecto clínico beneficioso cuando se aplica a un enfermo o a un grupo de enfermos en las condiciones habituales de asistencia clínica. Sin.: eficacia real. Obs.: Generalmente por contraposición a "eficacia".
>
> **Eficacia**. (…) 3 [ingl. *efficacy*] s.f. Capacidad de un tratamiento para producir un efecto clínico beneficioso en condiciones ideales de

> aplicación. Sin.: eficacia teórica. Obs.: Generalmente por contraposición a "efectividad".» (Real Academia Nacional de Medicina, 2012, pp. 540 y 542)

Por otro lado, dicha distinción está cada vez más consolidada entre los psicólogos españoles (Ferro García y Vives Montero, 2004) y no es incompatible con la distinción "eficacia" frente a "utilidad clínica".

Teniendo en cuenta esta distinción, en los siguientes apartados se van a revisar los estudios empíricos realizados tanto sobre la eficacia como sobre la efectividad de los tratamientos para los trastornos mentales que pueden sufrir las víctimas adultas de atentados terroristas, utilizando para ello un trabajo al respecto que se ha publicado muy recientemente y en el que ha participado la autora de la presente tesis doctoral (García-Vera et al., 2015).

En dicho estudio se realizó una búsqueda en las bases de datos bibliográficas PsycINFO, PILOTS (Published International Literature On Traumatic Stress) y MEDLINE de los trabajos publicados entre 1970 y julio de 2014 con la siguiente combinación de palabras en el campo de búsqueda "abstract" (resumen) de dichas bases de datos: ("efficacy" o "effectiveness" o "effective" o "efficacious") y ("terrorist" o "terrorism") y ("therapy" o "treatment"). Esta búsqueda dio lugar a 293 trabajos diferentes, entre los cuales, tras revisar su contenido y excluir los estudios no empíricos, los que no incluían personas que hubieran experimentado directa o indirectamente un atentado terrorista, los que utilizaban diseños de caso único no experimentales, los que solo incluían víctimas infantiles o adolescentes y los que no incluían al menos algunas víctimas con trastornos psicológicos diagnosticables, García-Vera et al. (2015) encontraron nueve estudios empíricos sobre la eficacia o efectividad de cualquier tipo

de tratamiento con muestras de víctimas adultas del terrorismo que presentaban trastornos mentales en su totalidad o en algún porcentaje especificado de esas muestras.

Los nueve estudios empíricos encontrados por García-Vera et al. (2015) habían examinado la eficacia o efectividad de tratamientos psicológicos, en concreto, de tratamientos de corte cognitivo-conductual. En concreto, ocho de los nueve estudios habían analizado la eficacia o efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (Brewin et al., 2008; Bryant et al., 2011; Difede, Cukor et al., 2007; Difede, Malta et al., 2007; Duffy et al., 2007; García-Vera y Romero Colino, 2004; Gillespie et al., 2002; Levitt et al., 2007), mientras que el restante (Schneier et al., 2012) se centró en la eficacia de la terapia de exposición. Por tanto, no se encontró ningún estudio que hubiera analizado la eficacia o efectividad en víctimas de terrorismo de los tratamientos farmacológicos o de otros tratamientos psicológicos no cognitivo-conductuales, salvo el estudio que analizaba la terapia de exposición puesto que lo hacía en su combinación con un fármaco inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (Schneier et al., 2012). Además, todos los estudios empíricos encontrados habían tenido como objetivo terapéutico principal el tratamiento del TEPT, aunque en cinco estudios las víctimas también presentaban de manera aislada o comórbida con el TEPT otros trastornos mentales, principalmente trastornos depresivos y del estado de ánimo (Duffy et al., 2007; Gillespie et al., 2002; Schneier et al., 2012), pero también duelo complicado (Bryant et al., 2011), trastorno por estrés agudo y trastornos adaptativos (García-Vera y Romero Colino, 2004).

Ningún estudio había utilizado un diseño de caso único experimental, sino que todos los estudios habían utilizado diseños grupales, cinco de ellos intergrupales, es decir, con un grupo de tratamiento y un grupo de control o comparación (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor et al., 2007; Difede, Malta et al., 2007; Duffy et al., 2007; Schneier

et al., 2012), y cuatro intragrupales, es decir, con un solo grupo y, en concreto, con un diseño pre-postratamiento (Brewin et al., 2008; García-Vera y Romero Colino, 2004; Gillespie et al., 2002; Levitt et al., 2007). De los cinco estudios intergrupales, cuatro habían utilizado un diseño experimental, es decir, con asignación aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento y de control o comparación (Bryant et al., 2011; Difede, Malta et al., 2007; Duffy et al., 2007; Schneier et al., 2012), y uno un diseño cuasiexperimental con asignación no aleatoria (Difede, Cukor et al., 2007). Por otro lado, en dos de los cinco estudios intergrupales el grupo de control o comparación había sido de lista de espera (Duffy et al., 2007; Difede, Cukor et al., 2007), en otros dos de tratamiento habitual (Bryant et al., 2011; Difede, Malta et al., 2007) y en el restante de exposición prolongada en combinación con un placebo farmacológico (Schneier et al., 2012). Dado el tipo de diseño de investigación utilizado, la naturaleza de los grupos de control o comparación y el resto de características de los estudios, los cinco estudios con diseños intergrupales fueron considerados estudios de eficacia, mientras que los cuatro estudios con diseño intragrupal pre-postratamiento fueron considerados estudios de efectividad (García-Vera et al., 2015).

5.2. Revisión de los estudios de eficacia de los tratamientos en víctimas del terrorismo con trastorno por estrés postraumático (TEPT)

De los cinco estudios de eficacia que se recogen en la revisión de García-Vera et al. (2015), cuatro abordaron específicamente la eficacia del tratamiento psicológico para el TEPT en víctimas del terrorismo al comparar dicho tratamiento con una condición de control de lista de espera o de tratamiento habitual (véase la tabla 5.3). El primer estudio fue llevado a cabo por Duffy et al. (2007) con un diseño experimental y con una muestra de 59 pacientes que incluía personas heridas en actos terroristas y otros

conflictos civiles en Irlanda del Norte (Reino Unido) así como personas que habían experimentado tales acontecimientos, pero no habían sido heridas en el mismo (testigos directos), y testigos indirectos de esas situaciones traumáticas, todos ellos con un diagnóstico de TEPT crónico. Los autores asignaron aleatoriamente estos pacientes bien a un grupo que recibió terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma siguiendo el modelo cognitivo de Ehlers y Clark (2000) sobre el TEPT persistente, o bien a un grupo de control de lista de espera que, al finalizar la evaluación postratamiento, también recibió dicha terapia.

El modelo de Ehlers y Clark (2000) propone que la persistencia del estrés postraumático viene determinada por el procesamiento de la situación traumática de una manera que conduce a un sentimiento de amenaza grave y actual, sentimiento que sería la consecuencia de tres factores: (a) una valoración excesivamente negativa de la situación traumática o de sus secuelas; (b) una alteración de la memoria autobiográfica caracterizada por una elaboración y contextualización pobres, una memoria asociativa fuerte y una anticipación (*priming*) perceptual igualmente fuerte, y (c) la utilización de estrategias conductuales y cognitivas disfuncionales que impiden modificar las valoraciones negativas o el recuerdo del trauma. La terapia basada en este modelo es fundamentalmente cognitiva, pues sus objetivos finales, en consonancia con los supuestos del modelo, son: (1) elaborar e integrar el recuerdo traumático dentro del contexto de la experiencia del individuo para así reducir su reexperimentación intrusiva; (2) modificar las valoraciones negativas de la situación traumática o de sus secuelas, y (3) abandonar las estrategias cognitivas y conductuales (p. ej., la evitación de situaciones o pensamientos) que impiden la elaboración del recuerdo, exacerban los síntomas o entorpecen la reevaluación de las valoraciones negativas (Gillespie et al., 2002). Para ello, utiliza distintas estrategias cognitivas con el fin de suscitar y reevaluar

las valoraciones negativas y las actitudes disfuncionales de los pacientes, especialmente estrategias de reestructuración cognitiva basadas en el diseño de experimentos conductuales en los que los pacientes ponen a prueba tanto sus valoraciones negativas sobre el trauma y sus consecuencias como sus creencias sobre la utilidad de sus estrategias disfuncionales. Pero, como es habitual en las terapias cognitivo-conductuales para el TEPT, el tratamiento aplicado por Duffy et al. (2007) también utilizó de manera intensiva para conseguir los objetivos anteriormente mencionados, la exposición en imaginación (visualizar el atentado y revivirlo en presente incluyendo pensamientos y sentimientos) e, incluso, cuando se creyó necesario, la exposición en vivo (exposición directa a las situaciones y estímulos reales asociados con el atentado), por lo que podría conceptualizarse mejor como una terapia cognitivo-conductual que puramente cognitiva.

Los resultados del estudio de Duffy et al. (2007) confirmaron la eficacia de este tipo de terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de las víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, ya que, en el postratamiento, los pacientes del grupo que recibió dicha terapia mejoraron de forma estadísticamente significativa en comparación con los pacientes del grupo de control de lista de espera, mostrando cambios pre-postratamiento de tamaño grande (es decir, con un tamaño del efecto intragrupo > 0,80) en prácticamente todas las medidas de sintomatología y disfuncionalidad aplicadas, incluyendo una medida de síntomas de estrés postraumático: la Escala para el Diagnóstico del Estrés Postraumático (PDS; Foa, Cashman, Jaycox y Perry, 1997). Es más, esos cambios se mantuvieron en el grupo de tratamiento en los seguimientos realizados al mes, a los 4 meses y al año (véase la tabla 5.3.).

De hecho, teniendo en cuenta los resultados de ambos grupos de pacientes una vez que el grupo de control también había recibido la terapia cognitivo conductual

focalizada en el trauma, y definiendo la mejoría clínicamente significativa como una reducción de al menos un 50% de la sintomatología de estrés postraumático evaluada en el pretratamiento con la PDS, se podría estimar que el 56,1% de los pacientes presentaban una mejoría clínicamente significativa tras dicha terapia.

En línea con estos resultados, un segundo estudio realizado por Difede, Malta et al. (2007), también con diseño experimental, corroboró la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para el caso específico del personal de emergencias y rescate en desastres que trabajó en los atentados terroristas del 11-S en el *World Trade Center* y sufrían un TEPT diagnosticable o niveles altos de sintomatología de estrés postraumático (véase la tabla 5.3.). En este estudio, la terapia cognitivo-conductual que recibieron los 15 pacientes asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento incluía entrenamiento en respiración, reprocesamiento cognitivo, exposición en imaginación y exposición gradual en vivo, con un énfasis en particular en estos dos últimos componentes. Por su parte, los 16 pacientes asignados aleatoriamente al grupo de control recibieron la intervención habitual para este tipo de trabajadores que, en este caso, consistió en proporcionarles información sobre los resultados de la evaluación psicológica pretratamiento, aconsejarles que buscaran tratamiento para el TEPT y remitirles a los profesionales adecuados para que les ayudaran a obtener dicho tratamiento a través de los recursos de la comunidad, aunque, durante el curso del estudio, ninguno de dichos pacientes buscó tal tratamiento.

Aunque en el postratamiento los pacientes que recibieron terapia cognitivo-conductual mostraban niveles más bajos de sintomatología de estrés postraumático que los pacientes del grupo de control, dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas cuando se tuvieron en cuenta los datos de todos los pacientes que iniciaron el estudio, tanto los que completaron el tratamiento como los que abandonaron

prematuramente el estudio. Sin embargo, cuando solo se consideraron los datos de los pacientes que completaron el tratamiento, los resultados sí indicaban que los pacientes que recibieron la terapia cognitivo-conductual mostraban, de una forma estadísticamente significativa, niveles más bajos de síntomas de estrés postraumático que los pacientes del grupo de control en dos medidas estandarizadas de TEPT, siendo las diferencias entre ambos grupos en tales medidas de una magnitud muy por encima del valor considerado convencionalmente como un tamaño del efecto grande (TE > 0,80; véase la tabla 5.3.). Es más, considerando como mejoría clínicamente significativa una reducción de 10 puntos en la Escala de PTSD Administrada por el Clínico (CAPS; Blake et al., 1995), el 71,4% de los pacientes que completaron la terapia cognitivo-conductual mejoraron de forma clínicamente significativa frente a tan solo el 28,6% de los pacientes del grupo de control (véase la tabla 5.3).

Los dos estudios anteriores, como el resto de estudios que se recogen en las tablas 5.3. y 5.4 (salvo el que se menciona a continuación), fueron realizados con víctimas de atentados terroristas perpetrados en países desarrollados (Reino Unido, EE. UU. y España), lo cual, tal y como se comentó en un epígrafe anterior, es habitual en la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas del terrorismo. Sin embargo, un tercer estudio específico sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma ha demostrado que dicha eficacia también es evidente en víctimas de un país no desarrollado y que se encuentra entre los diez países del mundo con más atentados terroristas: Tailandia (NCTC, 2012a; START, 2013, 2014). Utilizando un diseño experimental, Bryant et al. (2011) asignaron a 28 víctimas directamente expuestas a los atentados terroristas ocurridos en el sur de Tailandia entre 2004 y 2009 y que presentaban un diagnóstico primario de TEPT, o bien a un grupo de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma o bien a un grupo de tratamiento habitual (véase la

tabla 5.3). La terapia se desarrolló durante 8 sesiones semanales e incluía psicoeducación, entrenamiento en relajación (mediante técnicas de relajación muscular progresiva y control de la respiración, pero también técnicas de meditación Thai), exposición en imaginación y en vivo, estrategias de reestructuración cognitiva (identificación de pensamientos poco realistas y catastróficos, cuestionamiento socrático, razonamientos probabilístico y pensamiento basado en pruebas), mientras que el tratamiento habitual también se desarrolló durante 8 sesiones semanales y consistía en consejo ofrecido por psiquiatras no entrenados en terapia cognitivo-conductual. Tanto en el postratamiento como en un seguimiento realizado a los 3 meses, Bryant et al. (2011) encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de terapia cognitivo-conductual y el grupo de tratamiento habitual en diferentes medidas de estrés postraumático, depresión y duelo patológico, todas ellas favorables al grupo de terapia cognitivo-conductual y con tamaños del efecto que oscilaban, en el caso de la sintomatología de estrés postraumático, entre 0,96 al postratamiento y 0,62 en el seguimiento a los 3 meses (véase la tabla 5.3). Además, tras definir la mejoría clínicamente significativa por la presencia simultánea de una puntuación menor de 19 en la CAPS y menor de 10 en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), un análisis teniendo en cuenta todos los pacientes que iniciaron la terapia cognitivo-conductual o el tratamiento habitual (análisis de intención de tratar) reveló que entre los primeros, un 75% habían mejorado clínicamente, mientras que solo un 33% lo habían hecho entre los que recibieron el tratamiento habitual, una diferencia que fue estadísticamente significativa.

Un cuarto estudio, aunque no experimental (sin aleatorización de los pacientes a los grupos), demostró que la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma también es evidente cuando la técnica de exposición se realiza mediante realidad

virtual en lugar de en imaginación o en vivo (Difede, Cukor et al., 2007). En este estudio se comparó, en una muestra de voluntarios y profesionales que trabajaron en el auxilio y rescate de los atentados del 11-S y que tenían un diagnóstico de TEPT, la eficacia de la terapia cognitivo-conductual con exposición mediante realidad virtual frente a un grupo de control de lista de espera (véase la tabla 5.3). Sus resultados, aunque no concluyentes por las razones que se mencionan más adelante, son ciertamente prometedores, puesto que los pacientes que completaron la terapia cognitivo-conductual con exposición mediante realidad virtual mostraron en el postratamiento niveles significativamente más bajos de sintomatología de estrés postraumático que los pacientes en lista de espera. Es más, considerando como mejoría clínicamente significativa una reducción de 10 puntos en la CAPS, el 90% de los pacientes que completaron la terapia mejoraron de forma clínicamente significativa en el postratamiento y, además, los beneficios terapéuticos se mantuvieron en el seguimiento realizado a los 6 meses con una reducción media de aproximadamente 35 puntos en el CAPS del pretratamiento al seguimiento, reducción que fue estadísticamente significativa (véase la tabla 5.3).

Aunque las conclusiones que se puedan extraer de este estudio deben tomarse con cautela dada la naturaleza cuasi-experimental de su diseño, el pequeño número de pacientes que finalmente completaron el tratamiento (n = 10) y la ausencia de información sobre los resultados del conjunto de pacientes que iniciaron la terapia (no solo de los que completaron la misma), sus resultados son ciertamente satisfactorios y ofrecen una alternativa terapéutica muy esperanzadora sobre todo para aquellos pacientes que tienen dificultades para implicarse emocionalmente en la exposición en imaginación y para los cuales, pues, este tipo de exposición podría no ser eficaz. En este sentido, Difede, Cukor et al. (2007) señalaban que 5 de los pacientes que habían

formado parte del grupo de tratamiento en su estudio, no habían conseguido mejorar previamente con terapia de exposición en imaginación, posiblemente por las dificultades en implicarse emocionalmente en la exposición, dado que habían informado de puntuaciones de cero en la escala de unidades subjetivas de ansiedad (USA) en varias sesiones de exposición en imaginación. En cambio, tras recibir la terapia cognitivo-conductual con exposición mediante realidad virtual, 3 de esos pacientes habían mostrado, tras la terapia, una reducción de al menos 25% en su puntuación en el CAPS respecto a su puntuación pretratamiento, mientras que los 2 restantes pacientes habían mostraron una reducción de más del 50%.

Finalmente, el quinto estudio de eficacia que se recoge en la tabla 5.3 no examinó específicamente la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, sino la eficacia de la combinación de esta terapia, en concreto, de la terapia de exposición, con un fármaco antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina, para así evaluar si la adición de ese fármaco mejora la eficacia de la terapia de exposición aplicada en solitario. Para ello, Schneier et al. (2012) asignaron 37 víctimas de los atentados del 11-S en Nueva York que tenían un diagnóstico de TEPT y presentaban síntomas moderados y continuados de estrés postraumático (una puntuación en la CAPS $\geq$ 45 durante al menos 3 meses) a un grupo de terapia de exposición prolongada en combinación con paroxetina o a un grupo control que recibió la misma terapia de exposición prolongada, pero en combinación con un placebo farmacéutico. La terapia de exposición prolongada implicaba la exposición guiada a recuerdos y situaciones traumáticas siguiendo los procedimientos de Foa y Rothbaum (1998) y se llevó a cabo durante 10 semanas, a razón de una sesión de terapia semanal de 90 minutos de duración. Al finalizar sus respectivos tratamientos, a todos los pacientes que los completaron se les ofreció continuar 3 meses más con un tratamiento de mantenimiento

consistente en seguir con el fármaco que estaban tomando (paroxetina o placebo). En el postratamiento, al analizar solo los datos de los pacientes que completaron el tratamiento, se encontraron diferencias intergrupos significativas que favorecían a la combinación con paroxetina en la CAPS y en una media de calidad de vida, pero no en la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (HDRS). Además, según un análisis de intención de tratar, la remisión del TEPT en el postratamiento, definida por la presencia de una puntuación igual o menor de 20 en la CAPS y una puntuación igual a 1 ("ha mejorado muchísimo") en una escala de impresiones globales clínicas de cambio, fue significativamente mayor en el grupo de tratamiento combinado con paroxetina que en el grupo de tratamiento combinado con placebo (42,1% frente a 16,7%, respectivamente), aunque dicha diferencia desapareció en el seguimiento a los 3 meses, tras finalizar el tratamiento de mantenimiento (38% frente a 31%, respectivamente), y, así mismo, en dicho seguimiento, desaparecieron las diferencias entre grupos en la CAPS y en la medida de calidad de vida.

Combinando los resultados de los cinco estudios mencionados, se puede estimar el grado de eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el TEPT en víctimas de atentados terroristas en términos del porcentaje de pacientes que en el postratamiento presentan una mejoría clínicamente significativa calculando la media de dichos porcentajes en cada estudio ponderada por el número de pacientes de los mismos. Estos datos se recogen en la tabla 5.5 y a partir de ellos se puede estimar, con la limitación en mente de que las definiciones de mejoría clínicamente significativa no son las mismas en cada estudio (véase la tabla 5.3), que tras recibir terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma o de exposición prolongada, casi el 51% de las víctimas de atentados terroristas que sufren TEPT mejoran.

Combinando de forma parecida los resultados de los cinco estudios de eficacia, también se puede estimar la tasa de abandono terapéutico en las víctimas de atentados terroristas que sufren TEPT y reciben terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma o de exposición prolongada, de manera que, como se recoge en la tabla 5.5, se podría estimar que casi el 24% de los pacientes abandonan la terapia cognitivo-conductual.

5.3. Revisión de los estudios de efectividad de los tratamientos en víctimas del terrorismo con TEPT

En la tabla 5.4 se presentan las características y resultados principales de los cuatro estudios sobre el tratamiento del TEPT en víctimas del terrorismo que reúnen muchas de las características de los estudios de efectividad o utilidad clínica. De hecho, utilizando los criterios y las puntuaciones de representatividad clínica de Stewart y Chambless (2009; véase la tabla 5.2.), se valoraron cada uno de esos estudios en una escala de 0 a 9 y se obtuvieron puntuaciones de 6 (Levitt et al., 2007), 7,5 (Gillespie et al., 2002) y 8 (Brewin et al., 2008; García-Vera y Romero Colino, 2004), todas ellas por encima de la puntuación media teórica de la escala (4,5) e indicando que esos estudios representaban de forma moderada o alta la práctica clínica habitual.

Los cuatro estudios de efectividad analizaron los resultados de la administración de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para el TEPT con muestras heterogéneas de víctimas directas e indirectas de atentados terroristas. En dos de ellos se analizó la utilidad clínica de dos terapias cognitivo-conductuales centradas en el trauma específicas. En concreto, en el estudio de Gillespie et al. (2002) se examinó, con una muestra de víctimas del coche bomba que explotó en Omagh (Irlanda del Norte), la efectividad de la terapia cognitivo-conductual desarrollada a partir del modelo cognitivo

de Ehlers y Clark (2000) y analizada, en cuanto a su eficacia con víctimas de terrorismo, en el estudio experimental ya citado de Duffy et al. (2007), mientras que en el estudio de Levitt et al. (2007) se examinó, con víctimas directas e indirectas de los atentados terroristas del 11-S en el *World Trade Center*, la utilidad clínica de la terapia cognitivo-conductual denominada "Entrenamiento de habilidades en regulación afectiva e interpersonal/exposición prolongada modificada" o STAIR (*Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation/Modified Prolonged Exposure*) y cuya eficacia, en relación con el TEPT derivado de abusos durante la infancia, había sido demostrada previamente en un ensayo clínico aleatorizado controlado llevado a cabo por Cloitre, Koenen, Cohen y Han (2002).

En los dos estudios restantes no se analizaron los resultados de terapias cognitivo-conductuales específicas, pero en ambos se aplicaron con todos los pacientes, programas que incluían los componentes básicos de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. Así, en el estudio de García-Vera y Romero Colino (2004) con víctimas directas e indirectas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid, los pacientes recibieron una terapia que incluía entrenamiento en respiración diafragmática, técnicas de distracción y parada del pensamiento, entrenamiento en autoafirmaciones, reestructuración cognitiva y exposición en imaginación y en vivo a los recuerdos y estímulos asociados a los atentados terroristas del 11-M, mientras que en el estudio de Brewin et al. (2008) con víctimas directas de las bombas que explotaron el 7 de julio de 2005 en el sistema de transporte de Londres, el 80% de los pacientes recibieron una terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma que incluía terapia cognitiva junto a exposición en imaginación y en vivo a los recuerdos y a los estímulos relacionados con las explosiones.

En general, los resultados de los cuatro estudios fueron positivos (véase la tabla 5.4), con tasas de mejoría clínicamente significativa para el TEPT según un análisis de intención de tratar del 66,7% (García-Vera y Romero Colino, 2004), 62,6% (Gillespie et al., 2002) y 61,3% (Brewin et al., 2008), tasas que, con las precauciones debidas a la distintas definiciones de mejoría utilizadas, son similares, sino mejores, a las encontradas en los estudios revisados en el epígrafe anterior sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (tasa media de 62,2% frente a 50,9%, respectivamente; véase la tabla 5.5). Igualmente, los resultados terapéuticos en términos de la magnitud de las diferencias pre-postratamiento en las medidas de sintomatología de estrés postraumático fueron, en general, similares a los encontrados en los estudios de eficacia (véase la tabla 5.3). Curiosamente, sin embargo, las tasas de abandono del tratamiento para los pacientes con TEPT fueron, como media, ligeramente menores en los estudios de efectividad que en los estudios de eficacia (15,2% frente a 23,5%, respectivamente; véase la tabla 5.5).

5.4. Revisión de los estudios de eficacia y efectividad de los tratamientos en víctimas del terrorismo con otros trastornos mentales distintos del TEPT

En la revisión de García-Vera et al. (2015) no se pudo encontrar ningún estudio publicado hasta 2014, experimental o cuasi-experimental, que hubiera puesto a prueba la eficacia o efectividad de los tratamientos psicológicos aplicados específicamente a víctimas directas o indirectas de atentados terroristas que sufran de otros trastornos mentales distintos del TEPT. Como se comentaba en el capítulo 4, tras un atentado terrorista es frecuente la aparición del trastorno depresivo mayor, la agorafobia, el trastorno por pánico y el trastorno de ansiedad generalizada y, para todos estos trastornos, existen hoy en día un buen número de terapias, fundamentalmente cognitivo-

conductuales, que han mostrado su eficacia y efectividad en muestras de pacientes extraídas de hospitales, centros de salud mental o centros de atención primaria y que no han sufrido, necesariamente, ni ataques terroristas ni ningún otro tipo de situación traumática (NICE, 2007a,b; Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez, 2003).

Esta es claramente una laguna de la investigación actual sobre el tratamiento de las consecuencias psicopatológicas del terrorismo, puesto que, como se mostraba en un epígrafe anterior, el número de afectados por otros trastornos mentales distintos al TEPT es ciertamente significativo. Es más, es muy frecuente la presencia de comorbilidad entre las víctimas de atentados terroristas, y, en particular, entre las víctimas que buscan o reciben ayuda psicológica. Especialmente, es muy frecuente la presencia simultánea de TEPT y trastorno depresivo mayor, o de TEPT y otros trastornos de ansiedad o de abuso/dependencia de alcohol o sustancias. Así, por ejemplo, entre las víctimas de terrorismo con TEPT crónico del estudio de Gillespie et al. (2002), se encontró que un 54% padecía simultáneamente otro trastorno clínico del eje I, fundamentalmente trastorno depresivo mayor (47,3%), mientras que en el estudio de Duffy et al. (2007), un 63,8% de los pacientes con TEPT crónico padecía además trastorno depresivo mayor y en el de Schneier et al. (2012) un 65,8% de los pacientes con TEPT sufrían además trastornos del estado de ánimo (véanse las tablas 5.3 y 5.4).

En el estado actual de la investigación, el tratamiento de elección que se debe administrar a las víctimas de atentados terroristas que presentan otros trastornos psicológicos distintos a TEPT sería la terapia o terapias que gozan de mayor aval empírico para tratar dichos trastornos en otros tipos de poblaciones psicopatológicas. De hecho, esta es la estrategia que se ha seguido en los estudios recogidos en las tablas 5.3 y 5.4 para abordar la presencia de otros trastornos en las víctimas (García-Vera y

Romero Colino, 2004) o la presencia de trastornos comórbidos en las víctimas con TEPT (Brewin et al., 2008; Duffy et al., 2007; Gillespie et al., 2002). Por ejemplo, Duffy et al. (2007) utilizaron técnicas de activación conductual en las primeras sesiones de la terapia cuando los niveles iniciales de depresión interferían con el procesamiento del trauma (en su muestra de víctimas, aproximadamente un 64% presentaba comórbidamente TEPT y trastorno depresivo mayor), mientras que García-Vera y Romero Colino (2004) aplicaron técnicas de programación gradual de actividades y de planificación de actividades agradables en las víctimas que presentaban síntomas depresivos relevantes (en su muestra de víctimas, un 10% presentaba trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, otro 2,5% trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, otro 2,5% trastorno depresivo mayor y otro 15% duelo). Todas estas técnicas forman parte de las terapias conductuales y cognitivo-conductuales cuya eficacia está respaldada por la literatura empírica (NICE, 2007a; Pérez y García, 2003).

Aunque no es posible un análisis específico del papel de dichas técnicas en la eficacia de las terapias ni en la eficacia diferencial en las víctimas que presentaban otros trastornos u otros trastornos comórbidos al TEPT, de los datos que se recogen en la tablas 5.3 y 5.4 se podría concluir que las terapias cognitivo-conductuales centradas en el trauma que incluyeron, en algunos casos, esas técnicas antidepresivas tuvieron efectos positivos tanto en las víctimas que presentaban trastornos depresivos (aproximadamente 92% de los pacientes con trastornos del espectro depresivo se recuperaron en García-Vera y Romero Colino, 2004) como en las víctimas que mostraban comorbilidad (en Brewin et al., 2008, el 79% de todas las víctimas mejoraron de forma clínicamente significativa en función de sus puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck (BDI)), mientras que en Duffy et al., 2007, se alcanzó una reducción

media pre-postratamiento de alrededor de una desviación típica (tamaño del efecto = 1,05) en cuanto a la sintomatología depresiva medida por el BDI.

5.5. Conclusiones sobre la eficacia y efectividad de los tratamientos en víctimas del terrorismo con trastornos psicológicos

Como se ha podido demostrar a lo largo de esta tesis doctoral y por las revisiones realizadas sobre la eficacia y efectividad de las intervenciones para los trastornos mentales que pueden presentar las víctimas de atentados terroristas, el TEPT es el trastorno mental más frecuente tras la experiencia de un acontecimiento traumático, incluyendo un atentado terrorista, y por ello, la mayoría de las investigaciones se han centrado en el abordaje de dicho trastorno.

Hasta hace apenas 12 años, no había prácticamente ningún estudio empírico publicado sobre el tratamiento específico del TEPT derivado de actos terroristas, por lo que las recomendaciones sobre qué tratamientos se debían aplicar con las víctimas de terrorismo se basaban en la literatura sobre la eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para el TEPT en personas que habían experimentado otros tipos de acontecimientos traumáticos, incluyendo veteranos de guerra, víctimas de violencia física o de violación, refugiados o supervivientes de accidentes de tráfico.

Afortunadamente, esta literatura empírica es muy numerosa y ha permitido realizar numerosas revisiones metaanalíticas (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2007, 2013; Bisson y Andrew, 2007; Bisson et al., 2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra y Westen, 2005; *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), 2005) y narrativas (Cloitre, 2009; *Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, 2007) de estudios experimentales con grupo de control que ofrecen conclusiones sólidas sobre los tratamientos que gozan de

mayor aval empírico en cuanto a su eficacia para el TEPT y la base de estas conclusiones ha permitido que distintas sociedades científicas y paneles de consenso de expertos hayan elaborado guías de práctica clínica que son bastante coincidentes en sus recomendaciones terapéuticas respecto a los tratamientos psicológicos para el TEPT (*American Psychiatric Association*, 2004; *Australian Centre for Posttraumatic Mental Health*, 2007, 2013; *Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, 2007; NICE, 2005; NIMH, 2002).

