

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Papel de las actitudes y creencias disfuncionales en el  
tratamiento psicológico de las víctimas de terrorismo que  
sufren depresión**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

**Belén Reguera Briz**

DIRECTORES

**María Paz García Vera**  
**Jesús Sanz Fernández**

Madrid

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

PAPEL DE LAS ACTITUDES Y CREENCIAS DISFUNCIONALES EN EL  
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO QUE SUFREN  
DEPRESIÓN.

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Belén Reguera Briz

DIRECTOR

María Paz García Vera

Jesús Sanz Fernández



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Papel de las actitudes y creencias disfuncionales en el  
tratamiento psicológico de las víctimas de terrorismo que  
sufren depresión**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR:

**Belén Reguera Briz**

Directores:

**Dra. María Paz García-Vera**

**Dr. Jesús Sanz Fernández**

Madrid, 2020





## AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación, a través de las ayudas a los proyectos de investigación con referencias PSI2011-26450, PSI2014-56531-P y PGC2018-098387-B-100, al convenio de colaboración entre la Universidad Complutense de Madrid y la Asociación Víctimas del Terrorismo (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, y al contrato de ayudante de investigación concedido por la Consejería de Educación, Juventud y Deporte de la Comunidad de Madrid y cofinanciado por el Fondo Social Europeo a través del Programa Operativo de Empleo Juvenil.

Gracias al inagotable trabajo de todas las víctimas del terrorismo, familiares e intervinientes que han participado en este trabajo. Gracias por dejarnos acompañaros en vuestro proceso terapéutico y por transmitirnos vuestro ejemplo.

Por supuesto, mi siempre agradecimiento a mis directores, Mari Paz y Jesús, nuestros padres académicos. Gracias por darme la oportunidad de formar parte que este equipo de investigación, así como, ya desde hace tantos años, transmitirme el ejemplo del buen trabajo, la rigurosidad y la pasión por nuestra profesión. Gracias por todo ese aprendizaje y la siempre confianza.

A mis compañeros de equipo, Arantxa, Lolo, Andrea, Noelia, Clara, Rocío, Adela, Pedro y Sara. Qué suerte haber compartido con vosotros la práctica y estudio de la nuestra profesión, que es la más bonita del mundo. En especial, a mis compañeros Roberto y Beatriz, que juntos comenzamos este camino para ser doctores y ya estamos aquí. Gracias por tanto, equipo, esta tesis es de todos vosotros.

A mis también compañeros de la Asociación de Víctimas del Terrorismo: Alberto, Arantxa B., Laura, Virginia, Paula, Cristina, Sara, Leire y Manuel por el excelente trabajo que lleváis a cabo a diario con nuestras víctimas del terrorismo.

Y, por supuesto, con todo el cariño y el afecto que pueda transmitir con estas líneas, a mis amigas Inés y Nani, de corazón a ambas, gracias por chequear siempre, y hacer que no

decayeran, las ganas, la ilusión y el esfuerzo invertido en este trabajo, así como con todo lo demás.

A Covadonga, una hermana más, gracias por tu incondicionalidad, por cuidarme y acompañarme en todo.

A Jana, Margarita y Carlota, lejos pero siempre aquí. Estáis en todos mis planes, sois una suerte, gracias por esta amistad.

A Pati, Pupu y Alba, nos conocimos el primer día de Universidad, y desde luego, a los mejores amigos los conoces en la carrera. Qué suerte estudiar y crecer a vuestro lado.

A Ágata, extraordinaria y siempre en primera línea. Gracias por toda la confianza.

A mi compañera y amiga, Elisa, que desde el principio apostó porque esto iba a salir sí o sí. Gracias por trasmitirme todos esos recursos.

Y los últimos, pero los más importantes, gracias a mi familia. A mis hermanas, Patricia y Damelsa, a mis cuñados, Marcos y Kiko, y, por supuesto, al regalo que es mi sobrina Victoria.

Y, sobre todo, mis palabras de agradecimiento, el esfuerzo y trabajo invertido en este camino, son para mis padres, Antonio y María. Gracias por la oportunidad que me distéis de poder estudiar esta maravilla de profesión. A mi padre, este trabajo es un reflejo de lo que me ha enseñado con su ejemplo. Y a la memoria de mi madre, por la suerte que he tenido de tenerla. Estoy segura de que te está llegando la ilusión con la que escribo estas líneas; desde luego, este trabajo es para ti, junto con mi siempre recuerdo e inestimable amor hacia ti.