En concreto, según esa literatura empírica y esas guías de tratamiento y de práctica clínica, los tratamientos con mayor aval empírico son actualmente: las terapias de exposición, las terapias cognitivo-conductuales centradas en el trauma (y que incluyen técnicas de reestructuración cognitiva junto con técnicas de exposición), el entrenamiento en control de la ansiedad (o entrenamiento en inoculación de estrés) y la terapia de reprocesamiento y desensibilización mediante movimientos oculares (EMDR), aunque en relación con esta última terapia hay cierta polémica respecto a si su eficacia se debe fundamentalmente a los componentes de exposición y de reestructuración cognitiva que incluye, mientras que los otros componentes no estrictamente cognitivo-conductuales de la terapia, incluyendo el movimiento de ojos, serían innecesarios (*Australian Centre for Posttraumatic Mental Health*, 2007; Lohr, Hooke, Gist y Tolin, 2004).

Es más, la mayoría de esas guías de tratamiento y para la práctica clínica sugieren que, sobre la base de los conocimientos científicos actuales, tales terapias psicológicas deben considerarse los tratamientos de elección para el TEPT (*Australian Centre for Posttraumatic Mental Health*, 2007, 2013; *Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, 2007; NICE, 2005; NIMH, 2002), por

encima de otras terapias psicológicas con cierta popularidad (p. ej., el *debriefing* psicológico) o de las terapias psicofarmacológicas.

Los resultados de esta revisión indican que de esas terapias de elección para el TEPT, tan solo la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y la terapia de exposición han sido objeto de estudio empírico en cuanto a su eficacia en víctimas de atentados terroristas, y de ellas la primera es con diferencia la más analizada (cuatro estudios de eficacia, incluyendo tres experimentales) y, además, con resultados positivos consistentes. Por el contrario, la terapia de exposición tan solo ha sido objeto de un único estudio de eficacia (Schneier et al., 2012) y, además, con resultados inferiores a los encontrados para la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. Por ejemplo, en el postratamiento, tan solo el 17% de las víctimas con TEPT que habían recibido terapia de exposición con un fármaco placebo mejoraron clínicamente, porcentaje que se elevaba al 42% cuando dicha terapia se combinaba con paroxetina, pero que aun así era inferior a las tasas de mejoría clínica que se encontraron entre los pacientes con TEPT que habían recibido terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y que oscilaban entre 33% y 69%, con una media de 57,4%.

En resumen, los resultados de la presente revisión sugieren no solo que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz para el tratamiento de las víctimas de terrorismo que sufren de TEPT, sino que sería la alternativa terapéutica de elección mientas no se publiquen más estudios y con resultados más favorables sobre la eficacia de la terapia de exposición, mientras no existan estudios sobre la eficacia específica en víctimas de terrorismo de las otras terapias psicológicas que sí se han mostrado eficaces para el TEPT derivado de otros acontecimientos traumáticos (entrenamiento en control de la ansiedad y EMDR), y, por supuesto, por encima de otras terapias psicológicas o psicofarmacológicas que no solo nunca han sido puestas a prueba con víctimas de

terrorismo, sino que carecen del adecuado apoyo empírico en cuanto a su eficacia para el TEPT producido por otras situaciones traumáticas.

Además, los resultados de los cuatro estudios de efectividad realizados hasta la fecha permiten concluir que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma no solo es eficaz, sino también es clínicamente útil en la práctica psicoterapéutica habitual para el tratamiento de las víctimas de terrorismo que sufren TEPT y, además, que sus resultados en dicha práctica son similares, sino mejores, a los encontrados en los estudios de eficacia. Estos datos corroborarían la recomendación de utilizar la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma como tratamiento de primera elección para las víctimas del terrorismo con TEPT, máxime cuando no se conoce ningún estudio publicado hasta la fecha sobre la utilidad clínica de otros tipos de tratamientos psicológicos, incluyendo la terapia de exposición y los otros tratamientos que sí han mostrado su eficacia y utilidad clínica con víctimas de otros tipos de acontecimientos traumáticos.

Por otro lado, en su utilización con víctimas de atentados terroristas que padecen TEPT, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma presenta tasas de abandono terapéutico en los estudios de eficacia que oscilan aproximadamente entre 0% y 53%, con una media de 22,7%. Aunque la reducción de esas tasas de abandono es un reto que debería abordar la investigación futura, su magnitud media es ligeramente inferior a la que se ha encontrado en víctimas de terrorismo con la terapia de exposición prolongada (27,8%) y es además muy similar a la tasa habitual de abandonos que se encuentra en los estudios sobre terapia psicológica del TEPT en todo tipo de víctimas, la cual, en el metaanálisis de Bradley et al. (2005), se estimaba en un 21,1%. Estos datos, unidos al hecho de que los estudios de efectividad indican que las tasas de abandono de la terapia cognitivo-conductual en la práctica clínica habitual con víctimas del terrorismo (entre

4% y 30%, con una media de 15,2%) son incluso inferiores a las encontradas en los estudios de eficacia, también apoyarían la conclusión de que dicha terapia es, por ahora, el tratamiento de primera elección en víctimas de terrorismo que sufren TEPT.

No obstante, las conclusiones anteriores deberían tomarse con ciertas cautelas dado el todavía pequeño número de estudios realizados sobre el tratamiento del TEPT en víctimas de atentados terroristas: únicamente nueve. En particular, se deberían tomar con cautela las conclusiones sobre la eficacia de la terapia de exposición, puesto que tan solo se basan en un único estudio que, por otro lado, presenta unos resultados en parte sorprendentes. En concreto, sorprende que la utilización de la terapia de exposición prolongada con un placebo farmacológico tan solo alcanzara una tasa de mejoría clínica del 17%, la cual es muy inferior a las obtenidas con la aplicación en solitario de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (media de 57,4%), máxime cuando uno de los componentes terapéuticos esenciales de este último tipo de terapia es la exposición. Esta discrepancia recuerda a la encontrada en el campo del abandono del tabaco, en el cual las tasas de abstinencia que se obtienen con grupos de control que combinan terapia cognitivo-conductual con parches de placebo en los estudios farmacológicos que analizan la eficacia de añadir parches de nicotina a la terapia cognitivo-conductual son notablemente inferiores a las que se consiguen con la aplicación en solitario de la terapia cognitivo-conductual en los estudios psicológicos que analizan la eficacia dicha terapia (García-Vera y Sanz, 2006). Esta discrepancia, al igual que aquella, podría explicarse suponiendo que en algunos casos el parche de placebo o el placebo farmacológico no serían inocuos en su relación con la terapia cognitivo-conductual, sino que socavarían sus efectos, pero también podría explicarse en términos de una infraestimación de la verdadera eficacia de la terapia cognitivo-conductual en los estudios en los que se la utiliza conjuntamente con parches de placebo

o con placebos farmacológicos. Estos últimos estudios suelen ser estudios farmacológicos, publicados principalmente en revistas médicas y farmacológicas, y cuyo objetivo principal es evaluar la eficacia de añadir el parche de nicotina o la paroxetina a la terapia cognitivo-conductual y, por tanto, es razonable suponer que la terapia cognitivo-conductual no siempre se aplique de la forma más correcta, con las técnicas más eficaces y el formato más adecuado, y que la publicación del artículo en una revista médico-farmacológica no dependa de lo bien o mal que se haya aplicado la terapia cognitivo-conductual, sino de si el parche de nicotina o la paroxetina aumentan su eficacia (García-Vera y Sanz, 2006). No obstante, argumentos parecidos se podrían plantear en relación con los estudios de eficacia de la terapia cognitivo-conductual en solitario y la posible existencia en ellos de una sobrestimación de su eficacia (estudios psicológicos cuyo objetivo principal es comprobar las bondades de la terapia cognitivo-conductual y que suelen publicarse en revistas psicológicas, por lo que podría existir un sesgo hacia la publicación de estudios en los que esa terapia mostrara resultados significativos y potentes; García-Vera y Sanz, 2006). Hasta que la investigación empírica futura no aclare cuál o cuáles de estas explicaciones, no mutuamente excluyentes, pueden dar cuenta de esas discrepancias, sería importante realizar nuevos estudios sobre la eficacia de la terapia de exposición en solitario en el tratamiento de las víctimas de atentados terroristas con TEPT, antes de relegarla como opción terapéutica para ese tipo de población. De hecho, sobre la base de la literatura sobre TEPT debido a otras situaciones traumáticas, cabría esperar que la investigación experimental futura confirmara que alguno de los otros tratamientos psicológicos, sino todos, que han demostrado ser eficaces para las víctimas de esas otras situaciones, también lo serán para las víctimas del terrorismo.

Así mismo, la investigación futura debe ocuparse del desarrollo y puesta a prueba de terapias específicas para los otros trastornos mentales que pueden presentar las víctimas del terrorismo de forma aislada o comórbida con el TEPT (p. ej., trastornos depresivos, agorafobia, trastorno de angustia), ya que actualmente no hay estudios publicados que hayan examinado de manera específica la eficacia o efectividad de ningún tipo de intervención psicológica o farmacológica para dichos trastornos en víctimas de atentados terroristas. Por consiguiente, las recomendaciones para su abordaje se deben basar en los datos de eficacia y utilidad clínica que muestran diversos tratamientos psicológicos en su aplicación con otros tipos de pacientes psicopatológicos que no han sufrido, necesariamente, ni ataques terroristas ni ningún otro tipo de situación traumática. En este sentido apuntan los datos indirectos de algunos estudios con víctimas de terrorismo que sugieren que técnicas con aval empírico para la depresión en general como, por ejemplo, las técnicas de activación conductual, de programación gradual de actividades y de planificación de actividades agradables, son eficaces y efectivas para las víctimas que aislada o comórbidamente presentan un trastorno depresivo mayor (Brewin et al., 2008; Duffy et al., 2007; García-Vera y Romero Colino, 2004).

En cualquier caso, la presencia de otros trastornos mentales en las víctimas de terrorismo, sobre todo si es de forma comórbida, supone un reto desde el punto de vista terapéutico. En las víctimas del terrorismo con TEPT, la comorbilidad suele estar asociada a una duración más larga de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (Duffy et al., 2007; Gillespie et al., 2002), en parte porque los terapeutas deben introducir técnicas adicionales para abordar los otros trastornos presentes.

Finalmente, aunque al menos un estudio ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma también es eficaz con víctimas de atentados terroristas

perpetrados en países no desarrollados y con una actividad terrorista intensa (Bryant et al., 2011), los resultados de esta revisión corroboran que la mayoría de la investigación sobre el tratamiento de las víctimas del terrorismo se ha limitado prácticamente a los atentados terroristas masivos que se han producido en países desarrollados con baja actividad terrorista, esto es, países de Europa Occidental y Norteamérica. Por tanto, la investigación futura necesita también desarrollar o adaptar terapias psicológicas eficaces y efectivas para las víctimas de los países que desgraciadamente sufren en mayor medida la lacra del terrorismo (p. ej., Irán, Afganistán, Paquistán o India) y cuyas diferencias culturales y socioeconómicas con Europa Occidental y Norteamérica son tan grandes que dicho desarrollo o adaptación suponen un reto de primera magnitud para la Psicología que requiere niveles elevados de competencias culturales o interculturales (Qureshi Burckhardt y Collazos Sánchez, 2006; *U.S. Department of Health and Human Services*, 2003) y que se ve además acrecentado por las dificultades que entraña la existencia en esos países de un terrorismo continuado y tremendamente dañino y letal.

Tabla 5.3. Estudios grupales sobre la eficacia del tratamiento psicológico en víctimas del terrorismo (García-Vera et al., 2015)

Referencia	Incidente terrorista	Víctimas	Trastornos psicológicos principales (% de víctimas)	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 uso de alcohol o sustancias: 13,8% - Fobias específicas: 10,3% - TAG: 5,2%	- GT (29 pacientes): TCC (12 sesiones semanales; nº medio = 5,9) con sesiones adicionales de seguimiento (nº medio = 2) - GC (29 pacientes): lista de espera durante 12 semanas y luego (28 pacientes) TCC	- 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: (*N* 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 (*N* de intención de tratar = 57): 56,1% mejoraron (una reducción de al menos el 50% en PDS)	Las ganancias terapéuticas se mantuvieron bien: 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 (% de víctimas)	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 2011 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 (*feedback* 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 de 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 bien 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 (% de víctimas)	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 DSM-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).
Schneier et al. (2012)	Aviones estrellados contra el *World Trade Center* el 11 de septiembre de 2011 en Nueva York	37 víctimas con diagnóstico de TEPT y síntomas moderados (CAPS ≥ 45) durante ≥ 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 ≤ 20 y CGI-C = 1 “ha mejorado muchísimo”) fue mayor (análisis de intención de tratar) en el GT (42,1%) que en 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

Referencia	Incidente terrorista	Víctimas	Trastornos psicológicos principales (% de víctimas)	Tratamiento psicológico	Medidas	Resultados a corto plazo	Resultados a medio y largo plazo
Estudios con diseño intergrupo y asignación no aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento (GT) y de control (GC)							
Difede, Cukor et al. (2007)	Aviones estrellados contra el *World Trade Center* el 11 de septiembre de 2011 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 integrupos 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 CAP entre el pretratamiento y el seguimiento

Nota. Trastornos psicológicos: TAG = trastorno de ansiedad generalizada. TDM = trastorno depresivo mayor. TEPT = trastorno por estrés postraumático.
Tratamientos psicológicos: TCC = terapia cognitivo-conductual.
Medidas: BDI, BDI-IA y BDI-II = primera edición, primera edición corregida y segunda edición del Inventario de Depresión de Beck. BSI-GSI = Índice de gravedad global del Brief Symptom Inventory. CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale. HDRS = Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton. ICG = Inventario de Duelo Complicado. MAST = Michigan Alcohol Screening Test. PCL = PTSD Checklist. PDS = Post-trauma Diagnosis Scale. PSS-I = PTSD Symptom Scale-Interview. Q-LES-Q = Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire. SDS-W, SDS-S y SDS-F: subescalas Laboral, Social y Familiar de la Sheehan Disability Scale.
Resultados: TE = tamaño del efecto.

Tabla 5.4. Estudios grupales sobre la efectividad del tratamiento psicológico en víctimas 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% personal 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 - RIES - 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 recuperados (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
Levitt et al. (2007)	Aviones estrellados en el World Trade Center el 11 de septiembre de 2011 en Nueva York	59 víctimas: - 83% testigos directos - 7% heridos - 10% testigos indirectos	- Síntomas del TEPT: 100%	TCC: 16 sesiones semanales más sesiones adicionales hasta un máximo de 25 (número medio de sesiones = 19; rango = 12-25)	- MPSS-SR - BDI - NMR - SAS-SR - BSI-H y BSI-IS - COPE-AD y COPE-SS	En el postratamiento, diferencias significativas intragrupo en todas las medidas para los que completaron el tratamiento (*n* = 38 pacientes). TE intragrupo para los que completaron el tratamiento: 1,79 (MPSS-SR), 1.23 (BDI), -.70 (NMR), .64 (SAS-SR), .82 (BSI-H), .67 (BSI-IS), .59 (COPE-AD), -.43 (COPE-SS)
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. Trastornos psicológicos: TDM = trastorno depresivo mayor. TEPT = trastorno por estrés postraumático.
Tratamientos psicológicos: TCC = terapia cognitivo-conductual. EMDR = Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares.
Medidas: BDI, BDI-IA y BDI-II = primera edición, primera edición corregida y segunda edición del Inventario de Depresión de Beck. BSI-H y BSI-IS = subescalas de Hostilidad y Sensibilidad interpersonal del Brief Symptom Inventory. COPE-AD y COPE-SS = Subescalas de Uso del alcohol y de Apoyo social del Coping Orientation to Problems Experienced Inventory. ESEA = Escala de Síntomas de Estrés Agudo. EI = Escala de Inadaptación. GHQ = Cuestionario de Salud General. MPSS-SR = Modified PTSD Symptom Scale-Self-Report. NMR = General Expectancy for Negative Mood

Regulation Scale. PDS = Post-trauma Diagnosis Scale. RIES = Revised Impact of Events Scale. SAS-SR = Social Adjustment Scale Self-Report. STAI = Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.
Resultados: TE = tamaño del efecto.

Tabla 5.5. Eficacia frente a efectividad en el tratamiento psicológico del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en víctimas de terrorismo: mejoría clínicamente significativa (análisis de intención de tratar) y abandono terapéutico en el postratamiento (García-Vera et al., 2015)

Estudio	*N*	% de pacientes con mejoría clínicamente significativa en el TEPT	% de abandonos terapéuticos
Estudios de eficacia			
- Duffy et al. (2007)[a]	57	56,1	21
- Difede, Malta et al. (2007)	15	33,3	53,3
- Bryant et al. (2011)	16	75	0
- Schneier et al. (2012)[b]	19	16,7	27,8
- Difede, Cukor et al. (2007)	13	69,2	23,1
Subtotal y % medio*	120	50,9	23,5
Estudios de efectividad			
- Gillespie et al. (2002)	91	62,6	s.d.
- García-Vera y Romero (2004)[c]	9	66,7	22,2
- Levitt et al. (2007)[d]	54	s.d.	29,6
- Brewin et al. (2008)	75	61,3	4
Subtotal y % medio*	229	62,2	15,2
Total y % medio*	349	57,6	19,1

Nota. s.d. = sin datos.

[a]Se han tenido en cuenta tanto los datos de los pacientes del grupo de tratamiento como los del grupo de control de lista de espera, ya que todos los pacientes de este grupo menos uno iniciaron el tratamiento al finalizar la lista de espera.

[b]Solo se han tenido en cuenta los datos de los pacientes del grupo que recibió terapia de exposición prolongada en combinación con placebo farmacológico.

[c]Solo se han tenido en cuenta los pacientes con un diagnóstico de TEPT.

[d]Se han incluido como abandonos terapéuticos no solo aquellos pacientes que dejaron el tratamiento sin indicación de su terapeuta, sino también aquellos que rehusaron realizar partes del tratamiento aunque estuviera indicado. La muestra total de pacientes no incluye aquellos pacientes que no pudieron completar todas las fases de la terapia porque su terapeuta dejó la clínica.

*Porcentaje medio ponderado por el número de pacientes de cada estudio.

Capítulo 6.

Objetivos e hipótesis

6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

6.1. Objetivos

Tal y como se ha comentado en el capítulo 3, en 2014 se produjeron en el mundo 9.707 atentados terroristas que provocaron 17.891 muertos, 32.577 heridos y 2.990 secuestrados (START, 2014), cifras que sitúan al terrorismo como uno de los problemas más graves del siglo XXI, máxime cuando a estas víctimas directas habría que sumarle los cientos de miles de víctimas indirectas: familiares y allegados de las personas muertas y heridas, profesionales y voluntarios de emergencias y rescate que intervinieron en la ayuda a las víctimas directas, personas residentes en las áreas cercanas a los lugares de los atentados y miembros de la población general de la comunidad afectada, la cual es el objetivo final de los actos terroristas.

En el capítulo 4 se ha analizado en profundidad como, tras un atentado terrorista, la mayoría de las personas afectadas, tanto si son víctimas directas como indirectas, no desarrollarán trastornos mentales como consecuencia del mismo y conseguirán recuperarse sin secuelas psicopatológicas significativas, pero que, sin embargo, un porcentaje importante de sus víctimas sí sufrirán algún trastorno psicopatológico, entre ellos, el trastorno por estrés postraumático (TEPT), los trastornos depresivos o los trastornos de ansiedad son los que se muestran más frecuentes (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2010, 2015; Salguero et al., 2011). Por ejemplo, la revisión metaanalítica de DiMaggio y Galea (2006) encontró que entre el 13% y el 25% de las personas directamente expuestas al atentado y que han sobrevivido al mismo sufrirán un TEPT, lo mismo que les ocurrirá a entre el 5% y el 22% de las personas de la población general de la comunidad afectada. Además, en muchos casos, tales trastornos no parecen remitir con el tiempo y parecen crónicos (García-Vera y Sanz, 2010; Morina et

al., 2014). Así, por ejemplo, la tasa media de remisión espontánea del TEPT para los 10 estudios sobre atentados terroristas recogidos en el metaanálisis de Morina et al. (2014) fue de 54,6% después de una media de 3,7 años. Es más, dicha tasa de remisión espontánea varía mucho en función del tipo de víctimas, siendo especialmente baja en las víctimas más directas. Por ejemplo, las repercusiones psicopatológicas de los atentados en forma de trastornos depresivos y de ansiedad parece que disminuyen considerablemente al año en la población general afectada y en el personal de emergencias y rescate, pero no en los heridos por los atentados ni en los familiares y allegados de los heridos o fallecidos (véase la revisión de García-Vera y Sanz, 2010).

Hasta hace apenas unos 15-20 años no había estudios empíricos publicados sobre la eficacia o efectividad de los tratamientos psicológicos para las víctimas de atentados terroristas que sufren trastornos mentales. Sin embargo, tal y como se ha comentado en el capítulo 5, la revisión de García-Vera et al. (2015) demuestra que en los últimos 7 años se han publicado al menos cuatro estudios que han examinado específicamente la eficacia de los tratamientos psicológicos para el TEPT en víctimas de atentados terroristas al comparar la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma respecto a una condición de lista de espera o de tratamiento habitual (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor et al., 2007; Difede, Malta et al., 2007; Duffy et al., 2007). Los resultados de estos estudios coinciden en señalar no solo que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz, sino que debe considerarse hoy en día la terapia de elección para las víctimas de atentados terroristas que sufren TEPT, ya que es la única que cuenta hasta ahora con aval empírico directo (García-Vera et al., 2015).

No obstante, el hecho de que una terapia haya mostrado efectos positivos y superiores a los de una condición de control en los estudios de eficacia no garantiza que dicha terapia sea útil en la práctica clínica habitual. Como se ha discutido con detalle en

el primer apartado del capítulo 5 (véase también García-Vera y Sanz, en prensa), dado que los estudios de eficacia priman la validez interna para así poder inferir la existencia de una relación causal entre las terapias y los resultados positivos que se observan al final de las mismas, tales estudios se realizan en las condiciones más óptimas y controladas posibles que les permitan detectar cualquier mínimo efecto positivo que pueda atribuirse exclusivamente al tratamiento (p. ej., con muestras homogéneas de pacientes tras aplicar criterios estrictos de inclusión y exclusión; con asignación aleatoria de los pacientes; con terapeutas homogéneos en su formación, específicamente entrenados con manuales de tratamientos y que deben adherirse estrictamente a los mismos). Sin embargo, al primar la validez interna, tales estudios, típicamente ensayos clínicos aleatorizados con grupo de control, sacrifican en parte la validez externa y, por tanto, no está claro que los efectos positivos que se encuentran en esas condiciones ideales y controladas sean generalizables sin más a la práctica clínica habitual en la cual se interviene sobre una población mucho más heterogénea, que en parte tiene cierta capacidad para elegir el tipo de tratamiento que va a recibir y en la cual la aplicación de los tratamientos es flexible, autocorrectiva y está a cargo de profesionales clínicos que varían en mayor medida en su grado de formación y experiencia clínica. Tal y como se recogía en el capítulo 5, a los estudios que abordan directamente la utilidad clínica de una intervención que previamente ha demostrado su eficacia y lo hace examinando sus efectos en condiciones que se asemejan a las que se encuentran en la práctica clínica habitual se les conoce como estudios de efectividad. La principal característica de estos últimos estudios es que dan prioridad a la validez externa y, por tanto, examinan los efectos de los tratamientos en condiciones lo más parecidas posibles a las que se dan en la práctica clínica cotidiana (véase el capítulo 5).

Afortunadamente, y tal como se recoge en el capítulo 5, en la muy reciente y escasa literatura empírica sobre los tratamientos psicológicos para las víctimas de atentados terroristas, también se pueden encontrar al menos tres estudios de efectividad o utilidad clínica, los cuales confirman que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma no solo es eficaz, sino también útil en la práctica clínica habitual (Brewin et al., 2008; García Vera y Romero Colino, 2004; Gillespie et al., 2002; véase la revisión de García-Vera et al., 2015). Sin embargo, estos tres estudios de efectividad o utilidad clínica, además de ser pocos, se han realizado todos ellos con víctimas de atentados terroristas relativamente recientes, es decir, han examinado la aplicación de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas que acababan de experimentar el atentado terrorista hacía un par de meses (García Vera y Romero Colino, 2004), hacía 10 meses como media (Gillespie et al., 2002) o hacía 15 meses como máximo (Brewin et al., 2008; dos años como máximo en la ampliación del estudio en Brewin et al., 2010). En contraste, no se conoce ningún estudio que haya examinado la efectividad o utilidad clínica de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, o de cualquier otro tipo de terapia psicológica o farmacológica, con víctimas de atentados terroristas que sufren TEPT y otros trastornos mentales muchos años después de que los atentados tuvieron lugar, por ejemplo, más de 5, 10 o 25 años después. Dado que, tal y como se comentó antes, los trastornos mentales que padecen muchas víctimas, especialmente víctimas directas, no parecen remitir con el tiempo y se pueden concebir como crónicos, la necesidad de conocer la utilidad clínica de los tratamientos psicológicos para este tipo de víctimas es más que evidente. Este fue precisamente el objetivo principal del estudio empírico de la presente tesis doctoral, en el cual se aplicó la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma a una muestra de víctimas directas e indirectas que habían sufrido un atentado terrorista en España como mínimo hacía más de 5 años,

aunque la mayoría de ellos muchos más años antes, y sufrían actualmente un TEPT, un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo.

Por otro lado, de los tres estudios realizados hasta la fecha sobre la efectividad o utilidad clínica de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas del terrorismo, tan solo uno ha examinado si dicha utilidad se mantiene en el tiempo (Brewin et al., 2010). Por consiguiente, en el estudio empírico de la presente tesis doctoral se analizaron los resultados clínicos de dicha terapia no solo en el postratamiento, sino también en seguimientos realizados al mes, a los 3 y 6 meses y al año, y se compararon tales resultados con los obtenidos en los estudios de eficacia ya publicados y mencionados líneas atrás.

En resumen, los objetivos principales del estudio empírico de esta tesis doctoral, cuyo método y resultados se presentarán en los próximos capítulos, fueron:

Objetivo 1: Analizar la efectividad o utilidad clínica de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas de atentados terroristas que sufren a muy largo plazo (más de 5, 10 o 25 años después de los atentados) de un trastorno por estrés postraumático, de un trastorno depresivo mayor o de un trastorno de ansiedad, de manera aislada o comórbida.

Objetivo 2: Determinar si la efectividad o utilidad clínica de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas de atentados terroristas se mantiene en el tiempo, es decir, en seguimientos realizados al mes, 3 meses, 6 meses y un año.

Objetivo 3. Determinar si los beneficios terapéuticos que consigue la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas de atentados terroristas cuando se aplica en la práctica clínica habitual son comparables a los que obtiene en los estudios de eficacia.

Objetivo 4. Determinar si el consumo de psicofármacos tiene algún efecto en la efectividad o utilidad clínica de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas de atentados terroristas.

Objetivo 5: Analizar la efectividad o utilidad clínica de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas de atentados terroristas tanto en términos de la presencia de reducciones estadísticamente significativas en el número de víctimas que presentan un trastorno por estrés postraumático, un trastorno depresivo mayor o un trastorno de ansiedad, como en términos de la presencia de reducciones estadística y clínicamente significativas en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.

6.2. Hipótesis

En función de los datos aportados por la literatura científica y que se han revisado en el capítulo 5 y en función de los objetivos descritos en la sección anterior, en el presente estudio empírico se plantearon y se pusieron a prueba las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1. El programa de tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma será efectivo para las víctimas de terrorismo en cuanto a que conseguirá reducciones estadísticamente significativas en el postratamiento del número de víctimas que presentaban en el pretratamiento un trastorno por estrés postraumático, un trastorno depresivo mayor o un trastorno de ansiedad, y estas reducciones se mantendrán a corto (1 mes), medio (3 y 6 meses) y largo plazo (1 año).

Hipótesis 2. El programa de tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma será efectivo para víctimas de terrorismo en cuanto a que conseguirá reducciones estadísticamente significativas en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad en el postratamiento y en los seguimientos al mes, 3 meses, 6 meses y un año.

Hipótesis 3. El programa de tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma será efectivo para víctimas de terrorismo en cuanto a que conseguirá reducciones clínicamente significativas en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad (por debajo de los puntos de corte establecidos para una sintomatología moderada-grave o clínicamente significativa) en el postratamiento y en los seguimientos al mes, tres meses, seis meses y un año.

Hipótesis 4. El programa de tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma será efectivo para víctimas de terrorismo en cuanto a que conseguirá reducciones en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad en los diferentes momentos de evaluación que no dependerá de los efectos de los psicofármacos que estén tomando las víctimas, de manera que las puntuaciones medias en sintomatología de los pacientes que completaron la terapia y tomaban psicofármacos y las puntuaciones medias en sintomatología de los pacientes que completaron la terapia y no tomaban psicofármacos no diferirán de forma estadísticamente significativa tanto en el postratamiento como en cada uno de los seguimientos realizados al mes, a los 3 y 6 meses y al año.

Capítulo 7.