A todas/os vosotras/os, gracias.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>Capítulo 1. Abstract .....</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo 2. Resumen.....</b>	<b>25</b>
<b>➤ MARCO TEÓRICO</b>	
<b>Capítulo 3. El azote del terrorismo: pasado y presente</b>	
○ 3.1. Historia y concepto del terrorismo.....	37
○ 3.2. El terrorismo en España.....	42
○ 3.3. El terrorismo en la actualidad.....	50
<b>Capítulo 4. Trastornos psicológicos como consecuencia de los ataques terroristas</b>	
○ 4.1. Consecuencias psicopatológicas derivadas de los atentados terroristas.....	55
○ 4.2. Prevalencia de los trastornos psicológicos tras un atentado terrorista.....	56
<b>Capítulo 5. El papel de las actitudes y creencias disfuncionales en la depresión</b>	
○ <b>5.1. Modelos y terapias cognitivas de la depresión</b>	
○ 5.1.1. El origen de los modelos y terapias cognitivas.....	63
○ 5.1.2. Principales modelos y terapias cognitivas y cognitivo-conductuales para la depresión.....	65
○ 5.1.2.1. Teoría y terapia cognitiva de la depresión de Aaron Beck.....	65
○ 5.1.2.2. Modelo atribucional de Seligman y colaboradores.....	69
○ 5.1.2.3. Modelo del autocontrol de Rehm.....	69
○ 5.1.2.4. Modelo integrador de Lewinson.....	70
○ <b>5.2. Tratamiento psicológico de las actitudes y creencias depresivas</b>	
○ 5.2.1. Componentes de la terapia cognitiva conductual para la depresión.....	71
○ 5.2.2. Evidencia empírica de la terapia cognitiva conductual para la depresión.....	74

○ 5.2.3. El cambio cognitivo como predictor de cambio sintomático.....	75
○ <b>5.3. El papel de las actitudes disfuncionales en las víctimas del terrorismo que sufren depresión</b>	
○ 5.3.1. Comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático y la depresión: novedades en el DSM-5.....	78
<b>➤ ESTUDIO EMPÍRICO</b>	
<b>Capítulo 6. Objetivos e hipótesis.....</b>	<b>89</b>
<b>Capítulo 7. Método</b>	
○ 7.1. Participantes.....	97
○ 7.2. Instrumentos.....	108
○ 7.3. Procedimiento.....	110
○ 7.4. Análisis estadísticos.....	114
<b>Capítulo 8. Resultados</b>	
○ 8.1. Efectividad de la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma en función de la reducción pre-post en las actitudes y creencias disfuncionales depresivas.....	121
○ 8.2. Eficacia del tratamiento en función de la comparación entre el grupo de tratamiento y el grupo de control en la reducción de las actitudes y creencias disfuncionales depresivas .....	122
○ 8.3. Correlación entre las reducciones de las actitudes y creencias disfuncionales depresivas y las reducciones de sintomatología depresiva.....	124
○ 8.4. Papel mediador de las actitudes y creencias disfuncionales en los efectos del tratamiento sobre la sintomatología depresiva .....	127
<b>Capítulo 9. Discusión</b>	
○ 9.1. La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma para la modificación de las actitudes y creencias disfuncionales depresivas en víctimas del terrorismo que sufren trastornos emocionales.....	133
○ 9.2. Eficacia y efectividad de la terapia cognitivo-conductual para disminuir la sintomatología depresiva en víctimas del terrorismo que sufren trastornos emocionales.....	135

- 9.3. La reducción de las actitudes disfuncionales depresiva como mecanismo psicológico de la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales para disminuir la sintomatología depresiva en víctimas del terrorismo que sufren trastornos emocionales.....138
- 9.4. Limitaciones del estudio empírico y líneas futuras de investigación.....141
- Capítulo 10. Conclusiones.....147**
- Referencias bibliográficas .....153**



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Capítulo 3: Tabla 1.</b> Principales grupos terroristas que han actuado en España.....	42
<b>Capítulo 4: Tabla 2.</b> Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en las víctimas de terrorismo del presente estudio con la encontrada en la literatura científica con entrevistas o criterios diagnósticos.....	57
<b>Capítulo 4: Tabla 3.</b> Comparación de la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en víctimas del terrorismo en España y en la población general española.....	59
<b>Capítulo 5: Tabla 4.</b> Principales errores cognitivos en la depresión según la teoría cognitiva de la depresión.....	67
<b>Capítulo 5. Tabla 5.</b> Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de estrés postraumático.....	79
<b>Capítulo 5. Tabla 6.</b> Solapamiento de síntomas entre los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor (TDM) y los del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en el DSM-5..	83
<b>Capítulo 7. Tabla 7.</b> Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que completaron la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma.....	101
<b>Capítulo 7. Tabla 8.</b> Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes del grupo control.....	104
<b>Capítulo 7. Tabla 9.</b> Comparación de las características sociodemográficas y clínicas entre el grupo de tratamiento y el grupo control.....	107
<b>Capítulo 7. Tabla 10.</b> Módulos, sesiones, estrategias y técnicas terapéuticas de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma.....	112
<b>Capítulo 8. Tabla 11.</b> Modificación actitudes y creencias disfuncionales, sintomatología depresiva y de estrés postraumático tras la administración del tratamiento.....	122
<b>Capítulo 8. Tabla 12.</b> Comparación de la modificación de las actitudes y creencias disfuncionales, síntomas depresivos y síntomas de estrés postraumático entre la diferencia de medias del grupo tratamiento y el grupo control.....	123
<b>Capítulo 8. Tabla 13.</b> Correlaciones de Pearson ( $r$ ) y de Spearman ( $\rho$ o $ro$ ) entre los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales depresivas (DAS-R) y los cambios pre-post en las sintomatologías depresiva (BDI-II) y de estrés postraumático (PCL-S).....	125

**Capítulo 8. Tabla 14.** Correlaciones parciales ( $r_p$ ) de los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales depresivas con los cambios pre-post en la sintomatología depresiva controlando los cambios pre-post en la sintomatología de estrés postraumático y con los cambios pre-post en la sintomatología de estrés postraumático controlando los cambios pre-post en la sintomatología depresiva.....126

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Capítulo 3: Figura 1.</b> Personas afectadas por el terrorismo en España.....	44
<b>Capítulo 3: Figura 2.</b> Víctimas mortales y heridas causadas por la banda terrorista ETA....	44
<b>Capítulo 3: Figura 3.</b> Diagrama de la evolución de la organización terrorista ETA a lo largo de su historia.....	47
<b>Capítulo 3: Figura 4.</b> Víctimas por terrorismo islamista en España.....	48
<b>Capítulo 3: Figura 5.</b> Informe del Eurobarómetro: problemas más preocupantes de la Unión Europea (Comisión Europea, 2019).....	50
<b>Capítulo 5: Figura 6.</b> Diagrama explicativo de la teoría cognitiva de la depresión de Aaron Beck.....	69
<b>Capítulo 5: Figura 7.</b> Resumen de los componentes de la terapia cognitiva de la depresión.	73
<b>Capítulo 8: Figura 8.</b> Diagrama de las hipótesis del estudio empírico.....	93
<b>Capítulo 6: Figura 9.</b> Diagrama de flujo de participantes y procedimiento de la primera fase de este estudio.....	100
<b>Capítulo 6: Figura 10.</b> Diagrama de flujo de participantes y procedimiento del grupo de control que participó en este estudio.....	103
<b>Capítulo 8: Figura 11.</b> Diagrama del modelo de mediación analizado.....	128



**CAPÍTULO 1:**  
**ABSTRACT**



## **1. ABSTRACT**

### **The role of dysfunctional attitudes and beliefs in the psychological treatment of victims of terrorism suffering from depression.**

#### **Introduction**

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is the most common mental disorder among victims of terrorism and the one to which the scientific community has paid the most attention. However, after a terrorist attack, a wide variety of psychopathological symptoms and diagnosable mental disorders can appear, among which the most frequent, after PTSD, is major depressive disorder (MDD). For example, in a review by Salguero et al. (2011) it was estimated that the risk of suffering a major depressive disorder among direct and indirect victims of terrorism was 20-30% and 4-10%, respectively. Furthermore, studies indicate a high comorbidity between PTSD and MDD, so that among victims with PTSD who seek or receive psychological help, between 47% and 64% also suffer from MDD (e. g., Gillespie, Duffy, Hackmann, & Clark, 2002; Duffy, Gillespie, & Clark, 2007).

On the other hand, most cognitive models of depression and especially Beck's cognitive theory (Beck et al., 1979/1983) have proposed that dysfunctional attitudes or beliefs are a key vulnerability factor for the development, maintenance, and exacerbation of MDD, in particular the attitudes or beliefs that are supposed to be characteristic of depressed patients, such as those assessed by Weissman & Beck's (1978) Dysfunctional Attitude Scale or DAS, undoubtedly the most researched and used instrument to assess those attitudes (Sanz & Vázquez, 1993).

Despite the high prevalence of MDD among victims of terrorism and the role that depressive dysfunctional attitudes would theoretically play in its development, no previous research specifically on that role in victims of terrorism has been found. In this sense, for example, it is unknown whether cognitive-behavioral therapy, which has been shown to be so effective in treating MDD in victims of many different types of traumatic events, including victims of terrorist attacks (García-Vera et al., 2015), modifies these attitudes and this modification is related to the benefits found after therapy on emotional symptoms, including depressive symptoms. This was precisely the objective of this doctoral thesis.

## **Aims**

The objectives of this doctoral thesis were to analyze, by means a single-group pre-post design and a two-group pre-post quasi-experimental design with a wait-list control group, whether cognitive-behavioral therapy positively changes depressive dysfunctional attitudes or beliefs in victims of terrorist attacks who suffer from emotional disorders, and whether those changes are related to pre-post-treatment reductions in levels of depressive symptomatology.

## **Method**

To achieve the above objectives, the data obtained in a research project carried out with the collaboration of the Association of Victims of Terrorism (AVT) were analyzed. After a previous screening assessment and subsequent diagnosis, a sample of victims affiliated to the AVT who had received a diagnosis of PTSD, MDD or anxiety disorder participated in a free individual cognitive-behavioral therapy program for these disorders. The psychological treatment program was based on research on the efficacy of treatments for victims of terrorism that has placed trauma-focused cognitive-behavioral treatment, with its emphasis on exposure and cognitive techniques, as the therapy of choice for PTSD and MDD in victims of terrorism (García-Vera & Sanz, 2011; García-Vera et al., 2015). The psychological treatment program also included techniques based on the most effective cognitive-behavioral therapies for depressive disorders (e. g., Beck's cognitive restructuring techniques; graded activity scheduling and pleasant activity planning techniques).