Método

7. MÉTODO

7.1. Participantes

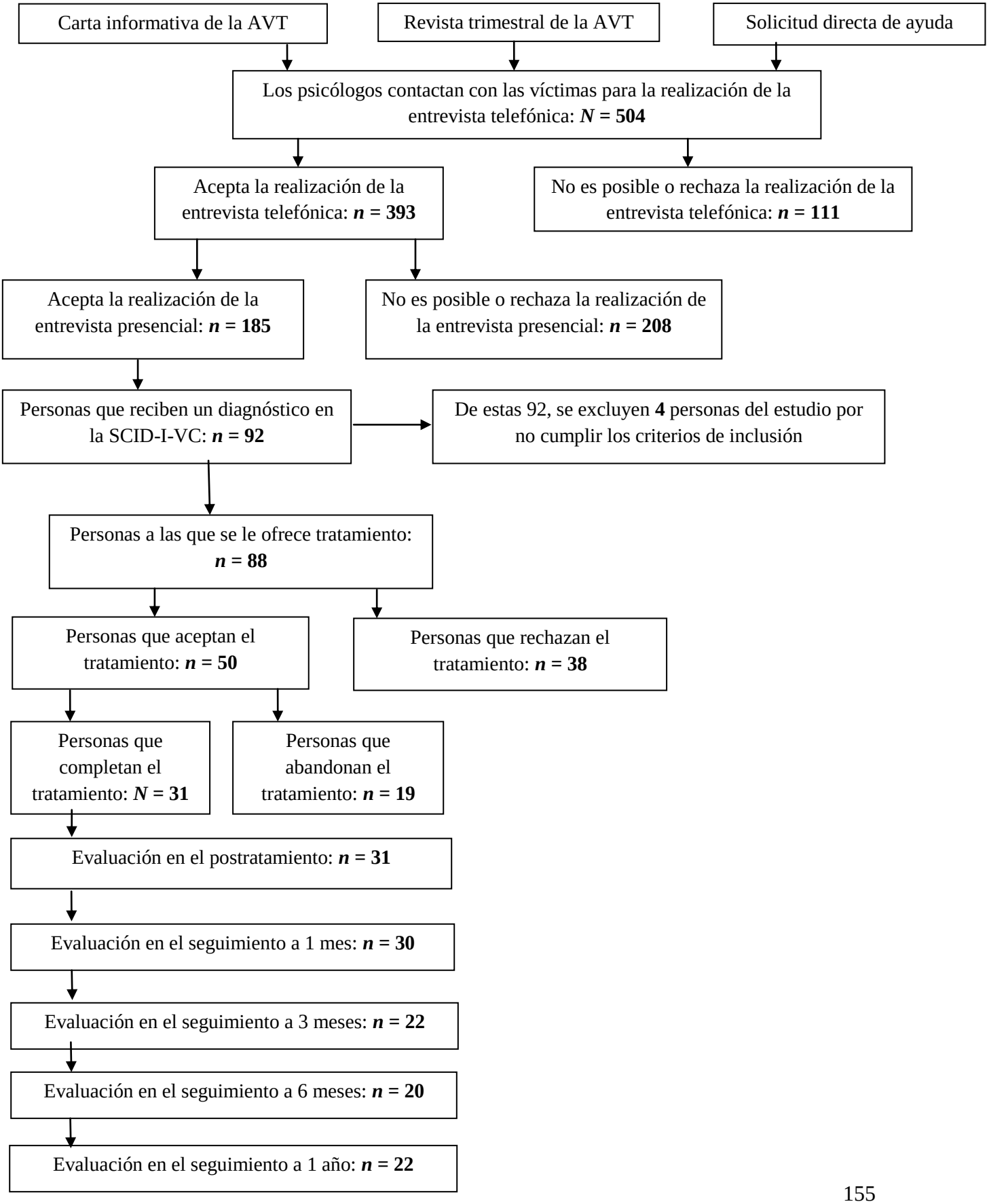
Este estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio sobre la prevalencia del TEPT y de los trastornos de ansiedad y depresión en víctimas de atentados terroristas y sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos para dichos trastornos, y que se está realizando con la colaboración de la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT). El proyecto incluye la realización de entrevistas telefónicas de cribado (*screening*) para identificar a víctimas que pudieran sufrir esos trastornos, la realización de entrevistas clínicas presenciales para confirmar su presencia mediante una entrevista diagnóstica estructurada y la administración de un tratamiento psicológico a las víctimas que los sufren. De la realización de este proyecto y de la posibilidad de participar en él de forma voluntaria y gratuita se informó a los asociados de la AVT mediante el envío de una carta y mediante la publicación de un artículo en la revista oficial trimestral de la AVT que se remite a todos sus asociados.

Para la realización del presente estudio se contactó telefónicamente con una muestra de 504 víctimas pertenecientes a la AVT de las comunidades autónomas de Murcia, Extremadura, Valencia y Galicia, y de la cual también formaban parte 28 asociados de las comunidades de Madrid y Castilla-La Mancha que solicitaron ellos mismos participar en esta investigación y recibir ayuda psicológica tras conocer la existencia del proyecto por la carta o la revista enviadas.

De la muestra inicial de 504 víctimas y tras realizar, entre las víctimas que fue posible localizar o que voluntariamente aceptaron participar, la entrevista telefónica de cribado y, en su caso, la entrevista clínica presencial de diagnóstico (véase la figura 3), 92 víctimas recibieron un diagnóstico de TEPT, de trastorno de ansiedad o de trastorno

depresivo según los criterios del DSM-IV. De estas 92 víctimas, cuatro fueron excluidas del presente estudio y remitidas a otros recursos asistenciales por no cumplir los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, ser víctima directa o indirecta de un atentado terrorista y haber recibido un diagnóstico según el DSM-IV de TEPT o de algún trastorno depresivo o de ansiedad relacionado con la vivencia del atentado terrorista, o por cumplir alguno de los siguientes criterios de exclusión: sufrir un trastorno orgánico cerebral, presencia de un trastorno mental debido a los efectos directos de alguna sustancia (droga o fármaco) o de una enfermedad médica, existencia de retraso mental, presencia de autismo u otro trastorno del desarrollo, sufrir esquizofrenia u otro trastorno psicótico o un trastorno bipolar o presencia de un trastorno de abstinencia de sustancias.

Figura 3. Diagrama del flujo de participantes y del procedimiento de este estudio.



Por tanto, en el presente estudio se ofreció la posibilidad de recibir tratamiento psicológico a 88 víctimas directas o indirectas de un atentado terrorista, adultas, que habían accedido a realizar toda la evaluación psicológica pretratamiento, que recibieron durante la misma un diagnóstico según el DSM-IV de TEPT o de algún trastorno depresivo o de ansiedad relacionado con la vivencia de un atentado terrorista y que no cumplían los criterios de exclusión antes mencionados. La edad de estas 88 víctimas oscilaba entre 20 y 80 años (media = 50,78; *DT* = 13,75), el 43,2% eran varones, más de la mitad estaban casados o convivían con una pareja estable (59%), más de la mitad (53,3%) tenían estudios de bachillerato o superiores, aunque solo el 15% tenía estudios universitarios, y su situación laboral era muy diversa, siendo las más frecuentes las de jubilado por edad o enfermedad médica (27,5%), ama de casa (20,5%), parado (17%) y obrero con o sin cualificación (14,9%). Un 58% de las víctimas habían sido heridas durante el atentado terrorista, un 15,9% eran familiares en primer grado de personas que habían sido heridas en un atentado y un 26,1% familiares en primer grado de personas fallecidas durante un atentado. Estos atentados terroristas habían sido cometidos entre los años 1974 y 2006, habiendo pasado una media de 23,07 años (*DT* = 8,68) entre la fecha del atentado y la de la realización de la evaluación psicológica pretratamiento, y la mayoría de ellos fueron cometidos por la organización terrorista ETA (85,2%). Durante esa evaluación, la mayoría de las víctimas había recibido un diagnóstico de TEPT (69,3%), siendo los otros dos trastornos más frecuentes el trastorno depresivo mayor (47,7%) y el trastorno de angustia con o sin agorafobia (35,2%), de manera que un 73,8% de las víctimas mostraban comorbilidad de los trastornos anteriores. Además, durante esa evaluación la muestra de víctimas obtuvo puntuaciones medias en medidas de sintomatología de estrés postraumático (*PTSD Checklist* o PCL; Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993; Vázquez et al., 2006), depresión (*Beck Depression*

Inventroy-II o BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996) y ansiedad (*Beck Anxiety Inventory* o BAI; Beck,Epstein, Brown, y Steer, 1988) de 48,1 (*DT* = 13,20), 22,8 (*DT* =11,49) y 21,4 (*DT* = 12,76), respectivamente, todas ellas por encima de los puntos de corte establecidos para una sintomatología moderada-grave o clínicamente significativa (PCL > 44, BDI-II > 19 y BAI > 15; Beck y Steer, 2011; Blanchard, Jones Alexander, Buckley y Forneris, 1996).

De esta muestra de 88 víctimas a la que se le ofreció la posibilidad de recibir tratamiento psicológico para el trastorno o trastornos mentales que padecían, 38 víctimas rechazaron finalmente iniciar dicho tratamiento (véase la figura 3). Por tanto, algunos análisis de datos del presente estudio se realizaron con todas las víctimas que iniciaron el tratamiento (análisis de intención de tratar; *n* = 50). Además, entre las víctimas que iniciaron el tratamiento, hubo 19 que abandonaron el tratamiento una vez iniciado y otras (entre una y nueve según el momento de evaluación) que no completaron todas las evaluaciones realizadas durante los seguimientos programados al mes, a los tres y seis meses y al año de la finalización del tratamiento (véase la figura 3). En consecuencia, otros análisis de datos del presente estudio se realizaron con las víctimas que presentaban datos completos en el momento de evaluación considerado (análisis con datos completos; *n* = 31 a 20).

Una comparación mediante pruebas *t* o chi^2 para medidas independientes de las víctimas que completaron todo el tratamiento (*n* = 31) y de las que no iniciaron el tratamiento o lo abandonaron (*n* = 57) reveló que ambos grupos no diferían significativamente en sus características sociodemográficas o clínicas (todas las pruebas con $p > ,05$) excepto por la presencia de un mayor nivel de sintomatología depresiva entre las víctimas que no iniciaron el tratamiento o lo abandonaron ($p < ,04$), diferencia

que, sin embargo, fue pequeña (*d* = 0,21) según los estándares de Cohen (1988) (véase la tabla 7.1).

Tabla 7.1. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que completaron la terapia y de los que la rechazaron o abandonaron

Características	Completaron terapia (*n* = 31)	Rechazaron o abandonaron (*n* = 57)	t / χ^2 ‡	*p*
Edad (años)	49,3 (12,1)	51,5 (14,5)	0,86	0,35
Sexo (% de mujeres)	48,4%	40,4%	0,52	0,46
Estado civil (% casados/conviven en pareja)	67,7%	56,1%	1,12	0,28
Estudios (% con bachillerato o más)	77,4%	57,9%	3,35	0,06
Nivel socioeconómico (% bajo/medio-bajo)	12,9%	24,6%	1,67	0,19
Hijos (% con hijos)	74,2%	80,7%	0,50	0,47
Años transcurridos desde el atentado	23,8 (8,7)	22,6 (8,6)	0,04	0,84
Tipo de víctimas (%)				
- Herido	64,5%	52,6%	1,15	0,28
- Familiar de fallecido	19,4%	36,8%	2,88	0,08
- Familiar de herido	38,7%	22,8%	2,49	0,11
Diagnóstico (%)				
- TEPT	80,6%	63,2%	2,88	0,89
- Trastorno depresivo	48,4%	47,4%	0,01	0,92
- Trastorno de angustia con/sin agorafobia	35,5%	35,1%	0,00	0,97
- Otros trastornos de ansiedad	38,7%	43,9%	0,21	0,64
- Comorbilidad de los trastornos	74,2%	73,7%	0,003	0,95
Síntomas de estrés postraumático (PCL)	49,5 (12,5)	47,3 (13,5)	1,70	0,19
Síntomas depresivos (BDI-II)	21,2 (9,3)	23,6 (12,4)	4,23	0,04
Síntomas de ansiedad (BAI)	20,3 (13,8)	21,9 (12,6)	0,08	0,77
Ideación suicida actual (% con ideación)	19,4%	23,2%	0,17	0,67
Psicofármacos (% con medicación)	45,2%	42,1%	0,70	0,78

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis) salvo que se indique lo contrario. PCL = Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático. BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II. BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.
‡ Para las variables continuas se recoge el valor del estadístico *t* de Student para medidas independientes y para las variables no continuas el de la prueba chi^2.

7.2. Instrumentos

En el presente estudio se tomaron las siguientes medidas con los siguientes instrumentos:

- *Características sociodemográficas y clínicas de las víctimas y características de los atentados y sus consecuencias*. Se administró en el pretratamiento una entrevista semiestructurada creada *ad hoc* para este estudio 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, Spitzer, Gibbon y William, 1997), en su traducción española (First, Spitzer, Gibbon y William, 1999), y en la entrevista sobre el trauma de Foa et al., (2007). (Véase Anexo 1).
- *Diagnóstico de TEPT y de trastornos de ansiedad y depresivos*. Se administró tanto en el pretratamiento como en el postratamiento y en el seguimiento a un año los módulos A (episodios afectivos) y F (ansiedad y otros trastornos) de la SCID-I-VC, en su traducción española (First et al., 1999). (Véase Anexo 2).
- *Sintomatología de estrés postraumático*. Se administró tanto en el pretratamiento como en los seguimientos a 1, 3 y 6 meses y al año la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático (PCL) en su adaptación española (Vázquez et al., 2006) y con las instrucciones modificadas para evaluar los efectos de los atentados terroristas experimentados por las víctimas del presente estudio. La PCL está formada por 17 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 (activación) del TEPT según el DSM-IV. Las instrucciones del PCL 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 proporciona una puntuación total en estrés postraumático entre 17 y 85. Existe una abundante literatura empírica que indica que la PCL tiene índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Reguera et al., 2014). La adaptación española ha mostrado también índices de fiabilidad adecuados en muestras españolas de la población general (alfa = ,89; Vázquez et al., 2006) y de la población de víctimas de terrorismo (alfa = ,94; Reguera et al., 2014). (Véase Anexo 3).

- *Sintomatología depresiva*. Se aplicó tanto en el pretratamiento como en los seguimientos a 1, 3 y 6 meses y al año el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996). 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. 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, 2013). (Véase Anexo 4).
- *Sintomatología de ansiedad*. Se administró tanto en el pretratamiento como en los seguimientos a 1, 3 y 6 meses y al año el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein 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 83. 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., alfa = entre ,88 y ,92; Sanz, 2014). (Véase Anexo 5).

7.3. Procedimiento

Todas las víctimas que finalmente participaron en el presente estudio fueron citadas telefónicamente para realizar una evaluación individual presencial pretratamiento con un psicólogo en la que, tras obtener su consentimiento informado, este les administró, por este orden, la entrevista semiestructurada sobre sus características sociodemográficas y clínicas y sobre las características del atentado terrorista que habían sufrido y sus consecuencias, la SCID-I-VC, el BDI-II, el BAI y la PCL (véase anexos 1,2,3,4 y 5). En una sesión individual realizada telefónica o presencialmente una semana después, se ofreció a cada víctima información sobre sus resultados en la evaluación pretratamiento y sobre el programa de tratamiento psicológico voluntario y gratuito que podían seguir para tratar el TEPT o los otros trastornos de ansiedad o depresivos que padecían. Las víctimas que accedieron a iniciar el tratamiento psicológico completaron una hoja de consentimiento informado e iniciaron en esa misma sesión su tratamiento con el psicólogo que les había

proporcionado toda esa información y que, en general, era quien les había evaluado y les evaluaría después en el postratamiento y en los seguimientos.

El tratamiento psicológico que siguieron estas víctimas fue un programa multicomponente de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma basado en la terapia de exposición prolongada para el TEPT de Foa et al. (2007), pero a la que se le habían añadido técnicas cognitivas para el TEPT así como otras técnicas cognitivas y cognitivo-conductuales para el tratamiento de otros trastornos de ansiedad o depresivos que podían sufrir aislada o concurrentemente las víctimas. Así, la terapia incluía exposición progresiva en imaginación y exposición en vivo a los recuerdos traumáticos, incluidos tanto los pensamientos, objetos, personas, situaciones y ambientes que recordaban el atentado terrorista como los acontecimientos traumáticos relacionados con el mismo, y, en su caso, a otros estímulos ansiógenos relacionados con otros trastornos de ansiedad que pudiera padecer la víctima. La terapia también incluía técnicas de control de la ansiedad como entrenamiento en relajación progresiva y en respiración lenta. Además, la terapia comprendía técnicas de reestructuración cognitiva para los pensamientos negativos y las actitudes disfuncionales característicos del TEPT, de la depresión o de los trastornos de ansiedad y, en el caso de que el paciente presentara un trastorno depresivo o manifestara sintomatología depresiva que pudiese interferir en el proceso de tratamiento, también incluía programación de actividades agradables. Finalmente, el programa de tratamiento se iniciaba con sesiones dedicadas a la psicoeducación sobre las reacciones al trauma y al duelo y su normalización, y finalizaba con sesiones dedicadas a trabajar la prevención de recaídas y el mantenimiento de los logros, así como la creación de una nueva narrativa vital. El programa, estructurado en siete módulos, consistía en 16 sesiones individuales y semanales de 60 minutos de duración, aunque el número de sesiones y su duración se

aplicó de manera flexible en función de las peculiaridades de cada paciente. En la tabla 7.2. se presentan desglosados por módulos y sesiones, los objetivos y las técnicas terapéuticas más importantes que formaban parte del programa de tratamiento. Entre los 31 pacientes que completaron el tratamiento, el rango de sesiones realizadas osciló entre 13 y 20, con una media de 16,03 (*DT* = 1,63).

Tabla 7.2. Sesiones, objetivos, estrategias y técnicas terapéuticas principales de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma aplicada en el presente estudio

Módulos	**Sesiones**	**Objetivos, estrategias y técnicas**
Módulo 1º: Contando nuestra nueva historia	Sesión 1º: ¿Por qué me pasa lo que me pasa?	- Psicoeducación y normalización de las reacciones al trauma y el duelo
Módulo 2º: Trabajando en equipo	Sesión 2º: Relajarnos para coger fuerzas	- Psicoeducacón y entrenamiento en respiración lenta y en relajación muscular progresiva en 16 grupos - Planificación de actividades agradables* - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas
	Sesión 3º: ¿A qué nos vamos enfrentando?	- Valorar las situaciones a las que teme o evita enfrentarse - Relajación muscular en 8 grupos y recorrido mental - Planificación de actividades agradables* - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas

Módulos	**Sesiones**	**Objetivos, estrategias y técnicas**
Módulo 3º: Conocerme mejor para tener más herramientas	Sesión 4º: Atraverse con las situaciones difíciles	- Psicoeducación sobre la ansiedad y su mantenimiento - Construcción de la jerarquía de exposición - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas
	Sesión 5º: Regulando mis emociones	- Psicoeducación sobre la exposición: diferencias entre la exposición a situaciones y exposición a pensamientos y emociones - Identificación de emociones - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas - Respiración lenta
Módulo 4º: Todos en guardia	Sesión 6º: La exposición nos hace fuertes y competentes: primera práctica	- Manejo emocional - Hacer hincapié en la importancia de las tareas de exposición - Pasos para la exposición - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas - Dar puntuaciones a los ítems de la jerarquía y práctica de la tarea de exposición en sesión
	Sesión 7º: La exposición nos hace fuertes y competentes: segunda práctica	- Repaso de las tareas de exposición para casa - Continuar con las exposiciones en vivo - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas

Módulos	**Sesiones**	**Objetivos, estrategias y técnicas**
	Sesión 8º: La exposición nos hace fuertes y competentes: tercera práctica	- Repaso de las tareas de exposición para casa - Continuar con las exposiciones en vivo - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas
Módulo 5º: Esta es mi historia	Sesión 9º: Introducción a los puntos calientes (en imaginación): primera parte	- Exposición al relato - Creación del propio relato al que enfrentarse: identificación de los puntos calientes del relato - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas
	Sesión 10º: Atreverse con los puntos calientes (en imaginación): segunda parte	- Continuación con la exposición al relato. Si el paciente no consigue escucharlo entero, dividirlo en tiempos más cortos - Escuchar la grabación en sesión para eliminar temores y favorecer la escucha en casa - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas
	Sesión 11º: Atreverse con los puntos calientes (en imaginación): tercera parte	- Continuación con la exposición al relato. Si el paciente no consigue escucharlo entero, dividirlo en tiempos más cortos - Escuchar la grabación en sesión para eliminar temores y favorecer la escucha en casa - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas

Módulos	**Sesiones**	**Objetivos, estrategias y técnicas**
	Sesión 12º: Atreverse con los puntos calientes (en imaginación): cuarta parte	- Continuación con la exposición al relato. Si el paciente no consigue escucharlo entero, dividirlo en tiempos más cortos - Escuchar la grabación en sesión para eliminar temores y favorecer la escucha en casa - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas
	Sesión 13º: Atreverse con los puntos calientes (en imaginación): quinta parte	- Continuación con la exposición al relato. Comenzar a darle un nuevo significado al propio relato - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas
	Sesión 14º: Atreverse con los puntos calientes (en imaginación): sexta parte	- Continuación con la exposición al relato. Comenzar a darle un nuevo significado al propio relato - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas
Módulo 6º: La luz del final del túnel	Sesión 15º: ¡Buen trabajo! Fin del tratamiento y prevención de recaídas	- Preparar al paciente para la reconstrucción de la propia historia - Repaso de todas las estrategias aprendidas en sesión - Prevención de recaídas - Hacer una narrativa de todo lo sucedido, para una integración de los recuerdos - Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas

Módulos	**Sesiones**	**Objetivos, estrategias y técnicas**
Módulo 7º: Mi nueva perspectiva	Sesión 16º: Una nueva identidad	- Trabajar con la narrativa de la nueva identidad

Nota. *Solo se aplicaba cuando existía un trastorno depresivo o cuando existía sintomatología depresiva que podía interferir en el proceso de tratamiento.

Al finalizar la última sesión de tratamiento, los pacientes completaron una evaluación postratamiento en la que se aplicó, por este orden, la SCID-I-VC, el BDI-II, el BAI y la PCL. Posteriormente, todos los pacientes fueron citados para realizar evaluaciones presenciales e individuales de seguimiento al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año y durante las cuales se les aplicó el BDI-II, el BAI y la PCL, y, en el caso del seguimiento al mes y al año, también la SCID-I-VC.

Inicialmente, el programa de tratamiento fue aplicado por tres psicólogos con formación de posgrado en psicología clínica y de la salud y teniendo en cuenta los objetivos y las técnicas generales especificadas en la tabla 7.2, pero sin seguir un manual detallado sesión por sesión de su aplicación y sin haber recibido formación específica sobre el mismo o sobre la administración del protocolo de evaluación. Este fue el procedimiento utilizado con 20 de los 31 pacientes (64,5%) que completaron el tratamiento. Posteriormente, el programa de tratamiento fue manualizado con el fin de garantizar la mayor homogeneidad posible en su administración y la mayor fidelidad a los componentes esenciales del mismo, y a los tres psicólogos anteriores se les unieron otros seis (también con formación de posgrado en psicología clínica y de la salud) y todos ellos recibieron un curso de formación específica en la aplicación tanto del tratamiento como del protocolo de evaluación. Este procedimiento afectó a los restantes 11 pacientes que completaron el tratamiento. Además, entre los psicólogos que aplicaron el tratamiento, los tres primeros y tres de los que se unieron al estudio más adelante trabajaban o habían trabajado como psicólogos residentes en una clínica

universitaria de psicología, y, en total, estos terapeutas trataron a 24 de los 31 pacientes que completaron el tratamiento (77,4%).

Los tratamientos fueron aplicados en las ciudades de Badajoz, Cáceres, Valencia, Alicante, Murcia, A Coruña, Orense y Madrid en los locales que la AVT disponía o gestionaba o en locales alquilados *ad hoc*.

7.4. Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS v. 15.0. La efectividad del tratamiento psicológico se analizó, en primer lugar, en términos de la presencia de TEPT o de trastornos de ansiedad o depresión diagnosticables. Para ello, se calculó el porcentaje de víctimas que en el postratamiento y en los diferentes seguimientos presentaba cada uno de los trastornos de TEPT, ansiedad o depresión encontrados en el pretratamiento y dichos porcentajes fueron comparados con su porcentaje correspondiente en el pretratamiento mediante pruebas de McNemar para dos muestras relacionadas. Estos cálculos se realizaron tanto sobre el total de víctimas que en cada momento de evaluación presentaba datos (análisis de datos completos) como sobre el total de víctimas que iniciaron el tratamiento (análisis de intención de tratar), considerándose los datos perdidos en este último tipo de análisis como fracasos terapéuticos, es decir, considerándose de forma conservadora que las víctimas con datos perdidos seguían teniendo en el postratamiento o en los seguimientos los trastornos mentales que presentaban en el pretratamiento. En segundo lugar, se calcularon las puntuaciones medias de las víctimas en las medidas de sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad en el postratamiento y en los diferentes seguimientos y tales medias fueron comparadas con las medias correspondientes en el pretratamiento mediante pruebas *t* de Student para dos muestras relacionadas. Además,

como índice del tamaño del efecto, se calculó el estadístico *d* de Cohen respecto a las diferencias entre las medias pretratamiento y las medias obtenidas en el postratamiento o en cada uno de los seguimientos, considerándose los valores de *d* de 0,2, 0,5 y 0,8 como efectos de tamaño pequeño, medio y grande, respectivamente, de acuerdo a los estándares de Cohen (1988). Finalmente, se analizó la efectividad del tratamiento en términos de su significación clínica calculándose en cada momento de evaluación el porcentaje de víctimas que puntuaban en las medidas de sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad por encima de los puntos de corte establecidos para una sintomatología moderada-grave o clínicamente significativa en el instrumento correspondiente (PCL > 44, BDI-II > 19 y BAI > 15; Beck y Steer, 2011; Blanchard et al., 1996), y comparándose los porcentajes obtenidos en el postratamiento y en los diferentes seguimientos con los obtenidos en el pretratamiento mediante pruebas de McNemar para dos muestras relacionadas.

Por otro lado, puesto que el 45,2% de las víctimas que completaron el tratamiento estaban tomando psicofármacos al inicio del estudio, se compararon los niveles y las reducciones en sintomatología entre las víctimas con y sin medicación mediante pruebas *t* de Student para dos muestras independientes, utilizándose la fórmula que no asume que los dos grupos tengan varianzas iguales en el caso de que las pruebas de Levene de igualdad de varianzas correspondientes resultaran estadísticamente significativas.

Capítulo 8.

Resultados

8. RESULTADOS

8.1. Efectividad del tratamiento en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o de depresión diagnosticables.

En la tabla 8.1 se recoge la prevalencia de TEPT, trastornos de ansiedad o de depresión en la muestra de víctimas del presente estudio y en los diferentes momentos de evaluación, y tanto según un análisis de datos completos como según un análisis de intención de tratar. Como puede observarse en dicha tabla, el trastorno más frecuente en esta muestra de víctimas fue el TEPT (80,6% o 74% según un análisis de datos completos o de intención de tratar), seguido del trastorno depresivo mayor (48,4% o 54%) y del trastorno de angustia con o sin agorafobia (35,5% o 38%), encontrándose una prevalencia de aproximadamente el 38% para el resto de trastornos de ansiedad y entre los cuales destacaba el trastorno de ansiedad generalizada (22,5% o 20%), seguido de la fobia social y la fobia específica (12,9% o 10 y 12,9% y 20). Por otro lado, y como refleja la suma de los porcentajes anteriores, se encontró una alta comorbilidad psicopatológica, de manera que entre un 74,2% y un 76% de los pacientes mostraban concurrentemente dos o más trastornos.

Respecto a la efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, los resultados que se presentan en la tabla 8.1 indican que tanto en el postratamiento como en los diversos seguimientos (a uno, tres y seis meses y al año) y tanto con un análisis de datos completos como con un análisis de intención de tratar, la prevalencia del TEPT y del trastorno depresivo mayor descendió de manera estadísticamente significativa y de forma importante (entre 26 y 80 puntos porcentuales) respecto a la prevalencia en el pretratamiento, pasando, por ejemplo, de un 80,6% y un 48,4% (o de un 74% y un 54% en el análisis de intención de tratar) de víctimas en el pretratamiento

con TEPT y trastorno depresivo mayor, respectivamente, a un 0% (o un 28%) de víctimas con cualquiera de esos trastornos en el seguimiento al año. En el caso del trastorno de angustia, con o sin agorafobia, y del conjunto de otros trastornos de ansiedad, el patrón general de resultados también reflejaba un descenso significativo de la prevalencia de ambos grupos de trastornos en el postratamiento y en los diversos seguimientos respecto al pretratamiento, aunque dicha diferencia no fue estadísticamente significativa para la prevalencia encontrada en algún momento de evaluación y tipo de análisis, en concreto, para la prevalencia de otros trastornos de ansiedad en el seguimiento del mes y del año según el análisis con datos completos. No obstante, todas las demás reducciones fueron estadísticamente significativas y, en todos los casos, las reducciones siempre supusieron descensos importantes en prevalencia (entre 20 y 35 puntos porcentuales). Así, por ejemplo, de un 35,5% y un 38,7% (o de un 38% en el análisis de intención de tratar) de víctimas con trastorno de angustia y otros trastornos de ansiedad, respectivamente, en el pretratamiento, se pasó al año a un 0% (o un 16% y un 12%) de víctimas con cualquiera de esos grupos de trastornos. Por último, la comorbilidad de todos estos trastornos también descendió de manera estadísticamente significativa e importante (descensos de entre 44 y 74 puntos porcentuales) tanto en los diferentes momentos de evaluación como según los diferentes tipos de análisis, pasando, por ejemplo, de un 74,2% y un 76% de comorbilidad en el pretratamiento según los análisis de datos completos y de intención de tratar, respectivamente, a un 0% y un 26% en el seguimiento al año.

Tabla 8.1. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático, del trastorno depresivo mayor, del trastorno de angustia con o sin agorafobia y de otros trastornos de ansiedad en el pretratamiento (Pre), en el postratamiento (Post) y en los seguimientos al mes (1 mes) y al año (1 año)

Trastornos mentales	Análisis de los pacientes con datos completos				Análisis de intención de tratar (todos los pacientes)‡			
	Pre (*n* = 31)	Post (*n* = 31)	1 mes (*n* = 30)	1 año (*n* = 22)	Pre (*n* = 50)	Post (*n* = 50)	1 mes (*n* = 50)	1 año (*n* = 50)
Por estrés postraumático	80,6	3,2***	0***	0***	74	30***	28***	28***
Depresivo mayor	48,4	0***	0***	0***	54	28**	28***	28***
De angustia con/sin agorafobia	35,5	0***	0***	0*	38	16**	16**	16**
Otros trastornos de ansiedad	38,7	9,6**	3,3	0	38	18**	14***	12***
Fobia social	12,9	3,2	3,3	0	10	4	4	2
Fobia específica	12,9	6,4	3,3	0	20	12	10	8
Ansiedad generalizada	22,5	6,4	0*	0	20	10	6*	6*
Obsesivo compulsivo	9,6	0	0	0	10	4	4	4
Comorbilidad de los trastornos	74,2	3,2***	0***	0***	76	32***	28***	26***

Nota. Todos los valores son porcentajes.

‡Los datos perdidos han sido considerados fracasos terapéuticos y, por tanto, que los pacientes seguían teniendo en el postratamiento o en los seguimientos a 1 mes o a 1 año los trastornos mentales que presentaban en el pretratamiento.

*Diferencia estadísticamente significativa respecto al pretratamiento con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa respecto al pretratamiento con $p < ,01$. ***Diferencia estadísticamente significativa respecto al pretratamiento con $p < ,001$.

8.2. Efectividad del tratamiento en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.

En la tabla 8.2 se recoge la puntuación media que obtuvo la muestra de víctimas del presente trabajo en los tres cuestionarios que medían la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad en los diferentes momentos de evaluación. Como puede observarse en dicha tabla, la puntuación media en los tres cuestionarios se redujo de forma estadísticamente significativa ($p < .001$) en comparación al pretratamiento tanto en el postratamiento como en cada uno de los seguimientos realizados al mes, a los tres y seis meses y al año, y además esas reducciones representaban en todas las medidas y momentos de evaluación efectos de tamaño grande que oscilaban entre 1,24 y 2,52. Así, por ejemplo, en el seguimiento al año se encontró una reducción de más de dos desviaciones típicas en la sintomatología de estrés postraumático (d = 2,29) y de depresión (d = 2,52) y de más de una desviación típica en la sintomatología de ansiedad (d = 1,26).