For the purposes of this doctoral thesis, the most important analyses tried to examine, in a group of 57 victims who received the treatment and a wait-list control group of 40 victims, the following hypotheses: the existence of statistically significant differences between pre- and post-treatment in the measures of depressive dysfunctional attitudes of the DAS-R and in the measure of depressive symptomatology of the BDI-II for the treatment group; the existence of statistically significant differences between the treatment group and the control group in pre-post-treatment reductions in the DAS-R and the BDI-II; the correlation between pre-post-treatment reductions in DAS-R scores and pre-post-treatment reductions in BDI-II scores; and, finally, the mediating role of pre-post-treatment changes in depressive dysfunctional attitudes in the therapeutic effects of treatment on reductions in depressive symptoms. To assess the specificity of the relationships between depressive dysfunctional attitudes and depression, when examining those hypotheses, the changes in post-traumatic stress symptoms measured by

the PCL-S and their relationships with depressive dysfunctional attitudes were also taken into account.

## Results

Different statistical analyses were performed, mainly the following: paired Student's *t*-tests for the pre-post-treatment differences in depressive dysfunctional attitudes, depressive symptoms, and post-traumatic stress symptoms for the treatment group; independent Student's *t*-tests for the differences between the pre-post-treatment changes of the treatment group versus the control group; product-moment correlations and partial correlations between pre-post-treatment changes in depressive dysfunctional attitudes and pre-post-treatment changes in depressive and post-traumatic stress symptoms, and mediational analysis, following Hayes (2013) procedures, on the mediating effect of pre-post-treatment changes in depressive dysfunctional attitudes in the relationship between treatment and reductions in depressive symptoms and post-traumatic stress symptoms.

The results of these analyses confirmed, in general, all the hypotheses of this doctoral thesis, although some only in relation to depressive dysfunctional attitudes of perfectionism or in relation to depressive dysfunctional attitudes of dependency. Specifically, the results revealed that the treatment group obtained significantly lower scores on the three measures of depressive dysfunctional attitudes from the DAS-R at post-treatment than at pre-treatment (all tests with  $p < .001$ ).

The results of the statistical analyses also revealed that pre-post-treatment reductions in depressive dysfunctional attitudes measured by the DAS-R were significantly greater in the treatment group than in the control group (all tests with  $p < .05$ ).

Also consistent with the hypotheses, pre-post-treatment reductions in depressive dysfunctional attitudes were significantly related to pre-post-treatment reductions in depressive symptomatology, and, although they were also significantly related to pre-post-treatment reductions in post-traumatic stress symptomatology, when the effects of the relationship between depression and post-traumatic stress were controlled (partial correlations), the relationship between changes in attitudes and changes in symptoms was specific to depression, especially for the measure of dysfunctional attitudes of dependence and for the global measure of depressive dysfunctional attitudes.

Finally, pre-post-treatment reductions in depressive dysfunctional attitudes mediated the therapeutic effects of treatment on pre-post-treatment reductions in depressive symptomatology, although this mediating role was only empirically substantiated in the case of dysfunctional attitudes of perfectionism, but not in the case of dysfunctional attitudes of dependency nor in the case of the global measure of depressive dysfunctional attitudes. In the case of pre-post-treatment reductions in post-traumatic stress symptoms, the results of the analyses did not show that depressive dysfunctional attitudes had any mediating role.

### **Discussion and conclusions**

The results of this study are consistent with those found in the scientific literature on the efficacy and effectiveness of cognitive-behavioral therapy to modify depressive dysfunctional attitudes (Christea et al., 2015), but they are the first to demonstrate such efficacy and effectiveness in a sample of victims of terrorism.

On the other hand, the results of the present study confirm the assumptions of the cognitive-behavioral therapy of depression and of Beck's cognitive theory of depression, which assume that the beneficial effects of that therapy are due to the cognitive changes that occur in their patients, insofar as the therapy would make it easier for patients to modify their depressive dysfunctional attitudes and change them for more functional ones.

Given the high prevalence of depression among victims of terrorism and its high comorbidity with PTSD, the results of the present study suggest that improving the efficacy and effectiveness of treatments aimed at treating the psychopathological consequences of terrorism should focus more on improving depression and do so through the inclusion of therapeutic strategies and procedures that modify the cognitive vulnerability factors, such as depressive dysfunctional attitudes.

Trauma-focused cognitive behavioral therapy that was originally designed to treat post-traumatic stress symptoms, not only reduces this type of symptomatology, but also has therapeutic benefits in reducing depressive symptoms and depressive dysfunctional attitudes, especially those includes additional techniques targeting depression, reaffirming its

recommendation as the first-line treatment for victims of terrorism suffering from emotional disturbances.



## **CAPÍTULO 2: RESUMEN**



## 2. RESUMEN

### **El papel de las actitudes y creencias disfuncionales en el tratamiento psicológico en víctimas del terrorismo que sufren depresión.**

#### **Introducción**

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es el trastorno mental más frecuente entre las víctimas del terrorismo y al que más atención ha prestado la comunidad científica. Sin embargo, tras un atentado terrorista pueden aparecer una gran variedad de síntomas psicopatológicos y trastornos mentales diagnosticables, entre los cuales el más frecuente, después del TEPT, es el trastorno depresivo mayor (TDM). Por ejemplo, en una revisión realizada por Salguero et al. (2011) se estimó que el riesgo de sufrir un trastorno depresivo mayor entre las víctimas directas e indirectas del terrorismo era de 20-30% y 4-10%, respectivamente. Es más, los estudios indican una alta comorbilidad entre el TEPT y el TDM, de manera que entre las víctimas con TEPT que buscan o reciben ayuda psicológica, entre un 47% y un 64% sufren además un TDM (p. ej., Gillespie, Duffy, Hackmann y Clark, 2002; Duffy, Gillespie y Clark, 2007).

Por otro lado, la mayoría de los modelos cognitivos de la depresión y, en especial, la teoría cognitiva de Beck (Beck et al., 1979/1983), han propuesto que las actitudes o creencias disfuncionales son un factor de vulnerabilidad clave para el desarrollo, mantenimiento y exacerbación del TDM, en particular las actitudes o creencias que supuestamente son características de los pacientes deprimidos como, por ejemplo, aquellas que son evaluada por la Escala de Actitudes Disfuncionales (*Dysfunctional Attitude Scale*) o DAS de Weissman y Beck (1978), sin duda el instrumento más investigado y utilizada para evaluar dichas actitudes (Sanz y Vázquez, 1993).

A pesar de la alta prevalencia del TDM en las víctimas del terrorismo y del papel que teóricamente desempeñaría las actitudes disfuncionales depresivas en su desarrollo, no se ha encontrado ninguna investigación previa específica sobre dicho papel en víctimas del terrorismo. En este sentido, por ejemplo, se desconoce si la terapia cognitivo-conductual que tan eficaz se ha mostrado en el tratamiento del TDM en víctimas de muy diverso tipo, incluidas víctimas de atentados terroristas (García-Vera et al., 2015), modifica dichas actitudes y dicha modificación está relacionada con los beneficios encontrados tras la terapia sobre los síntomas emocionales, incluidos los síntomas depresivos. Precisamente este fue el objetivo de esta tesis doctoral.

## **Objetivos**

Los objetivos de esta tesis doctoral fueron analizar, mediante un diseño pre-post de un solo grupo y un diseño cuasiexperimental pre-post de dos grupos con grupo de control de lista de espera, si la terapia cognitivo-conductual cambia en sentido positivo las actitudes o creencias disfuncionales depresivas en víctimas de atentados terroristas que sufren trastornos emocionales y si esos cambios están relacionados con las reducciones postratamiento en los niveles de sintomatología depresiva.

## **Método**

Para alcanzar los objetivos anteriores, se analizaron los datos obtenidos en un proyecto de investigación realizado con la colaboración de la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT). Tras una evaluación previa de cribado y posterior diagnóstico, una muestra de víctimas de la AVT que habían recibido un diagnóstico de TEPT, TDM o trastorno de ansiedad recibieron gratuitamente un programa de terapia cognitivo-conductual individual para dichos trastornos. El programa de tratamiento psicológico estaba basado en la investigación sobre la eficacia de los tratamientos para víctimas del terrorismo que ha colocado al tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma, con su énfasis en técnicas cognitivas y de exposición, como terapia de elección para el TEPT y el TDM en el caso de las víctimas del terrorismo (García-Vera y Sanz, 2011; García-Vera et al., 2015), e incluía, además, técnicas basadas en las terapias cognitivo-conductuales más eficaces para los trastornos depresivos (p. ej., técnicas de reestructuración cognitiva de la terapia cognitiva para la depresión de Beck y técnicas de programación gradual de actividades y de planificación de actividades agradables).

Para los objetivos de la presente tesis doctoral, los análisis más importantes trataron de examinar en un grupo de 57 víctimas que recibieron el tratamiento y en 40 víctimas que formaron parte de un grupo de control de lista de espera, las siguientes hipótesis: la existencia, en el grupo de tratamiento, de diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y postratamiento en las medidas de actitudes disfuncionales depresivas de la DAS-R y en la medida de sintomatología depresiva del BDI-II; la existencia de diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo de control en las reducciones pre-postratamiento en la DAS-R y el BDI-II; la correlación entre las reducciones pre-postratamiento en las puntuaciones de la DAS-R y las reducciones pre-postratamiento en las puntuaciones de sintomatología depresiva

del BDI-II, y, finalmente, el papel mediador de los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales depresivas en los efectos terapéuticos del tratamiento sobre las reducciones en la sintomatología depresiva. Para evaluar la especificidad de las relaciones entre actitudes disfuncionales depresivas y depresión, a la hora de examinar esas hipótesis también se tuvieron en cuenta los cambios en sintomatología de estrés postraumático medida por la PCL-S y sus relaciones con las actitudes disfuncionales depresivas.

## Resultados

Se realizaron diferentes análisis estadísticos, principalmente, los siguientes: pruebas *t* de Student de medidas relacionadas para las diferencias pre-post en el grupo de tratamiento en actitudes disfuncionales depresivas, sintomatología depresiva y sintomatología de estrés postraumático; pruebas *t* de Student de medidas independientes para las diferencias entre los cambios pre-post del grupo de tratamiento frente al grupo de control; correlaciones producto-momento y correlaciones parciales entre los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales y los cambios pre-post en sintomatología depresiva y de estrés postraumático, y análisis mediacional siguiendo los procedimientos de Hayes (2013) sobre el efecto mediador de los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales en la relación entre el tratamiento y las reducciones en sintomatología depresiva y sintomatología de estrés postraumático.