Tabla 8.2. Niveles medios de sintomatología psicológica en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos

Sintomatología	Postratamiento (*n* = 29)			Seguimiento al mes (*n* = 28)			Seguimiento a 3 meses (*n* = 22)			Seguimiento a 6 meses (*n* = 20)			Seguimiento al año (*n* = 21)		
	Pre	Post	*d*	Pre	Seg.	*d*	Pre	Seg.	*d*	Pre	Seg.	d	Pre	Seg.	*d*
Estrés pos-traumático (PCL)	49,9 (12,7)	25,5*** (6,9)	2,52	49,1 (13,1)	25,9*** (7,1)	2,29	50,8 (13,4)	25,3*** (7,9)	2,39	49,8 (14,4)	25,2*** (6,6)	2,22	49,8 (13,2)	25,9*** (7,2)	2,29
Depresión (BDI-II)	21,1 (6,7)	6,7*** (5,9)	2,06	19,9 (9,0)	6,9*** (6,5)	1,53	20,9 (8,2)	5,9*** (4,8)	2,37	20,6 (9,2)	5,1*** (5,2)	2,06	21,1 (8,1)	5,9*** (4,8)	2,52
Ansiedad (BAI)	20,7 (13,3)	5,2*** (4,1)	2,52	20,4 (13,9)	7,2*** (7,6)	1,24	22,3 (14,5)	4,6*** (3,8)	1,77	20,4 (13,4)	5,6*** (6,2)	1,48	18,8 (12,7)	6,3*** (6,7)	1,26

Nota. Pre = pretratamiento. Post = postratamiento. Seg. = seguimiento. *d* = estadístico de tamaño del efecto (estadístico *d* de Cohen o diferencia estandarizada entre medias pretratamiento-postratamiento o entre medias pretratamiento-seguimiento). PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático. BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II. BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.
***Diferencia estadísticamente significativa respecto al pretratamiento con $p < ,00$

8.3. Efectividad del tratamiento en función de la presencia de cambios clínicamente significativos en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad

En la tabla 8.3 se presentan los porcentajes de víctimas que, en los diferentes momentos de evaluación, puntuaban en las medidas de sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad por encima de los puntos de corte establecidos para una sintomatología moderada-grave o clínicamente significativa en el instrumento correspondiente (PCL, BDI Y BAI). Como puede apreciarse en dicha tabla, tanto en el postratamiento como en cada uno de los seguimientos realizados al mes, a los tres y seis meses y al año, todos esos porcentajes se redujeron de forma estadísticamente significativa ($p < .001$) en comparación al pretratamiento y además esas reducciones representaron en todos las medidas y momentos de evaluación efectos de tamaño grande que oscilaban entre 19 y 69 puntos porcentuales. Así, por ejemplo, mientras que en el pretratamiento un 65% y un 42,9% de las víctimas presentaban niveles clínicamente significativos de estrés postraumático y de depresión, respectivamente, en el seguimiento al año tales porcentajes se redujeron a 0%, es decir, que todos los pacientes que mostraban inicialmente niveles moderados-graves de sintomatología de estrés postraumático o depresión presentaban en el seguimiento al año cambios clínicamente significativos en dicha sintomatología. De forma similar, aunque de manera menos pronunciada, en el seguimiento al año se encontró que tan solo un 19,2% de las víctimas presentaban niveles moderados-graves de ansiedad, mientras que ese porcentaje ascendía a 38,1% en el pretratamiento, es decir, que la mitad de los pacientes que mostraban inicialmente niveles moderados-graves de sintomatología de ansiedad presentaban en el seguimiento al año cambios clínicamente significativos en dicha sintomatología.

Tabla 8.3. Porcentajes de pacientes que mostraban niveles moderados-graves o clínicamente significativos de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos

Sintomatología	Puntuación (criterio) de significación clínica	Postratamiento (*n* = 29)		Seguimiento al mes (*n* = 28)		Seguimiento a 3 meses (*n* = 22)		Seguimiento a 6 meses (*n* = 20)		Seguimiento al año (*n* = 21)	
		Pre	Post	Pre	Seg.	Pre	Seg.	Pre	Seg.	Pre	Seg.
Estrés pos-traumático (PCL)	> 44	69	0***	65,5	0***	63,6	3,2***	65	0***	65	0***
Depresión (BDI-II)	> 19	48,4	3,4***	42,9	7,1***	45,5	0**	50	0***	42,9	0**
Ansiedad (BAI)	> 15	51,7	3,4***	50	7,2***	50	0***	50	5**	38,1	19,2

Nota. Todos los valores son porcentajes salvo que se indique lo contrario. Pre = pretratamiento. Post = postratamiento. Seg. = seguimiento. PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático. BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II. BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.
*Diferencia estadísticamente significativa respecto al pretratamiento con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa respecto al pretratamiento con $p < ,01$. ***Diferencia estadísticamente significativa respecto al pretratamiento con $p < ,001$.

8.4. Efectividad del tratamiento en función de si las víctimas estaban recibiendo adicionalmente farmacoterapia

En la tabla 8.4 se recogen las puntuaciones medias que obtuvieron las víctimas que tomaban medicación y las que no la tomaban en los cuestionarios de estrés postraumático, depresión y ansiedad y en los diferentes momentos de evaluación. Como se puede apreciar en dicha tabla, las puntuaciones medias de ambos grupos de víctimas en los cuestionarios no diferían de forma estadísticamente significativa tanto en el postratamiento como en cada uno de los seguimientos realizados al mes, a los 3 y 6 meses y al año. Sin embargo, las víctimas que también tomaban psicofármacos tendían a mostrar puntuaciones más altas en el pretratamiento que las víctimas que no tomaban psicofármacos tanto en sintomatología postraumática (d = 0,59) como depresiva (d = 0,50) o ansiosa (d = 0,90), aunque solamente para este último tipo de sintomatología la diferencia fue estadísticamente significativa (p = ,032). Por tanto, se llevó cabo un análisis de las diferencias entre los dos grupos de víctimas en cuanto a sus reducciones medias en sintomatología psicológica en el postratamiento y en los seguimientos respecto a sus niveles en el pretratamiento. Las reducciones medias de los dos grupos de víctimas también se recogen en la tabla 8.4 y, como puede apreciarse en la misma, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las víctimas que recibían farmacoterapia y las que no lo recibían en cuanto a las reducciones observadas en el postratamiento o en cualquiera de los seguimientos en síntomas de estrés postraumático y de depresión (todas p > ,05), excepto por la reducción observada en el postratamiento en sintomatología de estrés postraumático, la cual fue significativamente mayor en las víctimas con medicación que en las que no la tomaban (p = ,018) y, además, fue grande en términos del tamaño del efecto (d = 0,98). En consonancia con este último resultado, las reducciones en los síntomas de ansiedad que mide el BAI fueron también

significativamente mayores en las víctimas que tomaban psicofármacos que en las que no los tomaban, y esto tanto en el postratamiento como en cada uno de los seguimientos (excepto en el seguimiento año, en el que solo se encontró una tendencia con p = ,084). Además, esas diferencias en reducciones en ansiedad representaban en todos los momentos de evaluación efectos de tamaño grande que oscilaban entre 0,89 y 1,31.

Tabla 8.4. Comparación de los niveles y reducciones en sintomatología psicológica en los diferentes momentos de evaluación entre los pacientes que completaron la terapia y tomaban psicofármacos y los que la completaron y no los tomaban

Sintomatología	Con medicación (*n* = 14)	Sin medicación (*n* = 17)	*t*	*d*
De estrés postraumático (PCL)				
- Pretratamiento	53,4 (9,9)	46,4 (13,9)	1,58	0,59
- Postratamiento[a]	23,6 (6,7)	27,0 (7,1)	-1,29	-0,50
- Seguimiento al mes[b]	26,3 (5,7)	25,6 (7,9)	0,28	0,11
- Seguimiento a 3 meses[c]	24,1 (4,2)	26,3 (10,1)	-0,69	-0,29
- Seguimiento a 6 meses[d]	25,9 (5,4)	24,5 (7,9)	1,58	0,22
- Seguimiento al año[e]	27,4 (7,4)	24,5 (7,0)	0,90	0,42
- Reducción pre-post[a]	30,1 (9,4)	19,7 (12,2)	2,52*	0,98
- Reducción pre-seguimiento al mes[b]	27,2 (11,4)	20,8 (11,1)	1,51	0,59
- Reducción pre-seguimiento a 3 meses[c]	30,0 (11,1)	21,7 (12,1)	1,66	0,75
- Reducción pre-seguimiento a 6 meses[d]	29,0 (10,6)	20,3 (14,4)	1,53	0,72
- Reducción pre-seguimiento al año[e]	27,2 (13,7)	20,9 (9,5)	1,22	0,57
De depresión (BDI-II)				
- Pretratamiento	23,7 (6,6)	19,2 (10,8)	1,35	0,50
- Postratamiento[a]	6,7 (6,9)	6,7 (5,1)	-0,02	-0,01
- Seguimiento al mes[b]	6,8 (7,1)	6,9 (6,1)	-0,04	-0,02
- Seguimiento a 3 meses[c]	6,2 (4,7)	5,6 (5,0)	0,29	0,13
- Seguimiento a 6 meses[d]	5,8 (5,8)	4,4 (4,7)	0,59	0,28
- Seguimiento al año[e]	7,0 (4,6)	5,0 (5,0)	0,95	0,44
- Reducción pre-post[a]	17,0 (4,9)	12,3 (8,8)	1,70	0,66
- Reducción pre-seguimiento al mes[b]	15,8 (7,6)	12,3 (9,1)	1,06	0,43
- Reducción pre-seguimiento a 3 meses[c]	15,8 (6,2)	14,3 (7,9)	0,47	0,21
- Reducción pre-seguimiento a 6 meses[d]	17,4 (5,8)	13,6 (10,3)	1,01	0,48
- Reducción pre-seguimiento al año[e]	16,2 (6,4)	14,2 (6,4)	0,71	0,33
De ansiedad (BAI)				
- Pretratamiento	26,2 (15,1)	15,6 (9,3)	2,29*	0,90
- Postratamiento[a]	5,3 (4,2)	5,5 (4,1)	-0,12	-0,05
- Seguimiento al mes[b]	7,7 (10,8)	7,0 (4,7)	0,24	0,10
- Seguimiento a 3 meses[c]	4,6 (3,2)	4,6 (4,3)	0,01	0,01

Sintomatología	Con medicación (n = 14)	Sin medicación (n = 17)	t	d
- Seguimiento a 6 meses[d]	6,4 (7,7)	4,9 (4,6)	0,52	0,25
- Seguimiento al año[e]	7,3 (7,1)	5,4 (6,4)	0,65	0,30
- Reducción pre-post[a]	21,9 (14,2)	10,3 (9,9)	2,58*	1,00
- Reducción pre-seguimiento al mes[b]	20,8 (13,3)	8,5 (9,5)	2,83**	1,14
- Reducción pre-seguimiento a 3 meses[c]	25,5 (13,9)	11,2 (8,9)	2,90**	1,31
- Reducción pre-seguimiento a 6 meses[d]	20,6 (11,6)	9,0 (7,6)	2,63*	1,24
- Reducción pre-seguimiento al año[e]	17,7 (15,1)	7,8 (7,5)	1,87	0,89

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis) salvo que se indique lo contrario. PCL = Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático. BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II. BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.

[a]N = 29 (13 con medicación y 16 sin medicación); [b]N = 29 (12 con medicación y 17 sin medicación); [c]N = 22 (10 con medicación y 12 sin medicación); [d]N = 20 (10 con medicación y 10 sin medicación); [e]N = 22 (10 con medicación y 12 sin medicación).

*Diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos con p < ,05.

**Diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos con p < ,01.

***Diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos con p < ,001.

Capítulo 9.

Discusión

9. DISCUSIÓN

9.1. Efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas que sufren trastornos psicológicos

Los resultados del estudio empírico de la presente tesis doctoral confirman que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es efectiva o clínicamente útil para las víctimas de atentados terroristas que sufren TEPT, trastorno depresivo o trastorno de ansiedad ya que tanto en el postratamiento como en los diferentes seguimientos dicha terapia consiguió reducir de forma tanto estadística como clínicamente significativa la prevalencia de dichos trastornos y la sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva. Estos resultados se suman así a los datos de los pocos estudios previos que también han establecido la efectividad o utilidad clínica de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas, especialmente para las que padecen TEPT (Brewin et al., 2008; García Vera y Romero Colino, 2004; Gillespie et al., 2002; véase la revisión de García-Vera et al., 2015, y el capítulo 5). De hecho, los resultados encontrados en este estudio son comparables a los que informaban esos trabajos previos. Por ejemplo, Gillespie et al. (2002) y Brewin et al. (2008) hallaron que en el postratamiento el 73,1% y el 87%, respectivamente, de los pacientes que completaron la terapia habían mejorado clínicamente en su sintomatología postraumática, mientras que en el presente estudio dicho porcentaje fue del 100%. Consistentemente, Gillespie et al. (2002) y Brewin et al. (2008) también encontraron descensos pretratamiento-postratamiento en la sintomatología postraumática que alcanzaban tamaños del efecto (*d*) de 2,47 y 1,99-2,53, respectivamente, mientras que en el presente estudio dicho descenso fue de 2,52.

Es más, los resultados del presente estudio también se suman a los del único estudio (Brewin et al., 2010) que ha establecido que los beneficios clínicos de la terapia

cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas se mantienen a largo plazo, al menos, en seguimientos realizados al año, y, además, también lo hacen con magnitudes comparables. Brewin et al. (2010) encontraron descensos en la sintomatología postraumática entre el pretratamiento y el seguimiento al año que alcanzaban un tamaño del efecto (*d*) de entre 1,5 (para los pacientes con todo tipo de trastornos) y 1,78 (para los pacientes con TEPT), mientras que en el presente estudio dichos descensos fueron de 2,29, 2,39, 2,22 y 2,29 en los seguimientos al mes, 3 meses, 6 meses y al año, respectivamente.

Pero, lo que es más novedoso respecto a los estudios previos, es que los buenos resultados terapéuticos del presente estudio se han hallado en víctimas que sufrían TEPT, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad más de 23 años, como media, después del atentado. Por tanto, este estudio demuestra por primera vez que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es también eficaz o útil clínicamente para las víctimas del terrorismo que sufren trastornos mentales a muy largo plazo, es decir, muchos años después de haber sufrido el atentado terrorista. Es más, los datos de este estudio también sugieren que, en general, las intervenciones basadas en los tratamientos psicológicos eficaces para el TEPT en víctimas recientes, es probable que también sean útiles en la práctica clínica habitual en víctimas que sufren TEPT muchos años después de los atentados terroristas.

Otra novedad del presente estudio es que demuestra que la efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma no se limita al TEPT o a la sintomatología postraumática, sino que, al añadir técnicas específicas para otros trastornos que aislada o concurrentemente pueden sufrir las víctimas del terrorismo (p. ej., programación de actividades agradables para la depresión), dicha efectividad se extiende a los trastornos depresivos y de ansiedad que pueden sufrir las víctimas del

terrorismo. Así, por ejemplo, el porcentaje de víctimas con trastorno depresivo mayor pasó del 48,4% (o 54% según un análisis de intención de tratar) en el pretratamiento al 0% (o 28%) en el postratamiento y en el seguimiento al año, lo que suponía que el 100% (o el 48%) de los pacientes con trastorno depresivo mayor ya no cumplían los criterios para dicho trastorno al finalizar la terapia y al año de su terminación. Esta mejoría, además, era coherente con la reducción encontrada en todos los pacientes tratados en la sintomatología depresiva medida por el BDI-II y que alcanzó un tamaño del efecto de 2,06 en el postratamiento y de 2,52 en el seguimiento al año. De forma similar, el porcentaje de víctimas con trastorno de angustia con o sin agorafobia pasó del 35,5% (o 38% según un análisis de intención de tratar) en el pretratamiento al 0% (o 16%) en el postratamiento y en el seguimiento al año, lo que suponía que el 100% (o el 50%) de los pacientes con trastorno de angustia con o sin agorafobia ya no cumplían los criterios para dicho trastorno al finalizar la terapia y al año de su terminación. Esta mejoría, además, era coherente con la reducción encontrada en todos los pacientes tratados en la sintomatología ansiosa medida por el BAI y que alcanzó un tamaño del efecto de 2,52 en el postratamiento y de 1,26 en el seguimiento al año.

9.2. Eficacia frente a efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas

Por otro lado, los resultados del presente estudio de efectividad son comparables a los encontrados en los estudios de eficacia de la terapia cognitivo-conductual tanto para las víctimas del terrorismo como para las víctimas de otros acontecimientos traumáticos. Por ejemplo, en su revisión del tratamiento de las víctimas del terrorismo, García-Vera et al. (2015) informaban que el porcentaje de víctimas que mostraban una mejoría clínicamente significativa en el TEPT en los estudios de eficacia de la terapia

cognitivo-conductual era, como media, del 50,9% en el postratamiento según un análisis de intención de tratar (véase el capítulo 5), mientras que en el presente estudio, según ese mismo análisis de intención de tratar, el porcentaje de víctimas con TEPT pasó del 74% en el pretratamiento al 30% en el postratamiento y al 28% en el seguimiento al año, lo que suponía que el 59,4% de los pacientes con TEPT habían mejorado de una manera clínicamente significativa al finalizar la terapia y que el 62,1% lo habían hecho al año. Por su parte, Cahill, Rothbaum, Resick y Follette (2009) revisaron los estudios de eficacia de la terapia cognitivo-conductual para víctimas que sufrían TEPT por todo tipo de acontecimientos traumáticos e informaron de los tamaños del efecto (*d*) de las diferencias pretratamiento-postratamiento en sintomatología postraumática. Excluyendo a los veteranos de guerra que suelen tener peores resultados terapéuticos (Bisson et al., 2007; Bradley et al., 2005), la media ponderada de los tamaños del efecto pretratamiento-postratamiento para las víctimas que completaron el tratamiento fue de 1,73, mientras que en el presente estudio fue de 2,52. Incluso en relación con los estudios de eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el trastorno depresivo mayor o los trastornos de ansiedad en todo tipo de pacientes (no necesariamente víctimas de atentados ni víctimas de otros acontecimientos traumáticos), los resultados del presente estudio son comparables. Así, por ejemplo, recientemente Cuijpers et al. (2014) llevaron a cabo un metaanálisis sobre la eficacia de la psicoterapia para la depresión mayor en adultos y encontraron que, en el postratamiento, las puntuaciones en el BDI-II de los pacientes habían descendido una media de 12,7 puntos en el caso de las terapias cognitivo-conductuales y de 15,1 puntos en el caso de todo tipo de psicoterapias, mientras que en el presente estudio dicha reducción en las víctimas de atentados fue de 14,4 puntos y, en el seguimiento al año, de 15,2 puntos. En la misma línea, Norton y Price (2007) estimaron, en su metaanálisis de tratamientos cognitivo-conductuales para

los trastornos de ansiedad en adultos, tamaños del efecto (*d*) de las diferencias pretratamiento-postratamiento de 1,53, 1,27, 1,50 y 1,80 para, respectivamente, el trastorno de pánico con o sin agorafobia, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de ansiedad generalizada, mientras que en el presente estudio los tamaños del efecto para las diferencias pretratamiento-postratamiento y pretratamiento-seguimiento en la sintomatología ansiosa medida por el BAI fueron, respectivamente, 2,52 y 1,26.

En consecuencia, los resultados del presente estudio, tanto en relación con el TEPT que pueden sufrir las víctimas de atentados terroristas como en relación con los trastornos depresivos o de ansiedad que también pueden padecer, se unen a los de otros estudios previos que demuestran que los resultados de la terapia cognitivo-conductual y, en general, de los tratamientos psicológicos que gozan de apoyo empírico a través de ensayos clínicos controlados aleatorizados, parecen ser tan buenos en la práctica clínica habitual como en esos estudios de eficacia y que, por tanto, es posible trasladar los tratamientos avalados empíricamente desde los contextos de investigación a la práctica clínica cotidiana (Estupiñá Puig y Labrador Encinas, 2012; García-Palacios et al., 2002; Shadish, Navarro, Matt y Phillips, 2000; Stewart y Chambless, 2009; aunque también véase Barkham et al., 2008, y Gibbons et al., 2010, para algunas dificultades en esa traslación).

9.3. Limitaciones del estudio empírico

Este estudio tiene varias limitaciones, algunas de las cuales reflejan las características propias de un estudio de efectividad frente a un estudio de eficacia. En este sentido, por ejemplo, la ausencia de un grupo de control de lista de espera hace muy difícil establecer con certeza que los buenos resultados encontrados fueran debidos al

tratamiento *per se* más que a los procesos naturales de recuperación. No obstante, al menos dos estudios previos realizados en otros países y que han utilizado diseños experimentales (ensayos clínicos aleatorizados) con grupo de control han demostrado la eficacia para las víctimas de atentados terroristas de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en comparación a la lista de espera (Difede, Cukor et al., 2007; Duffy et al., 2007). Además, dado que las víctimas del presente estudio habían experimentado el atentado terrorista hacía más de 23 años como media y puesto que la mayoría de las recuperaciones espontáneas del TEPT tras un atentado terrorista se suelen producir en los primeros 4 años (cf. los resultados del metaanálisis de Morina et al., 2014, comentados en la Introducción) y, en particular, el 82-85% de las víctimas con TEPT ya se han recuperado de forma espontánea a los 4-8 años de un atentado (Cukor et al., 2011; Neria et al., 2010; aunque véase Brackbill et al., 2009, para tasas menores), es más que probable que la mejora observada en el presente estudio tras el tratamiento se debiera al propio tratamiento y no a dichos procesos de recuperación espontánea.

Una segunda limitación se centra en el elevado número de víctimas que en el presente estudio no quisieron recibir el tratamiento o bien abandonaron el mismo. De las 88 personas a las que se ofreció tratamiento por tener un diagnóstico de TEPT, trastorno depresivo o trastorno de ansiedad, 38 (43,2%) rechazaron dicho tratamiento y otras 19 lo abandonaron tras haberlo aceptado (lo que suponía un 21,6% de las víctimas a las que se ofreció el tratamiento y un 38% de las que iniciaron el mismo). Esta última tasa de abandono terapéutico (38%) es más alta que las tasas medias de los estudios previos de eficacia y efectividad de la terapia cognitivo-conductual para víctimas de atentados terroristas (23,5% y 5,9%, respectivamente, según la revisión de García-Vera et al., 2015) y que las tasas medias de los estudios sobre la terapia psicológica del TEPT en todo tipo de víctimas (21,1% según el metaanálisis de Bradley et al., 2005, y 18,3%

según el más reciente de Imel, Laska, Jakupcak y Simpson, (2013). Posiblemente, tanto esa elevada tasa de abandono como la de rechazo estén relacionadas con dos características del presente estudio que son inherentes a su propio diseño: a las víctimas se les ofreció tratamiento una media de más de 23 años después de haber sufrido el atentado terrorista y la inmensa mayoría de las víctimas (94,4%) fueron reclutadas mediante un procedimiento de acercamiento (*outreach*) o localización telefónica, en lugar de responder a una solicitud directa o indirecta de ayuda por su parte. Tal y como algunas víctimas nos comentaron personalmente, cabe la posibilidad de que muchas de las víctimas que rechazaron el tratamiento o abandonaran el mismo estuvieran desencantadas y fueron escépticas ante cualquier tipo de terapia después de haber transcurrido tantos años desde los atentados y haber pasado sin éxito por muchos profesionales y tratamientos de muy diversa índole. Por otro lado, puesto que las víctimas vivían en diferentes localidades de las comunidades de Murcia, Extremadura, Valencia, Galicia, Madrid y Castilla-La Mancha, algunas de ellas también nos comentaron que habían rechazado o abandonado el tratamiento al saber que tenían que acudir semanalmente a una ciudad distinta a la de su lugar de residencia. En cualquier caso, aumentar la aceptación y la adherencia al tratamiento entre las víctimas de atentados terroristas que sufren TEPT, trastornos depresivos o de ansiedad constituye un reto importante para la investigación futura en esta área.

Una tercera limitación tiene que ver con el grado en que el contexto y la estructura de tratamiento utilizadas para aplicar la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en el presente estudio puedan no ser representativos de los contextos clínicos ambulatorios habituales. Stewart y Chambless (2009) han propuesto unos criterios y unas valoraciones numéricas para estimar el grado de representatividad clínica de un estudio dado y que, por tanto, permiten cuantificar el grado en que dicho estudio es un

estudio de efectividad o utilidad clínica en una escala de 0 a 9 (de poco a muy representativo de las condiciones de la práctica clínica habitual). Utilizando dichos criterios y valoraciones, el presente estudio obtendría una puntuación de 6,5. Aunque este valor de representatividad clínica es menor que los que la revisión de García-Vera et al. (2015) asignaba a los estudios previos sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para víctimas de atentados terroristas (7,5 para el estudio de Gillespie et al., 2002, y 8 para los estudios de Brewin et al., 2008, y de García-Vera y Romero Colino, 2004), dicho valor es mayor que la puntuación media teórica de la escala (4,5) y sugiere que el presente estudio representa de forma moderada la práctica clínica cotidiana. Es más, dicha puntuación es superior a las obtenidas por los estudios de eficacia revisados por García-Vera et al. (2015) y que oscilaban entre 2 y 5,5, con una media de 3,7.

Por último, un 45,2% de las víctimas que completaron el tratamiento en el presente estudio estaban tomando medicación psicotrópica. Aunque precisamente esta es una de las características que refleja la representatividad clínica del estudio según los criterios de Stewart y Chambless (2009), cabría la posibilidad de que la medicación o su efecto sinérgico con la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma fueran los responsables de los beneficios terapéuticos encontrados en el presente estudio. Sin embargo, estas dos posibilidades, sobre todo la primera, no parecen muy plausibles ya que, en primer lugar, los psicofármacos no habían tenido los beneficios esperados hasta que las víctimas iniciaron el tratamiento psicológico (a pesar de que muchas de ellas los llevaban tomando durante años) y, en segundo lugar, no se encontraron, en general, diferencias estadísticamente significativas entre las víctimas que tomaban psicofármacos y las que no lo hacían en las reducciones en sintomatología de estrés postraumático y de depresión observadas en el postratamiento y en cualquiera de los

seguimientos. No obstante, sí se encontró que las víctimas que tomaban psicofármacos mostraban significativamente y en todos los momentos de evaluación una mayor reducción en la sintomatología de ansiedad medida por el BAI que las víctimas que no los tomaban, así como una mayor reducción en la sintomatología de estrés postraumático en el postratamiento, y todas estas diferencias fueron grandes en términos del tamaño del efecto ($d > 0{,}80$), por lo que no es factible descartar del todo posibles efectos sinérgicos de la medicación y la psicoterapia. Sería, pues, interesante realizar nuevos estudios que examinen de forma específica las ventajas de aplicar la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en combinación con psicofármacos o en solitario, máxime cuando, en general, la investigación previa no ha encontrado hasta ahora pruebas sólidas de que añadir farmacoterapia a la psicoterapia sea significativamente más eficaz que utilizar la psicoterapia en solitario, ni para el TEPT ni para cualquier trastorno de ansiedad, excepto para la fobia social y el trastorno depresivo (Huhn et al., 2014).

Capítulo 10.

Conclusiones

10. CONCLUSIONES

Como ha podido comprobarse en capítulos anteriores, el terrorismo es una peligrosa y latente amenaza en el mundo actual, situándose en el quinto lugar de los problemas más preocupantes a los que hace frente la Unión Europea (Comisión Europea, 2014).

En el año 2014 se produjeron en el mundo 9.707 atentados terroristas que provocaron 17.891 muertos, 32.577 heridos y 2.990 secuestrados (START, 2014), cifras a las que habría que sumar los familiares y allegados de fallecidos y heridos, así como las víctimas indirectas (personal de emergencias y rescate y población general).

Aunque es cierto que la mayoría de estos atentados han tenido lugar en Oriente Medio y en el sur de Asía, la mayor parte de las regiones del mundo se han visto afectadas por este fenómeno de alguna u otra manera. Concretamente en España, el número total de víctimas mortales que ha dejado el terrorismo en los últimos 45 años ha sido de 1220 personas fallecidas (Fundación Víctimas del Terrorismo, 2014), más los miles de heridos con secuelas graves.

Pese a que tras un atentado terrorista la mayoría de las personas afectadas, tanto si son víctimas directas como indirectas, no desarrollarán trastornos mentales como consecuencia del mismo y conseguirán recuperarse sin secuelas psicopatológicas significativas, un porcentaje importante de sus víctimas si sufrirán dichas consecuencias, siendo el trastorno por estrés postraumático (TEPT), el trastorno depresivo y los trastornos de ansiedad los trastornos más frecuentes (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2010, 2015; Salguero et al., 2011).

De estos trastornos mentales, el trastorno por estrés postraumático es el que se ha mostrado más prevalente y por tanto el que mayor atención científica ha recibido. En el caso de las víctimas directas la prevalencia oscila entre un 10% y un 30% (véase en

DiMaggio y Galea, 2006; Gonzalez-Brignardello y Martín Vázquez, 2004), aumentando este porcentaje hasta un 40% según algunos estudios (García-Vera y Sanz, 2015). En el caso de los familiares y allegados de víctimas mortales o heridas la prevalencia se reduce a un 27,6%, encontrando disminuciones todavía más significativas en las víctimas indirectas, (personal de emergencia y rescate y la población general), con unas tasas que fluctúan entre un 16,8% y un 10,9% respectivamente (García-Vera y Sanz, 2015).

El trastorno depresivo y los trastornos de ansiedad, aunque con una menor prevalencia, siguen siendo frecuentes en las víctimas del terrorismo. En este sentido, las víctimas directas, familiares y heridos de víctimas mortales y heridos han mostrado una tasa de frecuencia del trastorno depresivo entre un 13,3% y un 47,7%, siendo muy superiores a las encontradas en las víctimas indirectas (8%-9%) (véase la revisión de García-Vera y Sanz, 2010; Salguero et al., 2010). Por último, dentro de los trastornos de ansiedad, el trastorno por pánico, la agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada han sido los trastornos más frecuentes. En este sentido, y según la revisión de García-Vera y Sanz, (2010), en las víctimas directas la prevalencia para el trastorno por pánico se encuentra en un 6,1% y en un 19,8% para la agorafobia.

A pesar de conocer las repercusiones psicopatológicas del terrorismo y sabiendo que en muchos casos estos trastornos no suelen remitir con el tiempo y parecen crónicos, en especial en las víctimas directas (García-Vera y Sanz, 2010; Morina et al., 2014) no ha sido hasta hace pocos años, especialmente después de los atentados del 11 de septiembre en Nueva York, cuando se han empezado a crear programas de investigación para conocer en detalle las repercusiones psicopatológicas en las víctimas, así como la eficacia o efectividad de los tratamientos.

Respecto a la eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para víctimas de atentados terroristas, en los últimos años se encuentran al menos cuatro estudios que han analizado la eficacia de los tratamientos psicológicos para el TEPT en víctimas de atentados terroristas, al comparar la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma respecto a una condición de lista de espera o de tratamiento habitual (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor et al., 2007; Difede, Malta et al., 2007; Duffy et al., 2007. véase García-Vera et al., 2015). Los resultados de estos estudios coinciden en señalar no solo que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz, sino que debe considerarse hoy en día la terapia de elección para las víctimas de atentados terroristas que sufren TEPT, ya que es la única que cuenta hasta ahora con aval empírico directo (García-Vera et al., 2015). En cuanto a los estudios de efectividad, se encuentran al menos tres de ellos que confirman que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma no solo es eficaz, sino también útil en la práctica clínica habitual (Brewin et al., 2008; García Vera y Romero Colino, 2004; Gillespie et al., 2002; véase la revisión de García-Vera et al., 2015). Sin embargo, estos tres estudios de efectividad además de ser pocos, se han realizado todos ellos con víctimas de atentados terroristas relativamente recientes, y únicamente se han centrado en examinar la efectividad con víctimas que sufren TEPT, sin valorar otros trastornos mentales que pueden presentar, como el trastorno depresivo o de ansiedad. Así mismo, el mantenimiento de dicha utilidad tampoco ha sido examinado con detalle.