Los resultados de esos análisis confirmaron, en general, todas las hipótesis de esta tesis doctoral, aunque algunas solamente en relación con las actitudes disfuncionales de perfeccionismo o en relación con las actitudes disfuncionales de dependencia. En concreto, los resultados revelaron que el grupo de tratamiento obtuvo en el postratamiento puntuaciones en las tres medidas de actitudes disfuncionales depresivas de la DAS-R significativamente menores que en el pretratamiento (todas las pruebas con  $p < ,001$ ).

Los resultados de los análisis estadísticos también revelaron que la reducción pre-postratamiento en las medidas de actitudes disfuncionales depresivas de la DAS-R fue significativamente mayor en el grupo de tratamiento que en el grupo de control (todas las pruebas con  $p < ,05$ ).

En consonancia también con las hipótesis, las reducciones pre-postratamiento en las actitudes disfuncionales depresivas estaban relacionadas significativamente con las

reducciones pre-postratamiento en la sintomatología depresiva y, aunque también estaban relacionadas significativamente con las reducciones pre-postratamiento en la sintomatología de estrés postraumático, cuando se controlaban los efectos de la relación entre depresión y estrés postraumático (correlaciones parciales), la relación entre cambios en las actitudes y cambios en la sintomatología era específica de la depresión, especialmente para la medida de las actitudes disfuncionales de dependencia y para la medida global de actitudes disfuncionales depresivas.

Finalmente, las reducciones pre-postratamiento en las actitudes disfuncionales depresivas mediaron en los efectos terapéuticos del tratamiento sobre las reducciones pre-postratamiento en la sintomatología depresiva, aunque dicho papel mediador tan solo se substanció empíricamente en el caso de las actitudes disfuncionales de perfeccionismo, pero no en el caso de las actitudes disfuncionales de dependencia ni en el caso de una medida global de actitudes disfuncionales depresivas. En el caso de las reducciones pre-postratamiento en sintomatología de estrés postraumático, los resultados de los análisis no mostraron que las actitudes disfuncionales tuvieran papel mediador alguno.

### **Discusión y conclusiones**

Los resultados de este estudio son coherentes con los encontrados en la literatura científica sobre la eficacia y efectividad de la terapia cognitivo-conductual para modificar las actitudes disfuncionales depresivas (Cristea et al., 2015), pero son los primeros que demuestran dicha eficacia y efectividad en una muestra de víctimas del terrorismo.

Por otro lado, los resultados del presente estudio confirman los supuestos de la terapia cognitivo-conductual de la depresión y de la teoría cognitiva de la depresión de Beck que asumen que los efectos beneficiosos de dicha terapia se deben a los cambios cognitivos que se producen en sus pacientes, en cuanto que la terapia facilitaría que los pacientes modifiquen sus actitudes disfuncionales depresivas y las cambien por otras más funcionales.

Dada la elevada prevalencia de la depresión entre las víctimas del terrorismo y su elevada comorbilidad con el TEPT, los resultados del presente estudio sugieren que la mejora de la eficacia y efectividad de los tratamientos dirigidos a tratar las consecuencias psicopatológicas del terrorismo deberían centrarse más en la mejora de la depresión y hacerlo

a través de la inclusión de estrategias y procedimientos terapéuticos que modifiquen los factores cognitivos de vulnerabilidad como, por ejemplo, las actitudes disfuncionales depresivas.

La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma que fue diseñada originalmente para tratar la sintomatología de estrés postraumático, no solo reduce este tipo de sintomatología, sino que también tiene beneficios terapéuticos en la reducción de los síntomas depresivos y de las actitudes disfuncionales depresivas, especialmente se incluye técnicas adicionales dirigidas a la depresión, lo que reafirma su recomendación como tratamiento de primera elección para víctimas del terrorismo que sufren trastornos emocionales.



## **MARCO TEÓRICO**



**CAPÍTULO 3:**  
**EL AZOTE DEL TERRORISMO: PASADO Y**  
**PRESENTE**



### 3. EL AZOTE DEL TERRORISMO: PASADO Y PRESENTE

#### 3.1. Historia y concepto del terrorismo

La violencia como método y fin para alcanzar distintos objetivos sociales, políticos y económicos ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad. Centrándose en el fenómeno violento que ocupa esta tesis doctoral, la práctica y las raíces del terrorismo se remontan al siglo I, 66-73 d. C., cuando los llamados zelotes, considerados unos de los primeros grupos guerrilleros, asesinaban a civiles afines al gobierno romano (Remón, 2006). Del mismo modo, Muñoz Alonso (1982) posiciona, entre los siglos XI al XIII, a los nizaríes, comúnmente denominados por sus opositores como Al-hashshashin o asesinos, como una de las primeras organizaciones que cometían actos terroristas.