Con el fin de validar los resultados encontrados en los estudios de efectividad realizados hasta la fecha y poder dar respuesta a alguna de las necesidades o interrogantes, se ha realizado esta tesis doctoral, cuyo principal objetivo ha sido examinar con un metodología cuasi experimental la efectividad o utilidad clínica del tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma para víctimas de atentados

terroristas con trastornos mentales a muy largo plazo, en concreto, con TEPT, trastornos depresivos o trastornos de ansiedad tras haber pasado una media de más de 23 años tras el atentado. Para ello se utilizó una muestra incidental de víctimas, habiendo resultado todas ellas heridas o bien siendo familiares de primer grado de personas heridas o familiares de primer grado de personas fallecidas en un atentado. La efectividad del tratamiento se analizó en términos de: 1) la presencia de TEPT o de trastornos de ansiedad o depresión diagnosticables en el postratamiento y en los seguimientos a un mes y a un año; 2) la presencia de sintomatología postraumática, depresiva o ansiosa en el postratamiento y en todos los seguimientos (1, 3, 6 meses y al año); 3) la presencia de cambios clínicamente significativos, es decir, la existencia en el postratamiento y en todos los seguimientos de sintomatología postraumática, depresiva o ansiosa que estuviera por debajo de los puntos de corte para una sintomatología moderada-grave o clínicamente significativa, y 4) la ausencia de diferencias en los niveles de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa entre las víctimas con o sin medicación.

De los resultados de esta tesis doctoral pueden extraerse, en resumen, las siguientes conclusiones:

1. El tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma se ha mostrado efectivo para el trastorno por estrés postraumático, el trastorno depresivo mayor o los trastornos de ansiedad en víctimas de atentados terroristas, en la medida en que ha conseguido que desaparezcan dichos trastornos en el postratamiento y en los seguimientos del mes y del año, mostrando diferencias estadísticamente significativas en todos los momentos de medida. Estas diferencias se observan en los análisis con datos completos (con aquellos sujetos que iniciaron y finalizaron el tratamiento), como los datos con intención de tratar (todos los sujetos que iniciaron el tratamiento, pero que

no lo finalizaron). La comorbilidad psicopatológica mostrada por estos pacientes en el pretratamiento también descendió de manera estadísticamente significativa e importante tanto en los diferentes momentos de evaluación como según los diferentes tipos de análisis.

2. El tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma se ha mostrado efectivo en la medida en la que existe una reducción estadísticamente significativa en las medidas de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa en el postratamiento y en los diferentes seguimientos (al mes, 3 meses, 6 meses y un año).

3. El tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma se ha mostrado efectivo en la medida en la que existe una reducción clínicamente significativa en las medidas de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa en el postratamiento y en los diferentes seguimientos (al mes, 3 meses, 6 meses y un año) al conseguir reducir la sintomatología por debajo de los puntos de corte establecidos para una sintomatología moderada-grave o clínicamente significativa.

4. El tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma se ha mostrado efectivo en la medida en que al comparar las víctimas que tomaban psicofármacos con las víctimas que no los tomaban, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de víctimas en la sintomatología psicológica presentada en el postratamiento ni en la presentada en los seguimientos realizados al mes, a los 3 y 6 meses y al año.

5. Estos resultados se suman a los pocos estudios previos sobre la efectividad o utilidad clínica de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas, siendo comparables estos resultados a los estudios de Brewin et al., (2008); García Vera y Romero Colino, (2004); Gillespie et al., (2002; véase la revisión de García-Vera et al., 2015), reafirmado así el planteamiento de que en

la actualidad el tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma debe ser la terapia de elección para las víctimas de atentados terroristas.

6. Estos resultados también se suman a los del único estudio (Brewin et al., 2010) que ha establecido que los beneficios clínicos de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas se mantienen a largo plazo, al menos, en seguimientos realizados al año, y además, también lo hacen con magnitudes comparables, siendo superiores tales magnitudes en nuestro estudio en todos los momentos de medida.

7. Uno de los aspectos más novedosos de esta investigación es que los resultados terapéuticos se han mostrado en víctimas que sufrían TEPT, trastorno depresivo y trastornos de ansiedad más de 23 años, como media, después del atentado, demostrando por primera vez que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es también útil clínicamente para las víctimas del terrorismo que sufren trastornos mentales a muy largo plazo.

8. Por último, otro aspecto que se extrae de los resultados de nuestro estudio es que la efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma no se limita al trastorno por estrés postraumático o a la sintomatología postraumática, sino que al añadir técnicas específicas para otros trastornos que pueden sufrir las víctimas, dicha efectividad se extiende a los trastornos depresivos y de ansiedad.

Por supuesto, estas conclusiones deben contemplarse en el contexto de las limitaciones del presente trabajo, entre las que cabe destacar la ausencia de un grupo control, el contexto y estructura utilizadas en la terapia y el elevado número de abandonos y rechazos terapéuticos, lo que dificulta la generalización de los resultados y el conocer con certeza si estos son debidos únicamente al tratamiento.

Para concluir, los resultados encontrados en la presente tesis doctoral justifican ampliamente la necesidad de situar la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma como tratamiento de primera elección para las víctimas de atentados terroristas, independientemente de los años transcurridos desde el atentado. Así mismo, además de que los resultados se mantienen al año de finalizar la terapia, se ha demostrado que al añadir al tratamiento técnicas específicas para el trastorno depresivo y los trastornos de ansiedad, la efectividad se generaliza a dichos trastornos.

Referencias bibliográficas

11. BIBLIOGRAFIA

Abenhaim, L., Dab, W., y Salmi, L. R., (1992). Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). *Journal of Clinical Epidemiology, 45,* 103-109.

American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Recuperado el 19 de junio de 2009 de: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/PTSD-PG-PartsA-B-C-New.pdf

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R (3th ed. text revision).* Washington, DC: APA (trad. cast: Barcelona, Masson, 1988).

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (4th ed.).* Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (4th ed. text revision).* Washington, DC: APA (trad. cast: Barcelona, Masson, 2002).

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-5*. Arlington, VA: APA (trad. cast: Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2014).

Ankri, Y. L., Bachar, E., y Shalev, A Y. (2010). Reactions to terror attacks in ultra-Orthodox Jews: The cost of maintaining strict identity. *Psychiatry, 73,* 190-197.

Asamblea General de las Naciones Unidas (2005). *Documento final de la Cumbre Mundial 2005*. Resolución 60/1 aprobada por la Asamblea General el 16 de

septiembre de 2005. Naciones Unidas. Recuperado de: http://www.un.org/spanish/summit2005/documents.htm

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2007). *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne, Victoria: ACPMH.

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). *Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne, Victoria: ACPMH.

Bados, A. (2005). *Trastorno por estrés postraumático*. Department de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Facultat de Psicología, Universitat de Barcelona. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/356/1/117.pdf

Baldor Tubet, I., Jerez Álvarez, M. C., y Rodríguez Piedra, R. (2005). Intervención con grupos de víctimas del 11-M desde un centro de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 24*, 43-63.

Barkham, M., Stiles, W. B., Connell, J., Twigg, E., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Bower, P., King, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., Greenberg, L., y Angus, L. (2008). Effects of psychological therapies in randomized trials and practice-based studies. *British Journal of Clinical Psychology, 47*, 397-415.

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*, 893-897.

Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson Educación.

Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Bisson, J., y Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, 3*. Art. No.: CD003388.

Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., y Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 190*, 97-104.

Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kalopek, D. G., Charney, D. S., y Keane, T. M. (1995). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS-DX)*. Boston, MA: Boston VA Medical Center, National Center for Posttraumatic Stress Disorder, Behavioral Science Division.

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.

Brackbill, R. M., Hadler, J. L., DiGrande, L., Ekenga, C. C., Farfel, M. R., Friedman, S., Perlman, S. E., Stellman, S. D., Walker, D. J., Wu, D., Yu, S., y Thorpe, L. E. (2009). Asthma and posttraumatic stress symptoms 5 to 6 years following exposure to the world trade center terrorist attack. *JAMA-Journal of the American Medical Association, 302*, 502-516.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., y Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*, 214-227.

Brewin, C. R., Fuchkan, N., Huntley, Z., Robertson, M., Thompson, M., Scragg, P., d'Ardenne, P., y Ehlers, A. (2010). Outreach and screening following the 2005

London bombings: usage and outcomes. *Psychological Medicine, 40*, 2049-2057.

Brewin, C. R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P., y Ehlers, A., on behalf of the 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.

Brooks, N., y McKinlay, W. (1992). Mental Health Consequences of the Lockerbie Disaster. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 527-543.

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., Sackville, T., Dang, S., Mould, M., y Guthrie, R (1999). Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1780-1786.

Buesa, M., Valiño, A., Baumert, T., y Heijst, J. (2008). *Economía del terrorismo: teoría y aplicaciones* (documento de trabajo nº 4). Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/cet/documentos%20trabajo/Terror_teoyap_documento.pdf

Buesa, M., Valiño, A., Heijst, J., Baumert, T., y González Gómez (2005). *Evaluación del coste directo de los atentados terroristas del 11-M para la economía de la Comunidad de Madrid* (documento de trabajo nº 51). Instituto de Análisis Industrial y Financiero. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: http://eprints.ucm.es/7937/1/51.pdf.

Cahill, S. P., Rothbaum, B. O., Resick, P. A., y Follette, V. M. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adults. En E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman y J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 139-222). Nueva York: Guilford.

Capita, M. (2007). *El concepto jurídico de terrorismo. Los delitos de terrorismo en el Código Penal de 1995, un análisis doctrinal y jurisprudencial. Especial referencia al terrorismo individual*. Tesis Doctoral. Universidad Carlos III de Madrid.

Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectrums, 14*, 32-43.

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., y Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1067-1074.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2ª ed.)*. Hillsdale, NJ: LEA.

Comisión Europea (2014). *Standard Eurobarometer 82. Public opinion in the European Union* (Nº del proyecto: 2014.7256). Recuperado de: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb82/eb82_first_en.pdf

Counterterrorism Threat Assessment and Warning Unit, Counterterrorism Division. (1999). *Terrorism in the United States, 1999: 30 years of terrorism, a special retrospective edition*. Recuperado de: http://www.fbi.gov/publications/terror/terror99.pdf

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., y van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on

remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 159*, 118-126.

Cukor, J., Wyka, K., Mello, B., Olden, M., Jayasinghe, N., Roberts, J., Glosan, C., Crane, M., y Difede, J. (2011). The longitudinal course of PTSD among disaster workers deployed to the World Trade Center following the attacks of September 11th. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 506-514.

Curran, P. S. (1988) Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969-1987. *British Journal of Psychiatry, 153*, 470-475.

David, D., Mellman, T.A., Mendoza, L.M., Kulick-Bell, R., Ironson, G., y Schneiderman, N., (1996). Psychiatric morbidity following Hurricane Andrew. *J Trauma Stress, 9*, 607-612.

De la Calle, L., y Sánchez-Cuenca, I., (2004). La selección de víctimas en ETA. *Revista Española de Ciencia Política, 10*, 53-79.

Diario Oficial de las Comunidades Europeas, (2001). *Posición Común del Consejo sobre la aplicación de medidas específicas de lucha contra el terrorismo*, de 27 de diciembre de 2001, 93-96.

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*, 559-566.

Dirección de Atención a las Víctimas del Terrorismo del Gobierno Vasco (2015). *Número de víctimas mortales en atentados terroristas.* España. Obtenida el 30 de marzo de 2015, de http://interior.euskadi.net/.

Duffy, M., Gillespie, K., y Clark, D. M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial. *BMJ, 334*, 1147-1150.

Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.

Estupiñá Puig, F. J., y Labrador Encinas, F. J. (2012). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for major depressive disorder in a university psychology clinic. *The Spanish Journal of Psychology, 15*, 1388-1399.

Ferro García, R., y Vives Montero, M. C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace@, 16*, 97-99.

First, M. B., Spitzar, R. L., Williams, J. B. W., y Gibbon, M. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-Clinical Version* (SCID-CV) (User´s Guide and Interview) Washington. American Psychiatric Press.

First, M. B., Spitzar, R. L., Williams, J. B. W., y Gibbon, M. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-I-VC).* Barcelona. Masson.

Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment, 9*, 445-451.

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

Foa, E. B., y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: a cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford.

Franz, V. A., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Mete, M. y Dutton, M. A. (2011). Predictors of the impact of the september 11th terrorist attacks on victims of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 530-537.

Fundación Víctimas del Terrorismo (2014). *Víctimas del terrorismo. Asesinados por ETA, GRAPO y otros grupos y atentados del 11 de marzo*. España. Obtenido el 21 de julio de 2014: http://www.fundacionvt.org.

Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist Attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine, 346*, 982-987.

Galea, S., Nandi, A., y Vlahov, D (2005). The epidemiology of posttraumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews, 27*, 78-91.

Gamache, C., DeMarni, L., DePrince, A., y Freyd, J. (2013). The Role of Cumulative Trauma, Betrayal, and Appraisals in Understanding Trauma Symptomatology. *Psychol Trauma, 1*, 110–118.

García-Palacios, A., Botella, C., Robert, C., Baños, R., Perpiñá, C., Quero, S., y Ballester, R. (2002). Clinical utility of cognitive-behavioural treatment for panic disorder. Results obtained in different settings: a research centre and a public mental health care unit. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 373-383.

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., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A., y Marotta, 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 Sanz, J. (2006). Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitivo-conductual y en parches de nicotina. *Psicooncología, 3*, 269-290.

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. (2015). Psychopathological consequences of terrorism: the prevalence of post-traumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. En J. A. del Real Alcalá (Ed.), *Fundamental rights and vulnerable groups*. Sharjah, UAE: Bentham Science Publishers.

García-Vera, M. P., y Sanz, J. (en prensa). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Gidron, Y., Kaplan, Y., Velt, A., y Shalem, R. (2004). Prevalence and moderators of terror-related post-traumatic stress disorder symptoms in Israeli citizens. *The Israel Medical Association Journal, 6*, 387-391.

Gibbons, C. J., Fournier, J. C., Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., y Beck, A. T. (2010). The clinical effectiveness of cognitive therapy for

depression in an outpatient clinic. *Journal of Affective Disorders, 125,* 169-176.

Gil, S. (2005). Coping style in predicting posttraumatic stress disorder among Israeli students. *Anxiety, stress and coping, 18,* 351-360.

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.

Gonzalez-Brignardello, M. P., y Martín Vázquez, A.M. (2004). Tratamiento de un caso de trastorno de estrés postraumático con EMDR dentro de un marco cognitivo-conductual. *Clínica y Salud, 15,* 337-354.

Grieger, T., Cozza, S., Ursano, R., Hoge, C., Martinez, P., Engel, C., y Wain, H. (2006). Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Battle-Injured Soldiers. *Am J Psychiatry, 163,* 1777–1783.

Grieger, T. A., Fullerton, C. S., y Ursano, R. J. (2004). Posttraumatic stress disorder, depression, and perceived safety 13 months after September 11. *Psychiatric Services 55,* 1061-1063.

Grieger, T., Staab, M., Cardeña, R., McCarroll, M., Brandt, G., Fullerton, C., y Ursano, R. (2000). Acute stress disorder and subsequent posttraumatic stress disorder in a group of exposed disaster workers. *Depression and anxiery. 11,* 183-184.

Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio (2004). *Un mundo más seguro: la responsabilidad que compartimos*. Naciones Unidas. Recuperado de: http://www.un.org/es/events/pastevents/a_more_secure_world/

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., y el Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los

trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica, 126*, 445-451.

Herrera Echeverri, J. D. (2009). *Cooperación franco-española frente al terrorismo de eta durante los gobiernos de José Luis Rodríguez Zapatero, Jacques Chirac y Nicolás Sarkozy. Facultad de Relaciones Internacionales*. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá.

Holman, E. A., Silver, R. C., Poulin, M., Anderson, J., Gil-Rivas, V., y McIntosh, D. N. (2008). Terrorism, acute stress, and cardiovascular health: a 3-year national study following the September 11th attacks. *Archives of General Psychiatry, 65*, 73-80.

Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G., Leucht, C., Samara, M., Dold, M., Davis, J. M., y Leucht, S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry, 71*, 706-715.

Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., y Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 394-404.

Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., y González, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés, 10*, 195-206.

Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (2007). *Treatment of posttraumatic stress disorder: an assessment of the evidence*. Washington, DC: National Academies Press.

Jiménez, B. (2005). *Historia y concepciones básicas sobre terrorismo*. Recuperado el 26 de marzo de 2013 de: http://acero1313.blogspot.com.es/2009/05/historia-y-concepciones-basicas-sobre_21.html

Jordán, J (2015). *La estructura del terrorismo Yihadista en España*. Obtenida el 14 de noviembre de 2014, de http://www.zoomnews.es/340100/actualidad/espana/estructura-del-terrorismo-yihadista-espana.

Krueger A. B., y Malecková, J. (2003). Education, poverty and terrorism: is there a casual connection? *Journal of Economic Perspectives, 17*, 119-144.

Kutz, I., y. Dekel, R. (2006). Follow-up of victims of one terrorist attack in Israel: ASD, PTSD and the perceived threat of Iraqi. *Personality and Individual Differences, 40*, 1579-1589.

Labrador, F. J., Echeburúa, E., y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.

Levitt, J. T., Malta, L. S., Martin, A., Davis, L., y Cloitre, M. (2007). The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1419-1433.

Ley 26.268. *Modificación. Asociaciones ilícitas terroristas y financiación del terrorismo. Modificación de la Ley Nº 25.246 de Encubrimiento y Lavado de Activos de origen delictivo*. 13 de junio de 2007. Código Penal. Argentina. Recuperado el 20 de julio de 2014 de: http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/125000-129999/129803/norma.htm

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.

Llera, F. (1992). Violencia y opinión pública en el País Vasco, 1978-1992. *Revista Internacional de Sociología, 3*, 82-111.

Lohr, J. M., Hooke, W., Gist, R., y Tolin, D. F. (2004). Novel and controversial treatments for trauma-related stress disorders. En S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn y J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 243-272). New York: Guilford.

Magruder, K., y Yeager, D., (2009). The Prevalence of PTSD across War Eras and the Effect of Deployment on PTSD: a Systematic Review and Meta-analysis. *Psychiatric Annals, 39,* 8.

Marshall, R. D., Bryant, R. A., Amsel, L., Suh, E. J., Cook, J. M. y Neria, Y. (2007). The pshychology on ongoing threat. Relative risk appraisal, the september 11 attacks, and terrorism-related fears. *American Psychologist, 62*, 304-316.

McLean, C., Handa, S., Dickstein, B., Benson, T., Baker, M., Isler, W., Peterson, A., y Litz, B. (2013). Posttraumatic Growth and Posttraumatic Stress Among

Military Medical Personnel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 5*, 62–68.

Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Gonzalez-Ordi, H., Iruarrizaga, I., Rudenstine, S., Vlahov, D., y Galea, S. (2006). PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 69-80.

Miguel-Tobal, J. J., Cano Vindel, A., Iruarrizaga, I., González Ordi, H., y Galea, S. (2004). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud, 15*, 293-304.

Ministerio del Interior. Subsecretaria de la Dirección General de Apoyo a Víctimas de Terrorismo (2015). *Víctimas mortales por atentados terroristas.* España. Obtenida el 30 de marzo de 2015, de http://www.interior.gob.es.

Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, J., y Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clinical Psychology Review, 34*, 249-255.

Muñoz Alonso, A. (1982). *El terrorismo en España. El terror frente a la convivencia pluralista en libertad*. Barcelona: Planeta.

Muñoz, M., Vázquez, J. J., Crespo, M., Pérez-Santos, E., Panadero, S., Guillén, A. I.,... Santos Olmo, A. B. (2004). Estudio de los efectos psicológicos a corto plazo de los atentados del 11-M en población general de la zona afectada. *Papeles del Psicólogo, 25*, 67-71.

National Counterterrorism Center (2006). *NCTC Report on incidents of terrorism 2005*. Recuperado el 21 de julio de 2014 de: http://fas.org/irp/threat/nctc2005.pdf.

National Counterterrorism Center (2007). *NCTC Report on terrorist incidents - 2006*. Recuperado el 21 de julio de 2014 de http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_06.pdf.

National Counterterrorism Center (2008). *NCTC 2007 Report on terrorism*. Recuperado el 21 de julio de 2014: http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_07.pdf.

National Counterterrorism Center (2009). *NCTC 2008 Report on terrorism*. Recuperado el 21 de julio de 2014: http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_08.pdf.

National Counterterrorism Center (2010). *NCTC 2009 Report on terrorism*. Recuperado el 21 de julio de 2014: http://www.riskintel.com/wp-content/uploads/downloads/2011/10/2009_report_on_terrorism.pdf.

National Counterterrorism Center (2011). *NCTC 2010 Report on terrorism*. Recuperado el 21 de julio de 2014: http://www.dni.gov/files/documents/2010_report_on_terrorism.pdf.

National Counterterrorism Center (2012a). *NCTC 2011 Report on terrorism*. Recuperado el 21 de julio de 2014: http://fas.org/irp/threat/nctc2011.pdf.

National Counterterrorism Center (2012b). Annex of Statistical Information. En Bureau of Counterterrorism, *Country Reports on Terrorism 2011*. United States Department of State Publication. Recuperado el 21 de julio de 2014: http://www.state.gov/documents/organization/195768.pdf.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26*. Retrieved February 19, 2008, from NICE web site: http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007a). *Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical guideline*

23 (amended 2003). Retrieved June 10, 2009, from NICE web site: http://www.nice.org.uk/CG023NICEguideline.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007b). *Anxiety: management of generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults in primary, secondary and community care. Clinical guideline 22 (amended 2007)*. Retrieved June 10, 2009, from NICE web site: http://www.nice.org.uk/CG022NICEguideline.

National Institute of Mental Health (NIMH) (2002). *Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices*. NIH Publication No. 02-5138, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Neria, Y., Gross, R., y Marshall, R. (2006). Mental health in the wake of terrorism: making sense of mass casualty trauma. En Neria, R. Gross, y R. Marshall (Eds.). *9/11: Mental health in the wake of terrorist attacks* (pp. 89–117). Nueva York: Cambridge University Press.

Neria, Y., Olfson, M., Gameroff, M. J., DiGrande, L., Wickramaratne, P., Gross, R., Pilowsky, D. J., Neugebaur, R., Manetti-Cusa, J., Lewis-Fernandez, R., Lantigua, R., Shea, S., y Weissman, M. M. (2010). Long-term course of probable PTSD after the 9/11 attacks: a study in urban primary care. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 474-482.

North, C.S., Nixon, S.J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J.C., y Spitznagel, E.L., (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA. 282*, 755-62.

North, C. S., Pfefferbaum, B., Narayanan, P., Thielman, S., McCoy, G., Dumont, C., Kawasaki, A., Ryosho, N., Kim, Y. S., y Spitznagel, E. L. (2005). Comparison

of post-disaster psychiatric disorders after terrorist bombings in Nairobi and Oklahoma City. *British Journal of Psychiatry, 186,* 487-493.

North, C. S., Smith, E. M., y Spitznagel, E. L. (1994). Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry, 151,* 82-88.

Norton, P. J., y Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195,* 521-531.

Orengo-García, F., Rodriguez, M., Lahera, G., y Ramírez, G. (2001). Prevalencia y tipos de trastorno de estrés postraumático en población general y psiquiátrica. *Psiquis, 22,* 169-176.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., y Amigo Vázquez, I. (Eds.). (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.

Pérez, M., y García, J. M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez y I. Amigo Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 161-195). Madrid: Pirámide.

Person, C., Tracy., M., y Galea, S. (2006). Risk factors for depression after a disaster. *The Journal of Nervous and Mental Diseases, 194,* 659-666.

Pfefferbaum, B., y Doughty, D. E. (2001). Increased alcohol use in a treatment sample of Oklahoma City bombing victims. *Psychiatry, 64,* 296-303.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas: un estudio de efectividad con trastornos mentales a muy largo plazo

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Natalia Moreno Pérez

Directores

María Paz García Vera
Jesús Sanz Fernández

Madrid, 2016

© Natalia Moreno Pérez, 2016

Qureshi Burckhardt, A., y Collazos Sánchez, F. (2006). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del Psicólogo, 27*, 50-57.

Real Academia Española (2015). *Diccionario de la lengua española, 23ª edición*. Recuperado de: http://dle.rae.es/

Reguera, B., Mínguez, A., Barranco, A., Rubert, L., Calle, A., Rodríguez, A., Gutiérrez, S., Pascual, S., y Sanz, J. (2014). *La Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático (PCL): propiedades psicométricas de una versión española en víctimas de terrorismo*. Comunicación presentada en el X Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, Valencia.

Reinares, F. (2005). *¿Es el terrorismo internacional cómo nos imaginábamos? Un estudio empírico sobre la yihad neosalafista global en 2004.* Madrid: Real Instituto Elcano de Estudios Internacionales y Estratégicos.

Remón, J. (2006). Aproximación a la Historia del Terrorismo. Departamento de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de Aragón (Eds.). *Afrontar el terrorismo* (pp. 81-96). Zaragoza.

Rubonis, A., Bickman, L. (1991). Psychological Impairment in the Wake of Disaster: The Disaster-Psychopathology Relationship. *Psychological Bulletin. 109*, 384-399.

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.

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*, 161-168.

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud, 25*, 39-38.

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.

Secretario General de las Naciones Unidas (2005). *Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos*. Informe del Secretario General. A/59/2005. Naciones Unidas. Recuperado de: http://www.un.org/spanish/largerfreedom/contents.htm

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports Study. *American Psychologist, 50*, 965-974.

Setién Martínez, F. J. (1993). *Terrorismo y prensa en la transición política española (1976-1986).* Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias de la Información. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 26 de septiembre de 2015 de: http://eprints.ucm.es/tesis/19911996/S/3/S3012201.pdf

Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 126*, 512-529.

Shalev, A. Y., y Errera, Y. L. E. (2009). *Psychological responses to terrorism in Israel*: 2000-2004. En Y. Neria, S. Galea y F. H. Norris (Eds.). *Mental health and disasters* (pp. 558-576). Nueva York: Cambridge Medicine.

Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A., y Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services, 57*, 1291-1297.

Simeon, D., Greenberg, J., Knutelska, M, Schmeidler, J., y Hollander, E. (2003). Peritraumatic reactions associated with the World Trade Center Disaster. *American Journal of Psychiatry, 160,* 1702-1705.

Silver, R. C. (2011). An introduction to "9/11: ten years later". *American Psychologist, 66,* 427-428.

Silver, R. C., Poulin, M., Holman, A. E., McIntosh, D. N., Gil-Rivas, V., y Pizarro, J. (2005). Exploring the myths of coping with a national trauma: a longitudinal study of responses to the September 11th terrorist attacks. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 9,* 129-141.

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2013). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2012*. Recuperado el 21 de julio de 2014 de: http://www.state.gov/documents/organization/210288.pdf

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2014). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2013*. Recuperado el 21 de julio de 2014 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 el 27 de septiembre de 2015 de: http://www.state.gov/documents/organization/239628.pdf

Stewart, R. E., y Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 595-606.

Terrorismo: sucesos destacados en los últimos 100 años (2010). En *Paralibros*. Recuperado el 14 de septiembre de 2015 de: http://www.paralibros.com/tm210/sumario/terroris11.htm

Tolin, D. F., y. Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin, 132*, 959-992.

Torres Vásquez, H. (2010). El concepto de terrorismo, su inexistencia o inoperancia: la apertura a la violación de derechos humanos. *Diálogos de Saberes: Investigaciones y Ciencias Sociales, 32*, 77-90.

Tucker, P., Pfefferbaum, B., Nixon, S. J., y Dixon, W. (2000). Predictors of posttraumatic stress symptoms in Oklahoma City: Exposure, social support, Peri-Traumatic Responses. *The journal of Behavioral Health Services and Research, 27*, 406-416.

U.S. Department of Health and Human Services (2003). *Developing cultural competence in disaster mental health programs: guiding principles and recommendations*. DHHS Pub. No. SMA 3828. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Vazquez, C., Pérez-Sales, P., y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the March 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid community sample:

a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology, 1,* 61-74.

Vlahov, D., Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Boscarino, J. A., y Bucuvalas. M., (2002). Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the September 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemology. 155,* 988-996.

Walse, R., Ruzek, J., Naugle, A., Padesky, C., Ronell, D., y Ruggiero, K (2004). Disaster and terrorism: cognitive-behavioral interventions. *Prehospital and Disaster Medicine, 19,* 54-63.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., y Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility*. Comunicación presentada en la 9ª Conferencia Anual de la International Society for Traumatic Stress Studies, 24-27 de octubre, San Antonio, Texas.

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,* 553-557.

Anexos

ANEXO 1. Entrevista clínica para la evaluación de las características sociodemográficas y clínicas de las víctimas y las características de los atentados y sus consecuencias

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; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999) y en la Entrevista sobre el Trauma de Foa, Hembree y Rothbaum (2007), y desarrollada por Jesús Sanz y María Paz García Vera (Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid).

ENTREVISTA CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA

Visión General del Atentado

CÓDIGO DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL CLÍNICO: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	
¿Cuál es su fecha de nacimiento?	***Fecha de nacimiento**:* Día: _____ Mes: _____Año: _____
¿Está casado? **SI CONTESTA NEGATIVAMENTE:** ¿Lo ha estado alguna vez?	***Estado civil actual**:* 1. Casado/a 2. Viudo/a 3. Divorciado/a o matrimonio anulado 4. Separado/a 5. Soltero/a 6. Conviviendo con pareja estable *Notas:*
¿Tiene hijos? **SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE:** ¿Cuántos?	***Hijos*** 0. No 1. Sí *Notas:*
¿Dónde vive? ¿Con quién vive?	***Entorno social próximo*** *Notas:* 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?	***Nivel de estudios**:* 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/

SI NO HA PODIDO ACABAR UN CURSO EN QUE SE HABÍA MATRICULADO: ¿Por qué no lo terminó?	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 <u>Notas</u>:
HISTORIA OCUPACIONAL	
¿Trabaja en la actualidad?	***Estado laboral actual*** 0. No *1*. Sí
SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE (trabaja): ¿En qué trabaja o a qué se dedica?	***Ocupación actual*** <u>Notas</u>: • *Codificar el tipo ocupación actual:* 0. Obrero sin cualificar 1. Obrero cualificado 2. Agricultor/ganadero 3. Sector servicios 4. Personal de servicios administrativos 5. Empresario (más de 10 trabajadores) 6. Empresario (menos de 10 trabajadores) 7. Empresario por cuenta propia (autónomo) 8. Directivo/gerente (más de 10 trabajadores) 9. Directivo/gerente (menos de 10 trabajadores) 10. Profesional/técnico (licenciado) 11. Profesional/técnico (diplomado) 12. Profesional/técnico (módulo grado superior)

¿Cuánto tiempo lleva desempeñando este oficio/tarea? **SI MENOS DE 6 MESES:** ¿Por qué dejó su último trabajo? ¿Siempre ha realizado el mismo trabajo?	13. Profesional/técnico (módulo grado medio) 14. Amo/a de casa 15. Estudiante 16. Jubilado debido a la edad 17. Jubilado por enfermedad o minusvalía 18. Prejubilado 19. Parado 20. Militar 21. Guardia civil 22. Policía 23. Reserva activa 24. Varios de los anteriores *Notas:* *año/s* *Notas:* 0. No 1. Sí

SI CONTESTA NEGATIVAMENTE (no trabaja): ¿Por qué motivo? ¿Qué otros trabajos ha desempeñado? ¿Cómo se mantiene económicamente ahora?	***Desocupación actual*** *Notas:* *Notas:* • *Codificar el tipo ocupación anterior:* 1. Obrero sin cualificar 2. Obrero cualificado 3. Agricultor/ganadero 4. Sector servicios 5. Personal de servicios administrativos 6. Empresario (más de 10 trabajadores) 7. Empresario (menos de 10 trabajadores) 8. Empresario por cuenta propia (autónomo) 9. Directivo/gerente (más de 10 trabajadores) 10. Directivo/gerente (menos de 10 trabajadores) 11. Profesional/técnico (licenciado) 12. Profesional/técnico (diplomado) 13. Profesional/técnico (módulo grado superior) 14. Profesional/técnico (módulo grado medio) 15. Amo/a de casa 16. Estudiante 17. Jubilado debido a la edad 18. Jubilado por enfermedad o minusvalía 19. Prejubilado 20. Parado 21. Militar 22. Guardia civil 23. Policía 24. Reserva activa 25. Varios de los anteriores *Notas:*

EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha habido alguna época en que se haya sentido incapaz de trabajar, asistir a clase o realizar sus tareas cotidianas? ¿En qué época? ¿La incapacidad para trabajar, asistir a clase o realizar sus tareas cotidianas estaba relacionada con el atentado? ¿Cuál era el motivo de la incapacidad?	***Incapacidad para trabajar/estudiar*** 0. No 1. Sí <u>*Notas:*</u> 0. No 1. Sí 1. Incapacidad relacionada con motivos físicos 2. Incapacidad relacionada con motivos psicológicos 3. Incapacidad relacionada con ambos
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):*_____ _____ _____

Aquí tengo información recogida de la entrevista que mantuvo usted [CONMIGO / con NOMBRE DE LA PERSONA] cuando le llamamos por teléfono. Entiendo que… [*Resumir brevemente la información que se haya obtenido en esa ocasión*] ¿Es correcto? No obstante, si es usted tan amable, me gustaría que me comentara con sus propias palabras cómo recuerda usted el acontecimiento. Cuénteme hasta donde pueda y al ritmo que usted quiera.	_____ • *Descripción del suceso:* • *Relato de la persona:*
¿Le produjo el atentado alguna herida, lesión o secuela física? ¿Qué lesiones o secuelas tiene?	***Secuelas físicas del atentado*** 0. No 1. Sí *Notas:*
¿Continúan esas lesiones o secuelas físicas produciéndole problemas? ¿Qué tipo de problemas?	***Cronicidad de las secuelas físicas*** 0. No 1. Sí *Notas:*
¿Recibió tratamiento médico para esas heridas o secuelas físicas? ¿Está todavía recibiendo tratamiento médico por esas heridas o secuelas físicas?	***Tratamiento de las secuelas físicas*** 0. No 1. Sí 0. No 1. Sí

¿Se ha visto involucrado en algún procedimiento legal derivado del atentado? **SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE** ¿Cuál es su situación legal ahora? ¿Cómo le ha afectado (o le está afectando) todo ese proceso legal?	***Consecuencias legales del atentado*** 0. No 1. Sí *Notas:*
Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre a quién o quiénes ha considerado usted culpables del atentado y de su situación. Quiero que sepa que no hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas y que no creo que sea necesario que usted culpabilice a nadie. Le pregunto esto porque con frecuencia es muy útil en nuestro trabajo con las víctimas comprender cómo entienden el atentado y lo que les ha pasado y cómo han respondido a todo ello. ¿Quién cree usted que es el culpable del atentado y de lo que le ha pasado? ¿Por qué o cómo son culpables?	***Atribución del atentado*** 1. Grupo terrorista 2. Autoridades políticas 3. Gestión del cuerpo al que pertenece 4. La sociedad 5. Sistema sanitario 6. Otros *Notas:*
¿Se ha sentido alguna vez culpable, enfadado o avergonzado por el atentado o por su respuesta a él? ¿Por qué?	***Emociones negativas vinculadas al atentado*** 1. culpable 2. avergonzado 3. enfadado *Notas:*

¿En la actualidad presenta alguno de estos sentimientos relacionados con el atentado? ¿Por qué?	***Emociones negativas vinculadas al atentado hoy*** 1. tristeza 2. impotencia 3. frustración 4. deseos de venganza 5. miedo 6. culpa *Notas:*
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? **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?	***Lista de problemas actuales y Problema más grave*** 0. No 1. Sí *Descripción del problema:*
¿Y diría usted que este problema está relacionado con el atentado y con lo que le pasó entonces? ¿De qué manera?	***Relación con el atentado del problema más grave*** 0. No 1. Sí *Notas:*
¿Cuándo empezó? ¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de que algo iba mal? **SI RESULTA DIFÍCIL DE SITUAR**: ¿Cuándo se sintió bien (como de costumbre)	***Inicio del problema más grave*** *Tiempo:* *año/s*

por última vez?	*Tiempo:* *año/s*
¿Es algo nuevo o la repetición de algo que ya había experimentado anteriormente?	***Cronicidad del problema más grave (recidivas)*** 0. Problema nuevo 1. Existen recidivas
¿Qué ocurrió o cambió justo antes de que todo esto empezara? **SI RESULTA DIFÍCIL DE SITUAR**: ¿Qué otro tipo de problemas tenía cuando esto empezó?	***Precipitantes*** *Notas:* ***Codificar precipitantes*** 1. Atentado 2. Problemas laborales 3. Problemas económicos 4. Fallecimiento de alguien cercano 5. Accidentes o catástrofes naturales 6. Enfermedad 7. Problemas de pareja 8. Problemas con otros familiares 9. Problemas con amigos 10. Otros 11. Varios de los anteriores
ENCASO DE QUE EL PROBLEMA NO ESTÉ RELACIONADO CON EL ATENTADO: Desde que esto empezó, ¿Cuándo se ha sentido peor?	***Curso del problema no relacionado con el atentado*** 0. En ningún momento 1. Los primeros días desde que empezó 2. Los primeros meses desde que empezó 3. Los primeros años desde que empezó 4. En los últimos días 5. En los últimos meses 6. En los últimos años 7. Durante el tiempo sin tratamiento 8. Sin cambios desde que comenzó 9. Fluctuante 10. Otro período temporal no especificado *Notas:*
ENCASO DE QUE EL PROBLEMA ESTÉ RELACIONADO CON EL ATENTADO: Después del atentado: ¿Cuándo se ha sentido peor?	***Curso del problema no relacionado con el atentado*** 0. En ningún momento 1. Años después del atentado

	2. En la actualidad 3. Durante el tiempo sin tratamiento 4. Sin cambios desde el atentado 5. Fluctuante 6. El día del atentado 7. Los primeros días tras el atentado 8. Los primeros años tras el atentado 9. Los primeros meses tras el atentado *Notas:*
HISTORIA DE TRATAMIENTOS PREVIOS	
¿Ha recibido ayuda profesional por problemas emocionales o psicológicos **relacionados con el atentado**?	***Tratamientos relacionados con atentado*** 0. No 1. Sí *Notas:*
¿Ha recibido ayuda psicológica? ¿Qué tipo de ayuda psicológica?	0. No 1. Sí. Especificar: _____
¿Ha recibido ayuda psicofarmacológica?	0. No 1. Sí
¿Qué tipo de ayuda psicofarmacológica?	1: Ansiolíticos 2: Antidepresivos 3: Antipsicóticos 4: Estabilizadores del humor 5: Otros psicofármacos 6: Varios de los anteriores
¿Ha recibido otro tipo de ayuda? (p. ej., ayuda espiritual, algún tipo de medicina alternativa, herbolarios, trabajadores sociales, etc.)	0. No 1. Sí. Especificar: _____

¿Ha recibido ayuda profesional por problemas emocionales o psicológicos **por otros motivos**?	***Tratamientos NO relacionados con atentado*** 0. No 1. Sí *Notas:*
¿Ha recibido ayuda psicológica? ¿Qué tipo de ayuda psicológica?	0. No 1. Sí. Especificar: _____
¿Ha recibido ayuda psicofarmacológica?	0. No 1. Sí
¿Qué tipo de ayuda psicofarmacológica?	1: Ansiolíticos 2: Antidepresivos 3: Antipsicóticos 4: Estabilizadores del humor 5: Otros psicofármacos 6: Varios de los anteriores
¿Ha recibido otro tipo de ayuda? (p. ej., ayuda espiritual, algún tipo de medicina alternativa, herbolarios, trabajadores sociales, etc.)	0. No 1. Sí. Especificar: _____
¿Ha recibido ayuda profesional por problemas emocionales o psicológicos **en general**?	***Tratamientos recibidos en el pasado (en general)*** 0. No 1. Sí *Notas:*
¿Ha recibido ayuda psicológica? ¿Qué tipo de ayuda psicológica?	0. No 1. Sí. Especificar: _____
¿Ha recibido ayuda psicofarmacológica?	0. No 1. Sí
¿Qué tipo de ayuda psicofarmacológica?	

¿Ha recibido otro tipo de ayuda? (p. ej., ayuda espiritual, algún tipo de medicina alternativa, herbolarios, trabajadores sociales, etc.)	1: Ansiolíticos 2: Antidepresivos 3: Antipsicóticos 4: Estabilizadores del humor 5: Otros psicofármacos 6: Varios de los anteriores 0. No 1. 1. Sí. Especificar: _____
Actualmente ¿Está recibiendo ayuda profesional por problemas emocionales o psicológicos? **Actualmente** ¿está recibiendo ayuda psicológica? ¿Qué tipo de ayuda? **Actualmente** ¿está recibiendo ayuda psicofarmacológica? ¿Qué tipo de ayuda psicofarmacológica? **Actualmente** ¿está recibiendo otro tipo de ayuda?	***Tratamientos actuales*** 0. No 1. Sí *Notas:* 0. No 1. Sí. Especificar: _____ 0. No 1. Sí 1: Ansiolíticos 2: Antidepresivos 3: Antipsicóticos 4: Estabilizadores del humor 5: Otros psicofármacos 6: Varios de los anteriores 0. No 1. Sí. Especificar: _____
¿Ha recibido algún tipo de tratamiento por problemas relacionados con el alcohol o las drogas?	***Tratamiento de dependencia a sustancias*** 0. No 1. Sí *Notas:*

¿Alguna vez ha tenido que ingresar en un centro psiquiátrico? **SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE:** ¿Cuál fue el motivo? ¿Cuántas veces?	***Ingreso psiquiátrico*** 0. No 1. Sí *Motivo:* *Número de ingresos:*
IDEACIÓN AUTOLÍTICA	
<u>En el pasado</u> ¿ha tenido alguna vez pensamientos de suicidio, o de que la vida no merecía la pena?	***Ideación autolítica en el pasado*** 0. No 1. Sí *<u>Notas</u>:*
SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Con qué frecuencia?	***Frecuencia ideación autolítica en el pasado*** 1: Continuamente 2: Con frecuencia 3: Ocasionalmente 4: Rara vez *<u>Notas:</u>*
¿Pensó algún plan para quitarte la vida?	***Ideación autolítica en el pasado: planificación*** 0. No 1. Sí *<u>Notas</u>:*
¿Realizó en el pasado algún intento de suicidio?	***Ideación autolítica en el pasado: intento*** 0. No 1. Sí *<u>Notas</u>:*
¿Estos pensamientos se dieron a raíz del atentado?	***Ideación autolítica en el pasado: relación atentado*** 0. No 1. Sí *<u>Notas</u>:*
<u>En la actualidad</u> ¿ha tenido alguna vez pensamientos de suicidio, o de que la vida no merecía la pena?	***Ideación autolítica en el presente*** 0. No 1. Sí *<u>Notas</u>:*
SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE:	***Frecuencia ideación autolítica en el***

¿Con qué frecuencia?	***presente*** 1: Continuamente 2: Con frecuencia 3: Ocasionalmente 4: Rara vez *Notas:*
¿Ha pensado algún plan para quitarte la vida?	***Ideación autolítica en el presente: planificación*** 0. No 1. Sí *Notas:*
¿Ha habido en la actualidad algún intento de suicidio?	***Ideación autolítica en el presente: intento*** 0. No 1. Sí *Notas:*
Últimamente ¿se ha hecho a sí mismo daño deliberadamente de alguna manera? (Por ejemplo, algunas personas algunas veces se hacen cortes o quemaduras a propósito o actúan de una manera potencialmente peligrosa para ellas) **SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE:** ¿Qué hizo para hacerse daño a sí mismo? ¿Cuándo fue la última vez que lo hizo?	***Conductas autolesivas en el presente*** 0. No 1. Sí *Notas:* *Tiempo (meses):*
ESTADO GENERAL DE SALUD	
¿En la actualidad presenta algún **problema médico**?	***Problema médico actual*** 0. No 1. Sí *Notas:*
El problema médico ¿Está relacionado con el atentado?	***Problema médico actual: relación atentado*** 0. No 1. Sí *Notas:*

¿Toma algún tipo de medicación o vitaminas en la actualidad? **SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE** ¿Qué tipo de medicación, en qué cantidad y con qué frecuencia?	***Medicación/vitaminas actual*** 0. No 1. Sí *Notas:*
CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS	
¿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?)	***Cantidad de alcohol en el último mes*** *Notas:*
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?	***Consumo de alcohol: relación con atentado*** 0. No 1. Sí 1. Empezó a beber 2. Aumentó el consumo 3. Disminuyó el consumo
¿Ha sentido alguna vez que deba beber menos?	***Consumo de alcohol: percepción subjetiva*** 0. No 1. Sí *Notas:*
¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?	***Consumo de alcohol: críticas*** 0. No 1. Sí *Notas:*
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	***Consumo de alcohol: culpa*** 0. No 1. Sí *Notas:*

¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?	***Consumo de alcohol: abstinencia*** 0. No 1. Sí *Notas:*
¿Consume tabaco en la actualidad? ¿Cuántos cigarrillos al día? ¿Cambió su consumo de tabaco tras el atentado?	***Consumo de tabaco*** 0. No 1. Sí ***Número cigarrillos/día:*** _____ 0. No cambió 1. Empezó a fumar 2. Aumentó el consumo de tabaco 3. Disminuyó el consumo de tabaco
¿Ha estado consumiendo algún otro tipo de droga [durante el último mes]? **SI CONSUME O HA CONSUMIDO ALGUNA DROGA:** ¿Qué tipo de droga: marihuana, cocaína…? (*Anote tipo de droga y frecuencia de uso*)	***Consumo de otras drogas último mes*** 2. No 3. Sí *Notas:*
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?	***Consumo de drogas: relación con atentado*** 0. No 1. Sí 1. Empezó a consumir 2. Aumentó el consumo 3. Disminuyó el consumo
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]?	***Consumo de alcohol y otras drogas: interferencia objetiva*** 0. No 1. Sí *Notas:*
¿Considera que tiene un problema de [ALCOHOL O DROGAS]?	***Consumo de alcohol y otras drogas: interferencia subjetiva*** 0. No 1. Sí *Notas:*

FUNCIONAMIENTO GENERAL	
¿Realiza Actividades en su tiempo libre? ¿Realiza actividades físicas?	***Actividades*** 0. No 1. Sí *Notas:* ***Actividades físicas*** 0. No 1. Sí
¿Con quién pasa su tiempo libre? (¿Se ha puesto en contacto últimamente con sus familiares o amigos? ¿Con qué frecuencia les ve?) Cuando tiene problemas ¿se los cuenta a alguien? ¿A quién?	***Entorno más próximo*** 1. Familia 2. Amigos 3. Compañeros de trabajo/ estudios 4. Varios de los anteriores *Notas*: 0. A nadie 1. Familia 2. Amigos 3. Compañeros de trabajo/ estudios 4. Varios de los anteriores *Notas*:

OBSERVACIONES

ANEXO 2. Entrevista clínica semiestructurada SCID-I. Módulos A y F

Adaptada y modificada de First et al. (1999) por Jesús Sanz y María Paz García Vera (Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid).

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA SCID-I (versión clínica)

MÓDULOS A Y F

CÓDIGO DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL CLÍNICO: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

A. EPISODIOS AFECTIVOS

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A. Cinco (o más) de los síntomas de A1 a A9 –durante un período de 2 semanas–, uno de los cuales debe ser (A1) estado de ánimo depresivo o (A2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer	**? = Información inadecuada** **– = Ausente (o subumbral)** **+ = Presente**
Ahora le voy a hacer algunas preguntas más sobre su estado de ánimo. **A1** En el mes pasado, ¿ha habido algún periodo de tiempo en que se sintiera deprimido o desanimado la mayor parte del día casi todos los días? (¿Cómo fue?) SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE ¿Cuánto tiempo duró? (¿Hasta 2 semanas?) *Notas:*	**A1** **? – +** *Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).* ***Nota:*** *En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable*
A2 En el mes pasado, ¿perdió el interés o placer en las cosas que habitualmente le gustaban? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Ocurrió casi cada día? ¿Cuánto tiempo duró? (¿Hasta 2 semanas?) *Notas:*	**A2** **? – +** *Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)*
Si A1 ó A2 son codificados "+" (presente), durante el mes actual, revise algún Episodio depresivo mayor anterior formulando las preguntas A1 y A2 otra vez y buscando episodios a lo largo de la vida, empezando con: "¿Ha habido ALGUNA VEZ…? **SI HA EXISTIDO AL MENOS UN PERÍODO DEPRESIVO ANTERIOR: "¿Ha estado así más de una vez? ¿Cuál fue la peor?"** **Y SE CONTINUA CON LA ENTREVISTA CENTRÁNDOSE EN LAS DOS SEMANAS EN LAS QUE EL PACIENTE SE HA SENTIDO PEOR.** **Si ni A1 ni A2 son codificados "+" (presente), diríjase a A16, página 6 (Episodio maníaco).**	**? – +** **? – +**

Durante [PERÍODO DE 2 SEMANAS EN EL QUE SE HA SENTIDO PEOR]… **A3** … ¿ganó o perdió peso? (¿Cuánto? ¿Estaba intentando adelgazar?) SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Cómo estaba de apetito? (¿Cómo estaba en comparación con su apetito habitual? ¿Se tenía que esforzar para comer? ¿Comía [más/menos] de lo habitual? ¿Ocurría casi cada día?) *Notas:*	**A3** **? – +** *Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables*
A4 … ¿cómo dormía? (¿Dificultades para conciliar el sueño, despertarse con frecuencia, dificultades para permanecer dormido, despertar demasiado pronto O dormir demasiado? ¿Cuántas horas en comparación con lo habitual? ¿Ocurría casi cada noche?) *Notas:*	**A4** **? – +** *Insomnio o hipersomnia casi cada día*
A5 ... ¿se encontraba tan nervioso o inquieto que no podía dejar de moverse? (¿Era tan acusado como para que los demás se dieran cuenta? ¿De qué se dieron cuenta? ¿Ocurría casi cada día?) SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Y al contrario, esto es, hablar o moverse más lentamente de lo normal? (¿Hasta el punto de que los demás se daban cuenta? ¿De qué se daban cuenta? ¿Casi cada día?) *NOTA: OBSÉRVESE TAMBIÉN EL COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA* *Notas:*	**A5** **? – +** *Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)*
A6 … ¿qué tal se encontraba de energía? (¿Estaba todo el día cansado? ¿Casi cada día?) *Notas:*	**A6** **? – +** *Fatiga o pérdida de energía casi cada día*
A7 … ¿qué pensaba de sí mismo? (¿Se sentía un inútil? ¿Casi cada día?) SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Y sentirse culpable por cosas que había hecho o dejado de hacer? (¿Casi cada día) *Notas:*	**A7** **? – +** *Sentimiento de inutilidad o del culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)*

A8 … ¿tenía dificultades para pensar o concentrarse? (¿Con qué interferían? ¿Casi cada día?) SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Le costaba mucho tomar decisiones sobre asuntos cotidianos? *Notas:*	**A8** **? – +** *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)*
A9 … ¿estaba tan mal las cosas que pensaba mucho en la muerte o en que sería mejor estar muerto? ¿Pensaba en hacerse daño a sí mismo? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Hizo algo para hacerse daño? *Notas:*	**A9** **? – +** *Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse*
A10 COMO MÍNIMO CINCO DE A(1) A A(9) SON CODIFICADOS "+" Y COMO MÍNIMO UNO DE ELLOS ES A(1) Ó A(2)	**A10** **? – +**
Si A10 es codificado "– ", pregunte lo siguiente si se desconoce: **¿Ha habido <u>otras</u> épocas en que se sintiera deprimido y experimentara incluso más síntomas de los mencionados?** **Si contesta afirmativamente, regrese a A1, página 2, e interrogue sobre ese episodio** **Si contesta negativamente, diríjase a A16, página 6 (*Episodio maníaco*)**	**? – +** **Si "–", diríjase a A16 (pág. 6)**
A11 SI NO ESTÁ CLARO: ¿[La depresión/PROPIAS PALABRAS] le hizo más difícil trabajar, atender las tareas de la casa o relacionarse con otras personas? *Notas:*	**A11** **? – +** *Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo*
Si A11 es codificado "– " (es decir, los síntomas no son clínicamente significativos), pregunte lo siguiente si se desconoce: **¿Ha habido <u>otras</u> épocas en que estuviera deprimido y ello le afectara más en su vida diaria?** **Si contesta AFIRMATIVAMENTE, regrese a A1, página 2, e interrogue sobre ese episodio** **Si contesta NEGATIVAMENTE, diríjase a A16, página 6 (*Episodio maníaco*)**	**? – +** **Si "–", diríjase a A16 (pág. 6)**

A12 Justo antes de que esto empezara, ¿se encontraba físicamente enfermo? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba tomando algún medicamento? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Hubo un cambio en la cantidad que estaba tomando? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba bebiendo o tomando alguna droga? **CONSULTE** ANEXO 1: ENFERMEDADES MÉDICAS Y SUSTANCIAS ETIOLÓGICAMENTE RELACIONADAS CON DEPRESIÓN *Notas:*	**A12** **? – +** *Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica*

Si existe algún indicio de que la depresión pudiera ser secundaria (es decir, una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica o una sustancia), diríjase a la página 20 y regrese aquí para puntuar "–" ó "+".

*ATENCIÓN: Una respuesta AFIRMATIVA a alguna de estas preguntas o a las preguntas de la página 20 equivale a una puntuación negativa "–" en **A12** (una puntuación "+"en **A12** implica que los síntomas no son debidos a una sustancia o a una enfermedad médica)*

Si A12 es codificado "– " (es decir, el estado de ánimo depresivo es debido a una sustancia o una enfermedad médica), pregunte lo siguiente si se desconoce: **¿Ha habido otras épocas en que estuviera deprimido y ello no fuera debido a [ENFERMEDAD MÉDICA, CONSUMO DE SUSTANCIAS]?** **Si contesta AFIRMATIVAMENTE, regrese a A1, página 2, e interrogue sobre ese episodio** **Si contesta NEGATIVAMENTE, diríjase a A16, página 6 (*Episodio maníaco*)**	**? – +** **Si "–", diríjase a A16 (pág. 6)**

A13 EN CASO DESCONOCIDO ¿Empezó justo después de que falleciera algún ser querido? *Nota:* *ATENCIÓN: Una respuesta AFIRMATIVA a esta pregunta equivale a una puntuación negativa "−" en **A13** (una puntuación "+"en **A13** implica que los síntomas no se explican mejor por un duelo o que persisten durante más de 2 meses tras el fallecimiento o que se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor)*	**A13** **? – +** *Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (es decir, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas no persisten más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor*
Si A13 es codificado "– " (es decir, el estado de ánimo depresivo <u>sí</u> se explica mejor por una reacción de duelo), pregunte lo siguiente si se desconoce: **¿Ha habido <u>otras</u> épocas en que estuviera deprimido y ello no fuera debido a la pérdida de un ser querido?** **Si contesta AFIRMATIVAMENTE, regrese a A1, página 2, e interrogue sobre ese episodio** **Si contesta NEGATIVAMENTE, diríjase a A16, página 6 (*Episodio maníaco*)**	**? – +** **Si "–", diríjase a A16 (pág. 6)**
A14 LOS CRITERIOS A10, A11, A12 Y A13 SON CODIFICADOS "+" (ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR) EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS PUNTUADOS "+" ANTERIORMENTE) durante el último mes? Marcar aquí ____ si los criterios se han cumplido durante el último mes. *Nota:*	**A14** **? – +** **Si "+", diagnóstico de Episodio depresivo mayor**
A15 ¿Cuántas veces ha estado usted [deprimido/PROPIAS PALABRAS] casi cada día un mínimo de 2 semanas, experimentando varios de los síntomas que acaba de describir, tales como [SÍNTOMAS DEL PEOR EPISODIO]? *Nota:*	**A15** **Número total de episodios depresivos mayores incluyendo el actual =** **_____**

EPISODIO MANÍACO

A16 ¿Ha experimentado algún periodo de tiempo en que se sentía tan bien, animado, exaltado o eufórico que otras personas pensaron que no era el de siempre o acabó metiéndose en problemas? (¿Le dijo alguien que estaba maníaco? ¿Se trataba de algo más que de un simple bienestar?) ¿Cómo fue? SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Tuvo alguna época en que estaba tan irritable que gritaba a los demás o comenzaba peleas o discusiones? (¿Se ponía a gritar con personas que apenas conocía?) *Notas:*	**A16** **? – +** *Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable…*
Si A16 es codificado como "–" (es decir, nunca han existido períodos de estado de ánimo elevado o irritable), diríjase a A45, página 8 (*Trastorno distímico*).	
A17 ¿Cuánto tiempo le duró? (¿Hasta 1 semana? ¿Tuvo que ir al hospital?) *Notas:*	**A17** **? – +** *… que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización)*
Si A17 es codificado como "–" (es decir, duración menor a 1 semana), diríjase a A30, página 11 (*Episodio hipomaníaco*).	
¿Ha estado así más de una vez? ¿Cuál fue la vez que estuvo más [eufórico/irritable/PROPIAS PALABRAS]? PARA LOS ÍTEMS **A18** A **A27**, CÉNTRESE EN EL EPISODIO MÁS EXTREMO EN CASO DESCONOCIDO: Durante este tiempo, ¿cuándo estuvo más [PROPIAS PALABRAS para describir la euforia o la irritabilidad]? *Notas:*	*Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo:*

Durante [EL PERÍODO DE LOS PEORES SÍNTOMAS MANÍACOS]… **A18** … ¿qué pensaba de sí mismo? (¿Se sentía más seguro de sí mismo de lo habitual? ¿Creía tener poderes o habilidades especiales?) *Notas:*	**A18** **? – +** *Autoestima exagerada o grandiosidad*
A19 … ¿necesitaba dormir menos horas de lo habitual? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Aun así se sentía descansado? *Notas:*	**A19** **? – +** *Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras solo 3 horas de sueño)*
A20 … ¿hablaba más de lo habitual? (¿Los demás tenían problemas para pararlo o para entenderlo? ¿Los demás tenían dificultades para intervenir?) *Notas:*	**A20** **? – +** *Más hablador de lo habitual o verborreico*
A21 … ¿sus pensamientos se aceleraban? *Notas:*	**A21** **? – +** *Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado*
A22 … ¿se distraía tan fácilmente con las cosas de su alrededor que experimentaba dificultades para concentrarse o seguir el hilo? *Notas:*	**A22** **? – +** *Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)*

A23 … ¿cómo pasaba el tiempo? (¿Trabajo, amigos, aficiones? ¿Estaba tan activo que sus amigos o su familia se preocupaba por Ud.?) SI NO EXISTE AUMENTO DE LA ACTIVIDAD: ¿Se encontraba físicamente inquieto? (¿Hasta qué punto?) *Notas:*	**A23** **? – +** *Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora*
A24 … ¿ha hecho algo que podía haberles causado problemas a Ud. o a su familia? (¿Comprar cosas que no necesitaba? ¿Cualquier conducta sexual que no fuera la habitual en Ud.? ¿Conducción temeraria?) *Notas:*	**A24** **? – +** *Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)*
A25 COMO MÍNIMO TRES DE A18 A A24 SON CODIFICADOS "+" (O CUATRO SI EL ESTADO DE ÁNIMO ES IRRITABLE Y NO ELEVADO)	**A25** **? – +**
Si A25 es codificado "–" (es decir, menos de tres ítems son "+"), pregunte lo siguiente: **¿Ha habido <u>otras</u> épocas en que estuviera [eufórico/irritable/PROPIAS PALABRAS] y en que experimentara incluso más síntomas de los mencionados?** **Si contesta afirmativamente, regrese a A16, página 6, e interrogue sobre este episodio.** **Si contesta negativamente, diríjase a A45, página 16 (*Trastorno distímico*)**	**? – +** **Si "–", diríjase a A45 (pág. 14)**

A26 EN CASO DESCONOCIDO: En esa época, ¿tuvo serios problemas en casa o en el trabajo (estudios), debido a que estaba [SÍNTOMAS] o tuvo que ir al hospital? *Notas:*	**A26** **?** **–** **+** *La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos*
Si A26 es codificado "–" (es decir, no es lo suficientemente grave), pregunte lo siguiente: **¿Ha habido <u>otras</u> épocas en que estuviera [eufórico/irritable/PROPIAS PALABRAS] y en que experimentara problemas con los demás o tuviera que ir al hospital?** **Si contesta afirmativamente, regrese a A16, página 6, e interrogue sobre este episodio.** **Si contesta negativamente, diríjase a A39, página 13 (criterio C del *Episodio hipomaníaco*)**	**?** **–** **+** **Si "–", diríjase a A39 (pág. 13)**
A27 Justo antes de que esto empezara, ¿se encontraba físicamente enfermo? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba tomando algún medicamento? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENE: ¿Hubo algún cambio en la cantidad que estaba tomando? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba bebiendo o tomando alguna droga? **CONSULTE** ANEXO 1: ENFERMEDADES MÉDICAS Y SUSTANCIAS ETIOLÓGICAMENTE RELACIONADAS CON LA MANÍA *Notas:*	**A27** **?** **–** **+** *Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica* ***Nota:*** *Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva o lumínica) no deben ser diagnosticados como Trastorno bipolar I.*

Si existe algún indicio de que la manía pudiese ser secundaria (es decir, una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica o una sustancia), diríjase a la página 20 y regrese aquí para puntuar "–" ó "+".