Pero es en el llamado Reinado del Terror, cuando Maximilien Robespierre, líder de los Jacobinos, durante la Revolución Francesa entre 1793 y 1794, lleva a cabo una brutal represión contra los contrarrevolucionarios, empleando una acusada violencia, incluyendo las ejecuciones en masa por guillotina, para obligar a tener obediencia al estado y a intimidar a los contrarios a este (Remón, 2006). De ahí nace el término terrorismo y se aplica a lo que después se llamará terrorismo de Estado (Soca, 2014).

Respecto a la naturaleza del término «terrorismo», la palabra se deriva de «terror» que a su vez proviene del idioma latín *terror*, *-ōris*, derivado del verbo *terrēre*, cuyo significado sería “espantar”, “aterrar”, “provocar temblor”, “causar terror” (Corominas y Pascual, 1983, p. 473; Soca, 2014).

Pese a su antigüedad, la violencia colectiva ha estado y sigue estando presente. Pero la definición de terrorismo aún continúa siendo una asignatura pendiente y compleja, ya que, actualmente, no existe consenso entre distintos profesionales e instituciones políticas y gubernamentales tanto nacionales como internacionales sobre una delimitación clara del término.

Por ejemplo, el término sigue estando muy disputado a nivel internacional. En 2004, la misma Organización de las Naciones Unidas (ONU), en un informe de su Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, reconocía que no había lugar a no tener un concepto unívoco de terrorismo, ya que “la capacidad de las Naciones Unidas para elaborar una

estrategia amplia se ha visto limitada por el hecho de que los Estados Miembros no han podido aprobar un convenio sobre el terrorismo que incluya una definición del terrorismo. Ello impide que las Naciones Unidas ejerzan su autoridad moral y proclamen inequívocamente que el terrorismo no es jamás una táctica aceptable, aún en defensa de la más noble de las causas” y, en el informe de dicho Grupo, proponía una definición de terrorismo (Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio de la ONU, 2004, p. 53).

Dado la urgencia por buscar una sinergia entre distintas organizaciones respecto a la definición del terrorismo, Kofi Annan, secretario general de las Naciones Unidas de 1997 a 2006 y Premio Nobel de la Paz en 2001, en su informe de 21 de marzo de 2005 a la Asamblea General de las Naciones Unidas, hacía suya la definición propuesta por el Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, y definía un acto terrorista como “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”, instando a los Estados miembros a que acepten dicha definición y declaren 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).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del secretario general de la ONU y de su Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, la Asamblea de la ONU, compuesta por representante de sus 193 Estados miembros de la ONU, no llegó a una definición consensuada de terrorismo al finalizar la Cumbre Mundial de 2005 (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2005), dado que cada Estado define el acto de forma diferente.

No obstante, un mayor acuerdo internacional parece que se ha logrado en el marco de algunas regiones políticas como, por ejemplo, Europa. Así, en 2001, vista la propuesta de la Comisión Europea, el Consejo de la Unión Europea, en su propuesta de Decisión marco sobre la lucha contra el terrorismo, establece una definición de los elementos constitutivos del terrorismo común en todos los Estados miembros. En concreto, en esa Decisión marco establece que se califican como actos terroristas los «delitos (...) cometidos intencionalmente por un individuo o un grupo contra uno o más países, sus instituciones o ciudadanos, con el fin de intimidarlos y de altera gravemente o destruir las estructuras políticas, económicas, medioambientales o sociales de un país» (Consejo de la Unión Europea, 2001, p. 302).

De hecho, el Parlamento Europeo, incluso antes de los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington, DC, comúnmente conocidos como los atentados del 11-S, definía, el 5 de septiembre de 2001, como acto terrorista «todo acto cometido por personas o grupos de personas que utilizan la violencia o la amenaza de utilizar la violencia contra un país, sus instituciones, su población en general o contra personas concretas, y que, por aspiraciones separatistas, concepciones ideológicas extremistas o fanatismo religioso, o inspirados por el afán de lucro, tratan de someter a un clima de terror a los poderes públicos, a determinadas personas o grupos de la sociedad, o bien a la población en general» (López Calera, 2002, p. 53).

También antes de los atentados del 11-S, la división contra el terrorismo del Gobierno de los Estados Unidos de América señalaba 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).

Desde la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) se incluye el concepto de terrorismo dentro de la definición de violencia colectiva: “La violencia colectiva es el uso instrumental 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. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado” (OMS, 2002, p. 6).

En España también se han propuesto varias definiciones de terrorismo, tanto desde el ámbito de la propia lengua como desde el ámbito jurídico o desde el ámbito de la ciencia especializada en el fenómeno. Por ejemplo, en la vigésima tercera edición del Diccionario de la Real Academia Española (2015), define el término «terrorismo» como: 1. m. “dominación por el terror”, 2. m. “sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror y 3. m. “actuación criminal de bandas organizadas, que, reiteradamente y por lo común de modo indiscriminado, pretende crear alarma social con fines políticos”.

Dentro de un marco jurídico en materia de terrorismo, el Código Penal, según la Ley Orgánica 2/2015, establece que: “se considerarán delito de terrorismo la comisión de cualquier delito grave contra la vida o la integridad física, la libertad, la integridad moral, la libertad e indemnidad sexuales, el patrimonio, los recursos naturales o el medio ambiente, la salud pública, de riesgo catastrófico, incendio, contra la Corona, de atentado y tenencia, tráfico y depósito de armas, municiones o explosivos, previstos en el presente Código, y el apoderamiento de aeronaves, buques u otros medios de transporte colectivo o de mercancías, cuando se llevaran a cabo con cualquiera de las siguientes finalidades: 1.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> Alterar gravemente la paz pública, 3.<sup>a</sup> Desestabilizar gravemente el funcionamiento de una organización internacional, 4.<sup>a</sup> 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).