*ATENCIÓN: Una respuesta AFIRMATIVA a alguna de estas preguntas o a las preguntas de la página 20 equivale a una puntuación negativa "–" en **A27** (una puntuación "+"en **A27** implica que los síntomas no son debidos a una sustancia o a una enfermedad médica)*

Si A27 es codificado "– " (es decir, la manía <u>es</u> debida a una sustancia o una enfermedad médica), pregunte lo siguiente: **¿Ha habido <u>otras</u> épocas en que estuviera [eufórico/irritable/PROPIAS PALABRAS] y en que no se hallara [físicamente enfermo/tomando algún medicamento/consumiendo una SUSTANCIA]?** **Si contesta afirmativamente, regrese a A16, página 6, e interrogue sobre este episodio** **Si contesta negativamente, diríjase a A45, página 16 (*Trastorno distímico*)**	**? – +** **Si "–", diríjase a A45 (pág. 16)**
A28 LOS CRITERIOS A16, A17, A25, A26 Y A27 SON CODIFICADOS "+" (ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE EPISODIO MANÍACO) EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha tenido [SÍNTOMAS PUNTUADOS "+" ANTERIORMENTE] durante el último mes? Marcar aquí ____ si los criterios se han cumplido durante el último mes. *Nota:*	**A28** **? – +** **Si "+", diagnóstico de Episodio maníaco**
A29 ¿Cuántas veces estuvo [eufórico/PROPIAS PALABRAS] y tuvo [SÍNTOMAS MANÍACOS RECONOCIDOS] como mínimo durante 1 semana (o fue hospitalizado)? *Nota:*	**A29** **Número total de episodios maníacos incluyendo el actual=** **_____**

HA FINALIZADO LA EVALUACIÓN DE LOS EPISODIOS AFECTIVOS. DIRÍJASE AL MÓDULO F (TRASTORNOS DE ANSIEDAD), **F1** (PÁG. 25).

EPISODIO HIPOMANÍACO

	? = Información inadecuada **– = Ausente (o subumbral)** **+ = Presente**
A30 EN CASO DESCONOCIDO: Cuando estuvo [eufórico/irritable/ PROPIAS PALABRAS], ¿duró hasta 4 días? ¿Estuvo más de una vez así? (¿En qué ocasión estuvo más [eufórico/ irritable/PROPIAS PALABRAS]? PARA LOS ÍTEMS **A31** a **A37**, CÉNTRESE EN EL EPISODIO MÁS EXTREMO *Notas:*	**A30** **? – +** *Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferenciado del estado de ánimo habitual*
Si A30 es codificado "–" (es decir, no ha existido ningún período de estado de ánimo elevado o irritable que durara como mínimo 4 días), diríjase a A45, página 16 (*Trastorno distímico*).	
Durante [PERÍODO DE SÍNTOMAS HIPOMANÍACOS MÁS EXTREMOS]… **A31** … ¿qué pensaba de sí mismo? (¿Se sentía más seguro de sí mismo de lo habitual? ¿Creía tener poderes o habilidades especiales?) *Notas:*	*Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido 3 (o más) de los siguientes síntomas (4 si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo:* **A31** **? – +** *Autoestima exagerada o grandiosidadl*
A32 … ¿necesitaba dormir menos horas de lo habitual? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Aun así se sentía descansado? *Notas:*	**A32** **? – +** *Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras solo 3 horas de sueño)*

A33 … ¿hablaba más de lo habitual? (¿Los demás tenían problemas para pararlo o para entenderlo? ¿Los demás tenían dificultades para intervenir? *Notas:*	**A33** **?** **–** **+** *Más hablador de lo habitual o verborreico*
A34 … ¿sus pensamientos se aceleraban? *Notas:*	**A34** **?** **–** **+** *Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento estaba acelerado*
A35 … ¿se distraía tan fácilmente con las cosas de su alrededor que experimentaba dificultades para concentrarse o seguir el hilo? *Notas:*	**A35** **?** **–** **+** *Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)*
A36 … ¿cómo pasaba el tiempo? (¿Trabajo, amigos, aficiones? ¿Estaba tan activo que sus amigos o su familia se preocupaban por Ud.? SI NO EXISTE AUMENTO DE LA ACTIVIDAD: ¿Se encontraba físicamente inquieto? (¿Hasta qué punto?) *Notas:*	**A36** **?** **–** **+** *Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora*
A37 … ¿ha hecho algo que podía haberles causado problemas a Ud. o a su familia? (¿Comprar cosas que no necesitaba? ¿Cualquier conductas sexual que no fuera habitual en Ud.? ¿Conducción temeraria?) *Notas:*	**A37** **?** **–** **+** *Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)*

A38 COMO MÍNIMO TRES DE A31 A A37 SON CODIFICADOS "+" (O CUATRO SI EL ESTADO DE ÁNIMO ES IRRITABLE Y NO ELEVADO)	**A38** **? – +**
Si A38 es codificado "–" (es decir, menos de tres ítems son "+"), pregunte lo siguiente: **¿Ha habido <u>otras</u> épocas en que estuviera [eufórico/irritable/PROPIAS PALABRAS] y en que experimentara más síntomas de los mencionados?** **Si contesta afirmativamente, regrese a A30, página 11, e interrogue sobre este episodio.** **Si contesta negativamente, diríjase a A45, página 16 (*Trastorno distímico*)**	**? – +** **Si "–", diríjase a A45 (pág. 16)**
A39 EN CASO DESCONOCIDO: ¿Es diferente a la forma que es Ud. habitualmente? (¿Cómo es de diferente? ¿En el trabajo? ¿Con los amigos?) *Notas:*	**A39** **? – +** *El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático*
Si A39 es codificado "–" (es decir, característicamente "hipomaníaco"), pregunte lo siguiente: **¿Ha habido <u>otras</u> épocas en que estuviera [eufórico/irritable/PROPIAS PALABRAS] y en que realmente fuera diferente de la forma que es Ud. habitualmente?** **Si contesta afirmativamente, regrese a A30, página 11, e interrogue sobre este episodio.** **Si contesta negativamente, diríjase a A45, página 16 (*Trastorno distímico*)**	**? – +** **Si "–", diríjase a A45 (pág. 16)**
A40 EN CASO DESCONOCIDO: ¿Los demás se dieron cuenta del cambio producido en Ud.? (¿Qué dijeron?) *Notas:*	**A40** **? – +** *La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás*

Si A40 es codificado "–" (es decir, no es observable por los demás), pregunte lo siguiente: **¿Ha habido <u>otras</u> épocas en que estuviera [eufórico/irritable/PROPIAS PALABRAS] y en que los demás <u>se dieran cuenta</u> del cambio en su forma de actuar?** **Si contesta afirmativamente, regrese a A30, página 11, e interrogue sobre este episodio.** **Si contesta negativamente, diríjase a A45, página 16 (*Trastorno distímico*)**	**? – +** **Si "–", diríjase a A45 (pág. 16)**
A41 EN CASO DESCONOCIDO: En esa época, ¿tuvo serios problemas en casa o en el trabajo (estudios), debido a que estaba [SÍNTOMAS] o tuvo que ir al hospital? *ATENCIÓN: Una respuesta AFIRMATIVA a la pregunta de la entrevista equivale a una puntuación negativa "–" en el ítem **A41*** *Notas:*	**A41** **? – +** *El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos*
Si A41 es codificado "–" (es decir, es lo suficientemente grave como para causar deterioro), regrese a A26, página 9, codifique "+" el ítem A26 y continúe con A27, página 9.	
A42 Justo antes de que esto empezara, ¿se encontraba físicamente enfermo? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba tomando algún medicamento? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENE: ¿Hubo algún cambio en la cantidad que estaba tomando? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba bebiendo o tomando alguna droga? **CONSULTE** ANEXO 1: ENFERMEDADES MÉDICAS Y SUSTANCIAS ETIOLÓGICAMENTE RELACIONADAS CON LA MANÍA *Notas:*	**A42** **? – +** *Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica* ***Nota:*** *Los episodios parecidos a los hipomaníacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva o lumínica) no deben diagnosticarse como Trastorno bipolar II, sino Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.*

Si existe algún indicio de que la hipomanía pudiese ser secundaria (es decir, una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica o una sustancia), diríjase a la página 20 y regrese aquí para puntuar "–" ó "+".

ATENCIÓN: Una respuesta AFIRMATIVA a alguna de estas preguntas o a las preguntas de la página 20 equivale a una puntuación negativa "–" en ***A42*** *(una puntuación "+"en* ***A42*** *implica que los síntomas no son debidos a una sustancia o a una enfermedad médica)*

Si A42 es codificado "– " (es decir, la hipomanía <u>es</u> debida a una sustancia o una enfermedad médica), pregunte lo siguiente: **¿Ha habido <u>otras</u> épocas en que estuviera [eufórico/irritable/PROPIAS PALABRAS] y en que no estuviera [físicamente enfermo/tomando algún medicamento/consumiendo una SUSTANCIA]?** **Si contesta afirmativamente, regrese a A30, página 11, e interrogue sobre este episodio** **Si contesta negativamente, diríjase a A45, página 16 (*Trastorno distímico*)**	**? – +** **Si "–", diríjase a A45 (pág. 16)**
A43 LOS CRITERIOS A30, A38, A39, A40, A41 Y A42 SON CODIFICADOS "+" (ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE EPISODIO HIPOMANÍACO) EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha tenido (SÍNTOMAS PUNTUADOS "+" ANTERIORMENTE) durante el último mes? Marcar aquí ____ si los criterios se han cumplido durante el último mes. *Nota:*	**A43** **? – +** **Si "+", diagnóstico de Episodio hipomaníaco**
A44 ¿Cuántas veces estuvo [eufórico/PROPIAS PALABRAS] y tuvo [SÍNTOMAS HIPOMANÍACOS RECONOCIDOS] durante un tiempo determinado? *Nota:*	**A44** **Número total de episodios hipomaníacos incluyendo el actual=** **_____**

HA FINALIZADO LA EVALUACIÓN DE LOS EPISODIOS AFECTIVOS. DIRÍJASE AL MÓDULO F (TRASTORNOS DE ANSIEDAD), **F1** (PÁG. 25).

TRASTORNO DISTÍMICO

NOTA: Para las formas de presentación con antecedentes de múltiples episodios depresivos mayores recurrentes, el clínico puede omitir la evaluación de Trastorno distímico (es decir, dirigirse a F1, pág. 25).	**? = Información inadecuada** **– = Ausente (o subumbral)** **+ = Presente**
A45 Durante los 2 años anteriores, ¿ha estado deprimido la mayor parte del día, la mayoría de los días? (¿Más de la mitad del tiempo?) SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cómo fue? *Notas:*	**A45** **? – +** *Estado de ánimo crónica-mente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.* ***Nota:*** *En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año*
Si A45 es codificado "–" (es decir, no existe estado de ánimo crónicamente depresivo…), diríjase a F1, página 25 (*Trastornos de ansiedad*).	
Durante estos períodos de [PROPIAS PALABRAS PARA LA DEPRESIÓN CRÓNICA], ¿cree que la mayor parte del tiempo… **A46** … pierde el apetito? (¿O come más de la cuenta?) *Notas:*	*Presencia, mientras está depresivo, de dos (o más) de los siguientes síntomas:* **A46** **? – +** *Pérdida o aumento de apetito*
A47 … tiene problemas para dormir o duerme demasiado? *Notas:*	**A47** **? – +** *Insomnio o hipersomnia*
A48 … tiene pocas energías para hacer las cosas o se siente muy cansado? *Notas:*	**A48** **? – +** *Falta de energía o fatiga*

A49 … se infravalora? (¿Se siente inútil o fracasado?) *Notas:*	**A49** **? – +** *Baja autoestima*
A50 … tiene problemas para concentrarse o para tomar decisiones? *Notas:*	**A50** **? – +** *Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones*
A51 … se siente desesperanzado? *Notas:*	**A51** **? – +** *Sentimientos de desesperanza*
A52 COMO MÍNIMO DOS SÍNTOMAS DE A46 A A51 SON CODIFICADOS "+"	**A52** **? – +**
Si A52 es codificado "–" (es decir, menos de 2 síntomas son "+"), diríjase a F1, página 25 (*Trastornos de ansiedad*).	
A53 ¿Durante este período de depresión duradera, cuánto ha durado el mayor intervalo en que se ha sentido bien? (SIN SÍNTOMAS DE DISTIMIA) *NOTA: CODIFICAR "+"SI NO HA ESTADO SIN SÍNTOMAS MÁS DE 2 MESES* *Notas:*	**A53** **? – +** *Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolecen-tes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas A45 a A51 durante más de 2 meses seguidos*
Si A53 es codificado "–" (es decir, sí ha estado más de 2 meses sin síntomas), diríjase a F1, página 25 (*Trastornos de ansiedad*).	
A54 ¿Cuánto tiempo ha estado en esta situación? (¿Cuándo empezó?) *NOTA: CODIFICAR "99" SI SE DESCONOCE* *Notas:*	**Edad de inicio del Trastorno distímico actual** **=** _____

A55 EN CASO DESCONOCIDO: ¿Empezó gradualmente o con una época de depresión? *Notas:* *Nota: Antes de la aparición del Trastorno distímico pudo haber un Episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de Trastorno distímico puede haber Episodios depresivos mayores superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un Episodio depresivo mayor.*	**A55** **? – +** *No ha habido ningún Episodio depresivo mayor durante <u>los primeros</u> 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes)*
Si A55 es codificado "–" (es decir, ha habido un Episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años), diríjase a F1, página 25 (*Trastornos de ansiedad*).	
A56 *CODIFICAR "+" SI NUNCA HA HABIDO UN EPISODIO MANÍACO, MIXTO O HIPOMANÍACO Y NUNCA SE HAN CUMPLIDO LOS CRITERIOS PARA EL TRASTORNO CICLOTÍMICO* *Notas:*	**A56** **? – +**
Si A56 es codificado "–" (es decir, existen Episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos anteriores o bien se cumplen los criterios del Trastorno ciclotímico), diríjase a F1, página 25 (*Trastornos de ansiedad*).	
A57 *CODIFICAR "+" SI LA ALTERACIÓN NO APARECE EXCLUSIVAMENTE EN EL TRANSCURSO DE UN TRASTORNO PSICÓTICO CRÓNICO, COMO SON LA ESQUIZOFRENIA O EL TRASTORNO DELIRANTE* *Notas:*	**A57** **? – +**
Si A57 es codificado "–" (es decir, la alteración ocurre durante un Trastorno psicótico), diríjase a F1, página 25 (*Trastornos de ansiedad*).	
A58 Justo antes de que esto empezara, ¿se encontraba físicamente enfermo? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba tomando algún medicamento? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Hubo un cambio en la cantidad que estaba tomando? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba bebiendo o tomando alguna droga? **CONSULTE** ANEXO 1: ENFERMEDADES MÉDICAS Y SUSTANCIAS ETIOLÓGICAMENTE RELACIONADAS CON DEPRESIÓN *Notas:*	**A58** **? – +** *Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica*

Si existe algún indicio de que la distimia pudiera ser secundaria (es decir, una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica o una sustancia), diríjase a la página 20 y regrese aquí para puntuar "–" ó "+".

*ATENCIÓN: Una respuesta AFIRMATIVA a alguna de estas preguntas o a las preguntas de la página 20 equivale a una puntuación negativa "−" en **A58** (una puntuación "+"en **A58** implica que los síntomas no son debidos a una sustancia o a una enfermedad médica)*

Si A58 es codificado "–" (es decir, es debido a una enfermedad médica crónica o al consumo crónico de una sustancia), diríjase a F1, página 25 (*Trastornos de ansiedad*).

A59 SI NO ESTÁ CLARO: ¿Hasta que punto [LOS SÍNTOMAS DE A45 A A51] interfieren en su vida? *Notas:*	**A59** **?** **–** **+** *Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo*

Si A59 es codificado "–" (no clínicamente significativo), diríjase a F1, página 25 (*Trastornos de ansiedad*).

A60 LOS CRITERIOS A45, A52, A53, A55, A56, A57, A58 Y A59 SON CODIFICADOS "+" (ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE F34.1 TRASTORNO DISTÍMICO)	**A60** **?** **–** **+** **Si "+", diagnóstico de Trastorno distímico [F34.1]**

DIRÍJASE AL MÓDULO F (TRASTORNOS DE ANSIEDAD), **F1** (PÁG. 25).

CONSIDERAR EL PAPEL ETIOLÓGICO DE UNA ENFERMEDAD MÉDICA O CONSUMO DE SUSTANCIA EN LOS SÍNTOMAS AFECTIVOS

Si los síntomas afectivos **no** están temporalmente asociados a una enfermedad médica, diríjase a **A65**, página 22 (*Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias*).

TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

A61 CODIFICAR SEGÚN LA INFORMACIÓN YA OBTENIDA *Notas:*	**A61** **? – +** *En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:* *(1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades* *(2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable*
A62 ¿Cree que sus [SÍNTOMAS AFECTIVOS] estuvieron de algún modo relacionados con su [ENFERMEDAD MÉDICA COMÓRBIDA]? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Explíqueme de qué manera. ¿[LOS SÍNTOMAS AFECTIVOS] empiezan o empeoran solo después de que empiece la [ENFERMEDAD MÉDICA COMÓRBIDA]? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE Y SE HA SUPERADO LA ENFERMEDAD MÉDICA: ¿[LOS SÍNTOMAS AFECTIVOS] mejoraron una vez superada la [ENFERMEDAD MÉDICA COMÓRBIDA]? *Notas:*	**A62** **? – +** *A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, y la alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica)*
Si A62 es codificado "–" (enfermedad médica no etiológica), diríjase a A65, página 22 (*Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias*)	

A63 SI NO ESTÁ CLARO: ¿Cuánto interfirieron [LOS SÍNTOMAS AFECTIVOS] en su vida? *Notas:*	**A63** **? – +** *Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo*
A64 LOS CRITERIOS A61, A62 Y A63 SON CODIFICADOS "+" (ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE F06.xx TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA) ESPECIFICAR LA ENFERMEDAD MÉDICA ETIOLÓGICA: _____ _____ ____ Marcar el tipo de síntomas afectivos: ____ Con episodio similar al depresivo mayor ____ Con otros síntomas depresivos ____ Con síntomas maníacos ____ Con síntomas mixtos EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha tenido [SÍNTOMAS PUNTUADOS "+" ANTERIORMENTE] durante el último mes? Marcar aquí ____ si los criterios se han cumplido durante el último mes. *Nota:*	**A64** **? – +** **Si "+", diagnóstico de Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica [F06.xx]**

Si los síntomas afectivos **no** se relacionan temporalmente con el consumo de sustancias, regrese al episodio que se está evaluando:

A12 para Episodio depresivo mayor (pág. 5)
A27 para Episodio maníaco (pág. 9)
A42 para Episodio hipomaníaco (pág. 14)
A58 para Trastorno distímico (pág. 18)

TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS

A65 CODIFICAR SEGÚN LA INFORMACIÓN YA OBTENIDA *Notas:*	**A65** **? – +** *En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:* *(1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades* *(2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable*
A66 EN CASO DESCONOCIDO: ¿Cuándo empezaron [LOS SÍNTOMAS AFECTIVOS]? ¿Ya estaba tomando la [SUSTANCIA] o acababa de eliminar o reducir su consumo? *Notas:*	**A66** **? – +** *A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2):* *(1) los síntomas del criterio A65 aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia* *(2) en empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración*

Si **A66** es codificado como "–" (es decir, no está etiológicamente relacionada con una sustancia) regrese al episodio que se está evaluando:

A12 para Episodio depresivo mayor (pág. 5)
A27 para Episodio maníaco (pág. 9)
A42 para Episodio hipomaníaco (pág. 14)
A58 para Trastorno distímico (pág. 18)

A67 ¿Cree que sus [SÍNTOMAS AFECTIVOS] están de alguna manera relacionados con su [CONSUMO DE SUSTANCIAS]?
 	
SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Explíqueme de qué manera.
 	
REALIZAR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS QUE SEAN NECESARIAS PARA DESCARTAR UNA ETIOLOGÍA NO DEBIDA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS:
 	
- EN CASO DESCONOCIDO: ¿Qué apareció primero, el [CONSUMO DE SUSTANCIAS] o los [SÍNTOMAS AFECTIVOS]?
 	
- EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha habido alguna época en que dejase de consumir la [SUSTANCIA]?
 	
  o SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Después de que dejara de consumir la [SUSTANCIA], ¿los [SÍNTOMAS AFECTIVOS] mejoraron?
 	
- EN CASO DESCONOCIDO: ¿Cuánto consumía cuando empezó a experimentar [SÍNTOMAS AFECTIVOS]?
 	
- EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha tenido otros episodios de [SÍNTOMAS AFECTIVOS]?
 	
  o SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuántos? ¿Estaba consumiendo la [SUSTANCIA] en esas ocasiones?
 	
Notas:
	A67
	
	? – +
	
	La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes:
	(1) los síntomas afectivos preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento)
	(2) los síntomas afectivos persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave
	
	(3) los síntomas afectivos son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso
	(4) hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de Episodios depresivos mayores recidivantes no inducidos por sustancias)

Si **A67** es codificado como "–" (es decir, la alteración se explica mejor por un Trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias), regrese al episodio que se está evaluando:

A12 para Episodio depresivo mayor (pág. 5)
A27 para Episodio maníaco (pág. 9)
A42 para Episodio hipomaníaco (pág. 14)
A58 para Trastorno distímico (pág. 18)

A68 EN CASO DESCONOCIDO: ¿Cuánto interfirieron los [SÍNTOMAS AFECTIVOS] en su vida? *Notas:*	**A68** **? – +** *Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo*
A69 LOS CRITERIOS A65, A66, A67 Y A68 SON CODIFICADOS "+" (ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS; CODIFICAR F10.8 PARA ALCOHOL Y F19.8 PARA EL RESTO DE SUSTANCIAS) ESPECIFICAR LA SUSTANCIA: _____ _____ Marcar el tipo de síntomas afectivos: ____ Con síntomas depresivos ____ Con síntomas maníacos ____ Con síntomas mixtos EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha tenido [SÍNTOMAS PUNTUADOS "+" ANTERIORMENTE] durante el último mes? Marcar aquí ____ si los criterios se han cumplido durante el último mes. *Nota:*	**A69** **? – +** **Si "+", diagnóstico de Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias [F10/F19.8]**

Regrese al episodio que se está evaluando:

A12 para Episodio depresivo mayor (pág. 5)
A27 para Episodio maníaco (pág. 8)
A42 para Episodio hipomaníaco (pág. 14)
A58 para Trastorno distímico (pág. 18)

F. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TRASTORNO DE ANGUSTIA

	? = Información inadecuada **– = Ausente (o subumbral)** **+ = Presente**
F1 ¿Alguna vez ha experimentado crisis de angustia en las que de repente se ha sentido asustado o ansioso o de repente manifestó gran cantidad de síntomas físicos? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE ¿Alguna vez han aparecido estas crisis completamente por sorpresa en situaciones en las que no esperaba encontrarse nervioso o incómodo? SI NO ESTÁ CLARO: ¿Cuántas crisis de este tipo ha tenido? (¿Cómo mínimo dos?) *Notas:*	**F1** **? – +** *Crisis de angustia inesperadas recidivantes*
Si F1 es codificado "–" (es decir, no existen crisis inesperadas recurrentes), diríjase a F25, página 31 (comprobar *Trastorno obsesivo-compulsivo*).	
F2 Después de alguna de estas crisis… ¿Le preocupaba que algo malo le pudiese estar ocurriendo como que hubiese tenido un ataque de corazón o se hubiese vuelto loco? (¿Cuánto tiempo le preocupó eso? ¿Cómo mínimo un mes?) SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Estuvo preocupado por padecer otra crisis? (¿Durante cuánto tiempo estuvo preocupado por ello? ¿Cómo mínimo un mes?) SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Hizo algo diferente debido a la crisis, como evitar determinados lugares o no salir solo? (¿Y evitar determinadas actividades como el ejercicio? ¿Y cosas como asegurarse siempre de tener cerca unos aseos o una salida?) *Notas:*	**F2** **? – +** *Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:* *(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)* *(a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis* *(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis*
Si F2 es codificado "–" (es decir, no existe preocupación persistente por tener más crisis o por sus implicaciones y no se observan cambios en el estilo de vida), diríjase a F25, página 31 (comprobar *Trastorno obsesivo-compulsivo*).	

¿Cuánto tuvo la última crisis grave? ¿Qué fue la primera cosa que notó? ¿Luego qué? **F3** EN CASO DESCONOCIDO: ¿Los síntomas aparecieron todos de golpe? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuánto tiempo pasó desde que empezó hasta que se encontró realmente mal? (¿Menos de 10 minutos?) *Notas:*	**F3** **? – +** *Los síntomas de la crisis de angustia se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos*
Si F3 es codificado "–" (es decir, los síntomas no se inician bruscamente o tardan más de 10 min. en alcanzar su máxima expresión), diríjase a F25, página 31 (comprobar *Trastorno obsesivo-compulsivo*)	
Durante esta crisis… **F4** ¿su corazón se aceleró, palpitó o saltó?	**F4** **? – +** *Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca*
F5 ¿tuvo sudoración?	**F5** **? – +** *Sudoración*
F6 ¿tuvo temblores o sacudidas?	**F6** **? – +** *Temblores o sacudidas*
F7 ¿tuvo sensación de falta de aliento? (¿Tenía dificultades para contener la respiración?)	**F7** **? – +** *Sensación de ahogo o falta de aliento*
F8 ¿tuvo sensación de atragantarse?	**F8** **? – +** *Sensación de atragantarse*
F9 ¿tuvo opresión o dolor torácicos?	**F9** **? – +** *Opresión o malestar torácico*

F10 ¿tuvo náuseas o molestias abdominales o la sensación de que iba a tener diarrea?	**F10** **? – +** *Náuseas o molestias abdominales*
F11 ¿tuvo mareos, sensación de inestabilidad o le pareció como si fuese a desmayarse?	**F11** **? – +** *Inestabilidad, mareo o desmayo*
F12 ¿las cosas a su alrededor le parecían irreales o tuvo la sensación de estar separado de lo que le rodeaba o de partes de su cuerpo?	**F12** **? – +** *Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)*
F13 ¿tuvo miedo a volverse loco o a perder el control?	**F13** **? – +** *Miedo a perder el control o volverse loco*
F14 ¿tuvo miedo a morir?	**F14** **? – +** *Miedo a morir*
F15 ¿tuvo sensaciones de entumecimiento u hormigueo de partes de su cuerpo?	**F15** **? – +** *Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)*
F16 ¿tuvo escalofríos o sofocaciones?	**F16** **? – +** *Escalofríos o sofocaciones*
F17 COMO MÍNIMO CUATRO DE F4 A F16 SON CODIFICADOS "+"	**F17** **? – +**

Si F17 es codificado "–" (es decir, tres o menos síntomas de crisis de angustia están presentes), diríjase a F25, página 31 (comprobar *Trastorno obsesivo-compulsivo*)

F18 Justo antes de que esto empezara, ¿se encontraba físicamente enfermo? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba tomando algún medicamento? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Hubo algún cambio en la cantidad que estaba tomando? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba bebiendo o tomando alguna droga? **CONSULTE** ANEXO 1: ENFERMEDADES MÉDICAS Y SUSTANCIAS ETIOLÓGICAMENTE RELACIONADAS CON ANSIEDAD Si existe algún indicio de que las crisis de angustia pudiesen ser secundarias (es decir, una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica o una sustancia), diríjase a la página 43 y regrese luego aquí para puntuar "–" ó "+". *ATENCIÓN: Una respuesta AFIRMATIVA a alguna de estas preguntas equivale a una puntuación negativa "–" en **F18** (una puntuación "+"en **F18** implica que los síntomas no son debidos a una sustancia o a una enfermedad médica)* *Notas:*	**F18** **? – +** *Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, fármacos) o una enfermedad médica*
Si F.18 es codificado "–" (es decir, las crisis de angustia son debidas a una sustancia o una enfermedad médica), pregunte lo siguiente: **¿Ha habido algún otro período en que tuviera crisis de angustia que no fueran debidas a [ENFERMEDAD MÉDICA/CONSUMO DE SUSTANCIAS]?** **Si contesta afirmativamente, regrese a F1, página 25, e interrogue sobre estas crisis.** **Si contesta negativamente, diríjase a F25, página 31 (comprobar *Trastorno obsesivo-compulsivo*)**	**? – +** **Si "–", diríjase a F25 (pág. 31)**

F19 LAS CRISIS DE ANGUSTIA NO SE EXPLICAN MEJOR POR OTRO TRASTORNO MENTAL *como:* - *Fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas)* - *Trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre la contaminación)* - *Trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a una situación traumática)* - *Trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos)* - *Fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas)* *Notas:*	**F19** **? – +**
Si F19 es codificado "–" (es decir, las crisis de angustia se explican mejor por otro trastorno mental) diríjase a F25, página 31 (comprobar *Trastorno obsesivo-compulsivo*).	
F20 SI NO ES EVIDENTE A PARTIR DE LA VISIÓN GENERAL: ¿Existen situaciones que le ponen nervioso porque tiene miedo de sufrir una crisis de angustia? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Hábleme sobre ello… SI NO PUEDE DAR DETALLES: ¿Y qué me dice de… … sentirse incómodo si se aleja a cierta distancia de casa? … estar en un lugar con mucha aglomeración, como una tienda con muchos clientes, un cine o un restaurante? … hacer cola? … cruzar un puente? … utilizar el transporte público (como el autobús, el tren o el metro) o conducir un coche? *Notas:*	**F20** **? – +** *Presencia de agorafobia: (1) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil*
Si F20 es codificado "–" (no existe ansiedad por hallarse en lugares asociados con las crisis de angustia), diríjase a F24, página 30.	

F21 ¿Evita usted estas situaciones? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Cuando se encuentra en una de estas situaciones, ¿se siente muy incómodo o como si fuera a sufrir una crisis de angustia? (¿Solo puede sobrellevar una de estas situaciones si está acompañado?) *Notas:*	**F21** **? – +** *(2) Las situaciones agorafóbicas se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas*
Si F21 es codificado "–" (es decir, las situaciones agorafóbicas no se evitan y no generan malestar), diríjase a F24, página 30.	
F22 LA ANSIEDAD O EL COMPORTAMIENTO DE EVITACIÓN NO PUEDE EXPLICARSE MEJOR POR LA PRESENCIA DE OTRO TRASTORNO MENTAL *como:* - *Fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse)* - *Fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como ascensores)* - *Trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación)* - *Trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación traumática)* - *Trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia)*	**F22** **? – +**
Si F22 es codificado "–" (es decir, la evitación se explica mejor por otro trastorno mental), diríjase a F24 (más abajo).	
F23 LA AGORAFOBIA ESTÁ PRESENTE EN EL TRASTORNO DE ANGUSTIA (ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE F40.01 TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA) EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha tenido [CRISIS DE ANGUSTIA O SÍNTOMAS DE AGORAFOBIA] durante el último mes? Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios durante el último mes.	**F23** **? – +** **Si "+", diagnóstico de Trastorno de angustia con agorafobia [F40.01]**
Ir a F25, página 31 (comprobar *Trastorno obsesivo-compulsivo*).	

F24 LA AGORAFOBIA <u>NO</u> ESTÁ PRESENTE EN EL TRASTORNO DE ANGUSTIA (ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE F41.0 TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA) EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha tenido alguna crisis de angustia durante el último mes? Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios durante el último mes.	**F24** **? – +** **Si "+", diagnóstico de Trastorno de angustia sin agorafobia [F41.0]**
Ir a **F25**, página 31 (comprobar *Trastorno obsesivo-compulsivo*).	

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

	? = Información inadecuada **– = Ausente (o subumbral)** **+ = Presente**
Obsesiones: **F25** Ahora me gustaría preguntarle si alguna vez ha estado preocupado por pensamiento que no tenían sentido y que se repetían una y otra vez aunque intentar evitarlos. (¿Sobre qué eran?) SI EL PACIENTE NO ESTÁ SEGURO DE A QUÉ SE HACE REFERENCIA: ¿Eran pensamientos como dañar a alguien sin querer o contaminarse por gérmenes o suciedad? *Notas:*	**F25** **? – +** *Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):* *(1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos o inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos*
Si F25 es codificado "–" (es decir, no existen pensamientos recurrentes intrusivos e inapropiados), diríjase a F30, página 32.	
F26 [NO SE TRATA DE SIMPLES PREOCUPACIONES EXCESIVAS SOBRE PROBLEMAS DE LA VIDA REAL] *Notas:*	**F26** **? – +** *(2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones sobre problemas de la vida real*
Si F26 es codificado "–" (es decir, los pensamientos son simples preocupaciones sobre problemas de la vida real), diríjase a F30, página 32.	
F27 Cuando tenía estos pensamientos, ¿se esforzaba en quitárselos de la cabeza? (¿Qué habría intentado hacer?) *Notas:*	**F27** **? – +** *(3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos*
Si F27 es codificado "–" (es decir, no existen intentos de ignorar o suprimir pensamientos), diríjase a F30, página 32.	

F28 SI NO ESTÁ CLARO: ¿De dónde cree que proceden estos pensamientos? *Notas:*	**F28** **?** **–** **+** *(4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)*
Si F28 es codificado "–" (es decir, la persona cree que los pensamientos son impuestos), diríjase a F30 (más abajo).	
F29 LOS CRITERIOS (OBSESIONES) F25, F26, F27 Y F28 SON CODIFICADOS "+"	**F29** **?** **–** **+**
Compulsiones: **F30** ¿Hubo alguna vez algo que tuviera que hacer repetidamente y que no podía dejar de hacer, como lavarse las manos una y otra vez, contar hasta un número determinado o examinar algo varias veces para asegurarse de que lo había hecho bien? (¿Qué es lo que tenía que hacer?) *Notas:*	**F30** **?** **–** **+** *Las compulsiones se definen por (1) y (2): (1) comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta ana obsesión o según ciertas reglas que debe seguir estrictamente*
Si F30 es codificado "–" (es decir, no existen conductas ni actos mentales repetitivos en respuesta a una obsesión o según ciertas reglas), diríjase a F33, página 33.	

F31 SI NO ESTÁ CLARO: ¿Por qué tenía que hacer [CONDUCTA COMPULSIVA]? ¿Qué hubiese ocurrido si no lo hubiera hecho? SI NO ESTÁ CLARO: ¿Cuántas veces hacía [CONDUCTA COMPULSIVA]? ¿Cuánto tiempo del día dedicaba a hacerlo? *Notas:*	**F31** **? – +** *(2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos*
Si F31 es codificado "–" (es decir, las conductas o actos mentales no tienen como objetivo la prevención del malestar o de algún acontecimiento temido y no son excesivos), diríjase a F33, página 33.	
F32 LOS CRITERIOS (COMPULSIONES) F30 Y F31 SON CODIFICADOS "+"	**F32** **? – +**
F33 O F29 ES "+" O F32 ES "+" *A. Existen obsesiones o compulsiones*	**F33** **? – +**
Si F33 es codificado "–" (es decir, no existen obsesiones ni compulsiones), diríjase a F39, página 35 (comprobar *Trastorno por estrés postraumático*).	
F34 ¿Has tenido que (pensar sobre [IDEAS OBSESIVAS]/hacer [ACTOS COMPULSIVOS] más de lo debido (o de lo razonable)? SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Y cuándo empezó a tener este problema por primera vez? *Notas:*	**F34** **? – +** *B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.* ***Nota:*** *Este punto no es aplicable en los niños*
Si F34 es codificado "–" (es decir, nunca ha reconocido que las obsesiones o compulsiones son irracionales), diríjase a F39, página 35 (comprobar *Trastorno por estrés postraumático*).	

F35 ¿Qué efecto ha tenido esta [OBSESIÓN O COMPULSIÓN] en su vida? (¿La [OBSESIÓN O COMPULSIÓN] le preocupó mucho? ¿Cuánto tiempo ha dedicado a la [OBSESIÓN O COMPULSIÓN]? *Notas:*	**F35** **?** **–** **+** *C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínicamente significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social*
Si F35 es codificado "–" (es decir, las obsesiones y compulsiones son clínicamente significativas), diríjase a F39, página 35 (comprobar *Trastorno por estrés postraumático*).	
F36 SI HAY OTRO TRASTORNO DEL EJE I, EL CONTENIDO DE LAS OBSESIONES O COMPULSIONES NO SE LIMITA A ÉL. *Por ejemplo:* - *Preocupaciones por la comida en un Trastorno alimentario* - *Arranque de cabellos en la Tricotilomanía* - *Inquietud por la propia apariencia en el Trastorno dismórfico corporal* - *Preocupación por las drogas en un Trastorno por consumo de sustancias* - *Preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la Hipocondría* - *Preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una Parafilia* - *Sentimientos repetitivos de culpabilidad en el Trastorno depresivo mayor* *Notas:*	**F36** **?** **–** **+**
Si F36 es codificado "–" (es decir, el contenido de las obsesiones y compulsiones se restringe a otro trastorno del Eje I), diríjase a F39, página 35 (comprobar *Trastorno por estrés postraumático*).	

F37 Justo antes de que empezara a tener [OBSESIONES O COMPULSIONES], ¿estaba tomando alguna droga o algún medicamento? Justo antes de que empezar a tener [OBSESIONES O COMPULSIONES], ¿se encontraba físicamente enfermo? Si existe algún indicio de que las obsesiones o compulsiones pudiesen ser secundarias (es decir, una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica o una sustancia), diríjase a la página 43 y regrese luego aquí para puntuar "–" ó "+". *ATENCIÓN: Una respuesta AFIRMATIVA a alguna de estas preguntas equivale a una puntuación negativa "–" en **F37** (una puntuación "+"en **F37** implica que los síntomas no son debidos a una sustancia o a una enfermedad médica)* *Notas:*	**F37** **? – +** *E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.* *Las enfermedades médicas etiológicas incluyen ciertas neoplasias del sistema nervioso central.* *Las sustancias etiológicas incluyen intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (p. ej., cocaína, anfetaminas)*
Si F37 es codificado "–" (es decir, las obsesiones y compulsiones son debidas a una enfermedad médica o a una sustancia), diríjase a F39, página 35 (comprobar *Trastorno por estrés postraumático*).	
F38 LOS CRITERIOS F33, F34, F35, F36 Y F37 DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SON CODIFICADOS "+" (ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE F42.8 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO) EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha tenido [OBSESIONES O COMPULSIONES] durante el último mes? Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios durante el último mes. *Notas:*	**F38** **? – +** **Si +, Trastorno obsesivo-compulsivo [F42.8]**

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

F39 Desgraciadamente a veces a la gente le ocurren cosas que pueden ser traumáticas, como encontrarse en situaciones que amenazan la vida como un desastre importante, un accidente grave o un incendio; agresiones físicas o secuestros; ver matar o ver muerta o gravemente herida a otra persona, u oír que le ha ocurrido algo terrible a un ser querido. En algún momento de su vida, ¿le ha ocurrido a Ud. algunas de estas cosas?

REGISTRAR LOS ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS:

Breve descripción	Fecha (mes/año)	Edad
_____	____/____	_____
_____	____/____	_____
_____	____/____	_____
_____	____/____	_____
_____	____/____	_____
_____	____/____	_____

SI SE REGISTRA ALGÚN ACONTECIMIENTO: A veces estos acontecimientos siguen regresando en forma de pesadillas, imágenes muy reales (*flashbacks*) o pensamientos insistentes. ¿Alguna vez le ha ocurrido eso a Ud.?	**?** **–** **+**
SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Y encontrarse muy mal en situaciones que le recordaban alguno de estos acontecimientos terribles?	**?** **–** **+**

Si no se han registrado acontecimientos o la respuesta a las dos preguntas anteriores es negativa ("–"), diríjase a F65, página 40.

F40 SI SE REGISTRA ALGÚN ACONTECIMIENTO: ¿Cuál de los acontecimientos que ha mencionado cree que le afectó más?: _____ PARA LAS PREGUNTAS SIGUIENTES DEBE CENTRARSE EN EL ACONTECIMIENTO QUE LE AFECTÓ MÁS. *Notas:*	**F40** **? – +** *La persona ha estado expuesta a un acontecimien-to traumático en el que han existido (1) y (2): (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*
F41 SI NO ESTÁ CLARO: ¿Cómo reaccionó cuando ocurrió el [ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO]? (¿Tuvo mucho miedo o se sintió horrorizado o desesperanzado?). *Notas:*	**F41** **? – +** *(2) la persona ha respondido con un temor, una desespe-ranza o un horror intensos.* ***Nota:*** *En los niños estas respuestas pueden expresar-se en comportamientos de-sestructurados o agitados*
Si F41 es codificado "–" (es decir, la persona no reaccionó con miedo, desesperanza u horror), diríjase a F65, página 40.	
Ahora me gustaría formularle algunas preguntas sobre las diferentes formas en que le haya podido afectar. Por ejemplo… **F42** ¿pensó sobre el [ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO] cuando no quería hacerlo o de repente le venían pensamientos sobre el [ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO] cuando Ud. no quería? *Notas:*	**F42** **? – +** *El acontecimiento trauma-tico es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas: (1) recuerdos del aconteci-miento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que incluyen imágenes, pensamientos o percep-ciones.* ***Nota:*** *En los niños pequeños puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma*

F43 ¿tenías sueños sobre el [ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO]? *Notas:*	**F43** **?** **–** **+** *(2) sueños de carácter recu-rrente sobre el aconteci-miento que producen males-tar.* ***Nota:*** *En los niños puede haber sueños terrorífi-cos de contenido irrecono-cible*
F44 ¿se veía a sí mismo actuando sintiendo como si volviera a hallarse en esa situación? *Notas:*	**F44** **?** **–** **+** *(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse.* ***Nota:*** *En los niños pequeños puede reescenificar el aconteci-miento traumático específico*
F45 ¿se sentía mal cuando algo le recordaba el [ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO]? *Notas:*	**F45** **?** **–** **+** *(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del aconteci-miento traumático*
F46 ¿sufría síntomas físicos como ponerse a sudar, respirar con dificultad o de forma irregular, o experimentar palpitaciones o aceleraciones del corazón? *Notas:*	**F46** **?** **–** **+** *(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático*
F47 COMO MÍNIMO UN SÍNTOMA DE F42, F43, F44, F45 Ó F46 ES CODIFICADO "+"	**F47** **?** **–** **+**

Si F47 es codificado "–" (es decir, ningún síntoma de F42, F43, F44, F45 ó F46 es "+"), diríjase a F65, página 40.	
Desde el [ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO] … **F48** ¿ha hecho algún esfuerzo por evita pensar o hablar sobre lo que pasó? *Notas:*	**F48** **?** **–** **+** *C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:* *(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático*
F49 ¿ha evitado cosas o personas que le recordaran el [ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO]? *Notas:*	**F49** **?** **–** **+** *(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma*
F50 ¿ha sido incapaz de recordar algún aspecto importante de lo que pasó? *Notas:*	**F50** **?** **–** **+** *(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma*
F51 ¿ha estado menos interesado por hacer cosas que habitualmente eran importantes para Ud. como ver a sus amigos, leer libros o ver la televisión? *Notas:*	**F51** **?** **–** **+** *(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas*
F52 ¿se ha sentido distante o aislado de los demás? *Notas:*	**F52** **?** **–** **+** *(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás*

F53 ¿se ha sentido "insensible" o como si ya no tuviera sentimientos intensos hacia nada o sentimientos de amor hacia nadie? *Notas:*	**F53** **?** **–** **+** *(6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)*
F54 ¿ha notado un cambio en su forma de pensar o de planificar el futuro? *Notas:*	**F54** **?** **–** **+** *(7) sensación de un futuro limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o tener la esperanza de una vida normal)*
F55 COMO MÍNIMO TRES SÍNTOMAS DE F48, F49, F50, F51, F52, F53 Ó F54 SON CODIFICADOS "+"	**F55** **?** **–** **+**
Si F55 es codificado "–" (es decir, menos de tres síntomas de F48, F49, F50, F51, F52, F53 ó F54 son "+"), diríjase a F65, página 40.	
Desde el [ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO] … **F56** ¿ha tenido problemas para dormir? (¿Qué tipo de problemas?) *Notas:*	**F56** **?** **–** **+** *D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:* *(1) dificultades para conci-liar o mantener el sueño*
F57 ¿ha estado más irritable que de costumbre? ¿Ha tenido ataques de ira? *Notas:*	**F57** **?** **–** **+** *(2) irritabilidad o ataques de ira*
F58 ¿ha tenido dificultades para concentrarse? *Notas:*	**F58** **?** **–** **+** *(3) dificultades para concentrarse*
F59 ¿ha estado alerta o en guardia aunque no hubiera razón para ello? *Notas:*	**F59** **?** **–** **+** *(4) hipervigilancia*

F60 ¿ha estado asustadizo o se sobresaltaba fácilmente por cosas como ruidos repentinos? *Notas:*	**F60** **? – +** *(5) respuestas exageradas de sobresalto*
F61 COMO MÍNIMO DOS SÍNTOMAS DE F56, F57, F58, F59 Ó F60 SON CODIFICADOS "+"	**F61** **? – +**
Si F61 es codificado "–" (es decir, menos de dos síntomas de F56, F57, F58, F59 ó F60 son "+"), diríjase a F65, página 40.	
F62 ¿Cuánto tiempo aproximadamente duraron estos problemas, como [SÍNTOMAS DEL TEPT]?	**F62** **? – +** *Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes*
Si F62 es codificado "–" (es decir, duración de 1 mes o menos), diríjase a F65, página 40.	
F63 *ESTAS ALTERACIONES PROVOCAN MALESTAR CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO O DETERIORO SOCIAL, LABORAL O DE OTRAS ÁREAS IMPORTANTES DE LA ACTIVIDAD DEL INDIVIDUO*	**F63** **? – +**
Si F63 es codificado "–" (es decir, la alteración no es clínicamente significativa), diríjase a F65, página 40.	
F64 LOS CRITERIOS F41, F47, F55, F61, F62 Y F63 DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SON CODIFICADOS "+" (ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE F43.1 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO) EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha experimentado [SÍNTOMAS CODIFICADOS "+"] durante el último mes? Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios durante el último mes. *Notas:*	**F64** **? – +** **Si +, Trastorno por estrés postraumático [F43.1]**

OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

	? = Información inadecuada **– = Ausente (o subumbral)** **+ = Presente**
F65 SI NO SE HA DIAGNOSTICADO TODAVÍA TRASTORNO DE ANGUSTIA: ¿Alguna vez ha tenido miedo de salir de casa solo, de estar solo, de hallarse en una aglomeración o en una cola, o de viajar en autobuses o trenes? Marcar aquí ____ si se ha manifestado durante el último mes. *SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE*, considérese **F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.** *Notas:*	**F65** **? – +** ***Agorafobia sin historia de trastorno de angustia:*** *Agorafobia relacionada con el miedo a desarrollar síntomas parecidos a la crisis de angustia (p. ej., mareo o diarrea) sin historia de Trastorno de angustia*
F66 ¿Hay algo que le haya dado miedo hacer o que le haga sentirse incómodo frente a otras personas, como hablar, comer o escribir? Marcar aquí ____ si se ha manifestado durante el último mes. *SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE*, considérese **F40.1 Fobia social.** *Notas:*	**F66** **? – +** ***Fobia social:*** *Miedo marcado y persistente a una o más situaciones (o actuaciones) sociales que interfieren de forma significativa en la rutina normal, el rendimiento laboral o las actividades o relaciones sociales del individuo (o bien existe un marcado malestar por sufrir la fobia)*
F67 ¿Hay otras cosas a las que tenga miedo, como volar, ver sangre, las alturas, lugares cerrados, o determinados tipos de animales o insectos? Marcar aquí ____ si se ha manifestado durante el último mes. *SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE*, considérese **F40.2 Fobia específica.** *Notas:*	**F67** **? – +** ***Fobia específica:*** *Miedo marcado y persistente que es excesivo e irracional e interfiere de forma significativa en la rutina normal, el rendimiento laboral o las actividades o relaciones sociales del individuo (o bien existe un marcado malestar por sufrir la fobia)*

F68 En los últimos 6 meses, ¿se ha sentido especialmente nervioso o ansioso? Marcar aquí ____ si se ha manifestado durante el último mes. *SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE*, considérese **F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.** *Notas:*	**F68** **? – +** ***Trastorno de ansiedad generalizada:*** *Ansiedad y preocupación excesivas la mayoría de los días durante un mínimo de 6 meses, no debidas a una enfermedad médica o sustancia, que causan un malestar o deterioro significativos. NOTA: Un diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada requiere que la ansiedad no ocurra solo durante un Trastorno del estado de ánimo o un Trastorno psicótico*

TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

	? = Información inadecuada **– = Ausente (o subumbral)** **+ = Presente**
F69 *ANSIEDAD O EVITACIÓN FÓBICA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVAS QUE NO CUMPLEN LOS CRITERIOS DE TRASTORNO DE ANSIEDAD, TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO CON ANSIEDAD O TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO CON ANSIEDAD Y ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO* *Notas:*	**F69** **? – +**
Si F69 es codificado "–" (es decir, ausencia de síntomas de ansiedad clínicamente significativos sin cumplir los criterios de un Trastorno de ansiedad específico), FINAL DE LA ENTREVISTA.	
F70 Justo antes de que esto empezara, ¿se encontraba físicamente enfermo? Justo antes de que esto empezara, ¿estaba tomando algún medicamento? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Hubo algún cambio en la cantidad que estaba tomando? Antes de que esto comenzara, ¿bebía o consumía drogas? *Notas:* **CONSULTE** ANEXO 1: ENFERMEDADES MÉDICAS Y SUSTANCIAS ETIOLÓGICAMENTE RELACIONADAS CON ANSIEDAD Si existe algún indicio de que los síntomas de ansiedad pudiesen ser secundarios (es de una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica o una sustancia), diríja a la página 43 y regrese luego aquí para puntuar "–" ó "+". *ATENCIÓN: Una respuesta NEGATIVA a estas preguntas equivale a una puntuación "+" (No es debido a una sustancia o enfermedad médica) y una respuesta AFIRMATIVA a estas preguntas equivale a una puntuación "–" (Es debido a una sustancia o enfermedad médica).*	**F70** **? – +** *La ansiedad o evitación fóbica clínicamente significativa que no cumplen los criterios de otros trastornos no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., abuso de drogas, medicación) o a una enfermedad médica*
Si F70 es codificado "–" (es decir, es debido a una sustancia o enfermedad médica), FINAL DE LA ENTREVISTA.	

F71 ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE F41.9 TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha experimentado [SÍNTOMAS DE ANSIEDAD] durante el último mes? Marcar aquí ____ si se ha manifestado durante el último mes.	**F70** **? – +** **Si +, Trastorno de ansiedad no especificado [F41.9]**

FINAL DE LA ENTREVISTA

CONSIDERAR EL PAPEL ETIOLÓGICO DE UNA ENFERMEDAD MÉDICA O CONSUMO DE SUSTANCIA EN LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

Si las crisis de angustia, obsesiones, compulsiones y otros síntomas de ansiedad **no** están temporalmente asociados con una enfermedad médica, diríjase a F87, página 44 (*Trastorno de ansiedad inducido por sustancias*).

TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA

	? = Información inadecuada **– = Ausente (o subumbral)** **+ = Presente**
F83 CODIFICAR SEGÚN LA INFORMACIÓN YA OBTENIDA [Ansiedad prominente, crisis de angustia u obsesiones o compulsiones]. *Notas:*	**F83** **? – +** *La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico*
F84 ¿Cree usted que sus [CRISIS DE ANGUSTIA / OBSESIONES-COMPULSIONES / SÍNTOMAS DE ANSIEDAD] estaban de alguna manera relacionados con su [ENFERMEDAD MÉDICA COMÓRBIDA]? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Cuénteme de qué manera. (¿Las [CRISIS DE ANGUSTIA / OBSESIONES-COMPULSIONES / SÍNTOMAS DE ANSIEDAD] empezaron o empeoraron solo después del inicio de la [ENFERMEDAD MÉDICA COMÓRBIDA]?) SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE Y LA ENFERMEDAD SE SUPERÓ: ¿Las [CRISIS DE ANGUSTIA / OBSESIONES-COMPULSIONES / SÍNTOMAS DE ANSIEDAD] mejoraron al mismo tiempo que la [ENFERMEDAD MÉDICA COMÓRBIDA]? *Notas:*	**F84** **? – +** *A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, y no pueden explicarse mejor por la presencia de otros trastorno mental (p. ej., Trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave)*

Si F84 es codificado "–" (enfermedad médica no etiológica), diríjase a F87, página 44 (*Trastorno de ansiedad inducido por sustancias*).

F85 SI NO ESTÁ CLARO: ¿Hasta qué punto las [CRISIS DE ANGUSTIA / OBSESIONES-COMPULSIONES / SÍNTOMAS DE ANSIEDAD] interfirieron en su vida] *Notas:*	**F85** **?** **–** **+** *Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo*
F86 LOS CRITERIOS F83, F84 Y F85 SON CODIFICADOS "+" (ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE F06.4 TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA) **Especificar la enfermedad médica etiológica:** _____ _____ ____ Marcar el tipo de síntomas de ansiedad: ____ Con ansiedad generalizada ____ Con crisis de angustia ____ Con síntomas obsesivo-compulsivos EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha experimentado [SÍNTOMAS DE ANSIEDAD] durante el último mes? Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios durante el último mes.	**F86** **?** **–** **+** **Si +, Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica [F06.4]**

Si las crisis de angustia, obsesiones, compulsiones y otros síntomas de ansiedad **no** están temporalmente asociados al consumo de sustancias, regrese al trastorno que estaba evaluando:
F18 para Trastorno de angustia (pág. 28)
F37 para Trastorno obsesivo-compulsivo (pág. 34)
F70 para Trastorno de ansiedad no especificado (pág. 42)

TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS

	? = Información inadecuada **– = Ausente (o subumbral)** **+ = Presente**
F87 CODIFICAR SEGÚN LA INFORMACIÓN YA OBTENIDA [Ansiedad prominente, crisis de angustia u obsesiones o compulsiones]. *Notas:*	**F87** **? – +** *La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico*
F88 EN CASO DESCONOCIDO: ¿Cuándo empezaron las [CRISIS DE ANGUSTIA / OBSESIONES-COMPULSIONES / SÍNTOMAS DE ANSIEDAD]? ¿Ya estaba consumiendo la [SUSTANCIA] o había finalizado o reducido su consumo? *Notas:*	**F88** **? – +** *A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que: (1) los síntomas de ansiedad aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente, o (2) el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración*

Si **F88** es codificado "–" (es decir, no se halla etiológicamente relacionado con la sustanci
regrese al trastorno que estaba evaluando:
F18 para Trastorno de angustia (pág. 28)
F37 para Trastorno obsesivo-compulsivo (pág. 34)
F70 para Trastorno de ansiedad no especificado (pág. 42)

F89 ¿Cree usted que sus [CRISIS DE ANGUSTIA / OBSESIONES-COMPULSIONES / SÍNTOMAS DE ANSIEDAD] estaban de alguna manera relacionados con su [CONSUMO DE SUSTANCIAS]? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Explíqueme de qué manera. REALICE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS NECESARIAS PARA DESCARTAR UNA ETIOLOGÍA NO DEBIDA A UNA SUSTANCIA EN CASO DESCONOCIDO: ¿Qué apareció primero, el [CONSUMO DE SUSTANCIAS] o las [CRISIS DE ANGUSTIA / OBSESIONES-COMPULSIONES / SÍNTOMAS DE ANSIEDAD]? EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha habido algún período en que dejara de consumir la [SUSTANCIA]? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: Después de que dejara de consumir la [SUSTANCIA], ¿las [CRISIS DE ANGUSTIA / OBSESIONES-COMPULSIONES / SÍNTOMAS DE ANSIEDAD] mejoraron? EN CASO DESCONOCIDO: ¿Cuánta [SUSTANCIA] consumía cuando empezó a tener [CRISIS DE ANGUSTIA / OBSESIONES-COMPULSIONES / SÍNTOMAS DE ANSIEDAD]? EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha tenido otros episodios de [CRISIS DE ANGUSTIA / OBSESIONES-COMPULSIONES / SÍNTOMAS DE ANSIEDAD]? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuántos? ¿Estaba consumiendo la [SUSTANCIA] en esas ocasiones? *Notas:*	**F89** **? – +** *La alteración no se explica mejor por la presente de un Trastorno de ansiedad <u>no</u> inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un Trastorno de ansiedad <u>no</u> inducido por sustancias se incluyen las siguientes:* *(1) la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento)* *(2) los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia* *(3) los síntomas son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo* *(4) existen otras pruebas que sugieren la existencia de un Trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias)*

Si **F89** es codificado "–" (es decir, la alteración se explica mejor por un Trastorno de ansie
inducido por sustancias), regrese al trastorno que estaba evaluando:
F18 para Trastorno de angustia (pág. 28)
F37 para Trastorno obsesivo-compulsivo (pág. 34)
F70 para Trastorno de ansiedad no especificado (pág. 42)

F90 SI NO ESTÁ CLARO: ¿Hasta qué punto las [CRISIS DE ANGUSTIA / OBSESIONES-COMPULSIONES / SÍNTOMAS DE ANSIEDAD] interfirieron en su vida] *Notas:*	**F90** **? – +** *La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo*

Si **F90** es codificado "–" (no clínicamente significativo), regrese al trastorno que estaba evaluando:
F18 para Trastorno de angustia (pág. 28)
F37 para Trastorno obsesivo-compulsivo (pág. 34)
F70 para Trastorno de ansiedad no especificado (pág. 42)

F91 LOS CRITERIOS F87, F88, F89 Y F90 SON CODIFICADOS "+" (ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS. CODIFICAR F10.8 PARA ALCOHOL Y F19.8 PARA OTRAS SUSTANCIAS) **Especificar la sustancia:** _____ _____ _____ Marcar el tipo de síntomas de ansiedad: ____ Con ansiedad generalizada ____ Con crisis de angustia ____ Con síntomas obsesivo-compulsivos EN CASO DESCONOCIDO: ¿Ha experimentado [SÍNTOMAS DE ANSIEDAD] durante el último mes? Marcar aquí ____ si se han cumplido los criterios durante el último mes.	**F86** **? – +** **Si +, Trastorno de ansiedad inducido por sustancias [F10.8/F19.8]**

Regrese al trastorno que estaba evaluando:
F18 para Trastorno de angustia (pág. 28)
F37 para Trastorno obsesivo-compulsivo (pág. 34)
F70 para Trastorno de ansiedad no especificado (pág. 42)

ANEXO 3. PCL. Lista de verificación del trastorno por estrés postraumático (Weathers, Litz, Herman, Huska, y Keane, 1993; Vazquez, Pérez-Sales, y Matt)

Muy bien, ahora me gustaría que me dijese, de los siguientes síntomas o problemas que pueden presentar las personas ante situaciones estresantes ¿cuáles considera que no ha presentado durante el último mes? ¿Y cuáles sí y en qué medida cree que ha sido? ¿Un poco? ¿Moderadamente? ¿Bastante? ¿Extremadamente?

1: Nada en absoluto.
2: Un poco.
3: Moderadamente.
4: Bastante.
5: Extremadamente.

	REACCIÓN:	Nada en abso-luto (1)	Un poco (2)	Modera-damente (3)	Bastante (4)	Extrema-damente (5)
1.	¿Ha tenido *recuerdos*, *pensamientos* o *imágenes* dolorosos de esa experiencia?	1	2	3	4	5
2.	¿Ha tenido pesadillas repetidas de lo sucedido?	1	2	3	4	5
3.	¿*Ha actuado* o *se ha sentido* repentinamente como si la experiencia pasada estuviese ocurriendo de nuevo?	1	2	3	4	5
4.	¿Se ha sentido muy mal cuando *algo le recordaba* los acontecimientos?	1	2	3	4	5
5.	¿Ha tenido *reacciones físicas* (por ejemplo, problemas para respirar, latidos fuertes del corazón, o sudor) cuando *algo le* recordaba lo sucedido?	1	2	3	4	5
6.	¿Ha evitado *pensar* o *hablar* del atentado o ha evitado *sentimientos* relacionados con lo sucedido?	1	2	3	4	5

7.	¿Ha evitado hacer ciertas *actividades* o estar en *situaciones* que *le recordasen* lo sucedido?	1	2	3	4	5
8.	¿Ha tenido problemas para *recordar partes importantes de* lo ocurrido?	1	2	3	4	5
9.	¿Ha perdido el *interés en las cosas con las que solía disfrutar?*	1	2	3	4	5
10.	¿Se ha sentido *distante* o alejado de otra gente?	1	2	3	4	5
11.	¿Se ha sentido *emocionalmente bloqueado* o ha sido incapaz de tener sentimientos de amor hacia las personas cercanas a usted?	1	2	3	4	5
12.	¿Ha sentido como si su futuro estuviese de algún modo cortado o interrumpido?	1	2	3	4	5
13.	¿Ha tenido problemas para *quedarse dormido* o para *permanecer dormido*?	1	2	3	4	5
14.	¿Se ha sentido *irritable* o ha tenido *arrebatos de ira?*	1	2	3	4	5
15.	¿Ha tenido *dificultades para concentrarse*?	1	2	3	4	5
16.	¿Se ha sentido *superalerta* o en un estado de permanecer en guardia?	1	2	3	4	5
17.	¿Se ha sentido inquieto o fácilmente *sobresaltable?*	1	2	3	4	5

PUNTUACIÓN TOTAL PLC:_____
OBSERVACIONES:

ANEXO 4. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996)

(Debido a las restricciones de los derechos de autor del BDI-II, solo se reproducen algunas afirmaciones de los ítems del BDI-II a modo de muestra. Para consultar íntegramente las afirmaciones de los ítems del BDI-II, véase Beck, Steer y Brown, 2011)

1. Tristeza

0. No me siento triste habitualmente.
1. Me siento triste gran parte del tiempo.
2. (*Suprimida para respetar los derechos de autor*)
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No estoy desanimado sobre mi futuro.
1. (*Suprimida para respetar los derechos de autor*)
2. No espero que las cosas mejoren.
3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.

5. Sentimientos de culpa

0. (*Suprimida para respetar los derechos de autor*)
1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable constantemente.

7. Insatisfacción con uno mismo

0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
1. (*Suprimida para respetar los derechos de autor*)
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusto.

ANEXO 5. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown, y Steer, 1988)

(Debido a las restricciones de los derechos de autor del BAI, no se reproduce ni las instrucciones ni el formato final de los ítems del BAI. Para consultar íntegramente el BAI, véase Beck y Steer, 2011)

Ítems de ejemplo:

5. Miedo a que suceda lo peor.
9. Sensación de estar aterrorizado.

Escala de valoración de cada ítem:

0. Nada, en absoluto.
1. Levemente, no me molestó mucho.
2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo.
3. Gravemente, casi no podía soportarlo.