Dentro de la Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo define “acción terrorista” como “la llevada a cabo por personas integradas en organizaciones o grupos criminales que tengan por finalidad o por objeto subvertir el orden constitucional o alterar gravemente la paz pública” así como “los actos dirigidos a alcanzar los fines señalados... aún cuando sus responsables no sean personas integradas en dichas organizaciones o grupos criminales”. 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” 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).

Por otra parte, dentro la literatura científica en España, Montero Guerra (1997) intenta encontrar diferentes argumentos que faciliten la comprensión del terrorismo como fenómeno psicosocial, político y económico, exponiendo que el terrorismo:

- Supone una variante de la criminalidad organizada.
- Su fin último es político, religioso o económico, sirviéndose de cualquier actuación con tal de conseguir sus objetivos).
- Supone una violación de los derechos fundamentales de las personas. Entre las diferentes violaciones de los derechos de las personas estarían:
  - El derecho a la vida, integridad física y moral (la mera intencionalidad del atentado vulnera este derecho).
  - El derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto.
  - El derecho a la libertad y seguridad personal.
  - El derecho a la libertad de expresión y al secreto profesional

Desde el propio ámbito específico en que encuadra esta tesis doctoral, es decir, las repercusiones psicológicas en víctimas del terrorismo, Muñoz García y Navas Collado (2007, p. 148) definen el término como “acciones ejercidas por personas identificadas en la figura de los terroristas, quienes llevan a cabo acciones basadas en el miedo y la generación de impotencia en las víctimas, que cumplen el papel de objetivos indirectos”.

Como se ha visto, el terrorismo, como pocos términos en la historia, ha logrado crear gran debate a nivel global y, aun así, sigue sin disponer de una definición unánime para el uso común.

En resumen, es evidente la asignatura pendiente de llegar a consensuar una definición universal de qué es terrorismo por parte de organismos e instituciones internacionales, pero se ven, en todas las presentadas líneas atrás, puntos comunes. Uno de ellos, y que coincide con el objeto último del terrorismo, es que el terrorismo implica provocar terror como medio para conseguir fines políticos, religiosos, nacionalistas o económicos, intimidando a la población, a través de una violencia de forma intencionada, lo que afecta a la vida, la libertad, la seguridad y la integridad física de las personas. La intencionalidad que define al terrorismo es fundamental para diferenciarlo de otros sucesos traumáticos como, por ejemplo, un desastre natural u otro tipo de accidente o enfermedad grave. Del mismo modo, implícitos en el término de terrorismo están la violencia, la amenaza y la coacción que definen sus actos. Como se puede ver, bajo el miedo y el terror como factor desestabilizador en las sociedades y su materialización a través de los actos terroristas mediante el uso de la violencia que lleva de la mano la intencionalidad y la amenaza, el principal objetivo del terrorismo es que las sociedades se

sientan vulnerables, pero también la certeza de la vulnerabilidad de todo espacio geográfico en cualquier lugar del planeta.

### 3.2. El terrorismo en España

España no ha sido ajena al terrorismo. De hecho, se posiciona como uno de los países europeos más afectados por el terrorismo. En nuestro país han actuado un gran número de organizaciones terroristas, entre ellas, las principales, se recogen en la tabla 1. Además, algunas de esas organizaciones terroristas han tenido una actividad muy intensa y mortal, y, por tanto, muchos españoles han perdido la vida en los numerosos actos terroristas perpetrados por dichas organizaciones.

**Tabla1. Principales grupos terroristas que han actuado en España**

Grupo terrorista
Frente Revolucionario Antifascista y Patriótico (FRAP)
Alianza Apostólica Anticomunista o Triple A (AAA)
Movimiento Ibérico de Liberación-Grupos Autónomos de Combate (MIL-GAC)
Batallón Vasco Español (BVE)
Grupos Armados Españoles (GAE)
Grupos Antiterroristas de Liberación (GAL)
Comandos Autónomos Anticapitalistas (CAA; nacionalismo vasco)
Frente Revolucionario Antifascista Vasco-Aragonés (FRAVA; nacionalismo vasco-aragonés)
Exèrcit Popular Catalá (EPOCA; nacionalismo catalán)
Front D'Alliberament Catalá (FAC; nacionalismo catalán)
Terra Lliure (nacionalismo catalán)

<b>Grupo terrorista</b>
Grupos Armados 28 de Febrero (GAVF; nacionalismo andaluz)
Andecha Obrera (nacionalismo asturiano)
Movimiento por la Autodeterminación e Independencia del Archipiélago Canario-Fuerzas Armadas Guanches (MPAIAC-FAG; nacionalismo canario)
Loita Armada Revolucionaria (LAR; nacionalismo gallego)
Exército Guerrilheiro do Povo Galego Ceive (EGPGC; nacionalismo gallego)

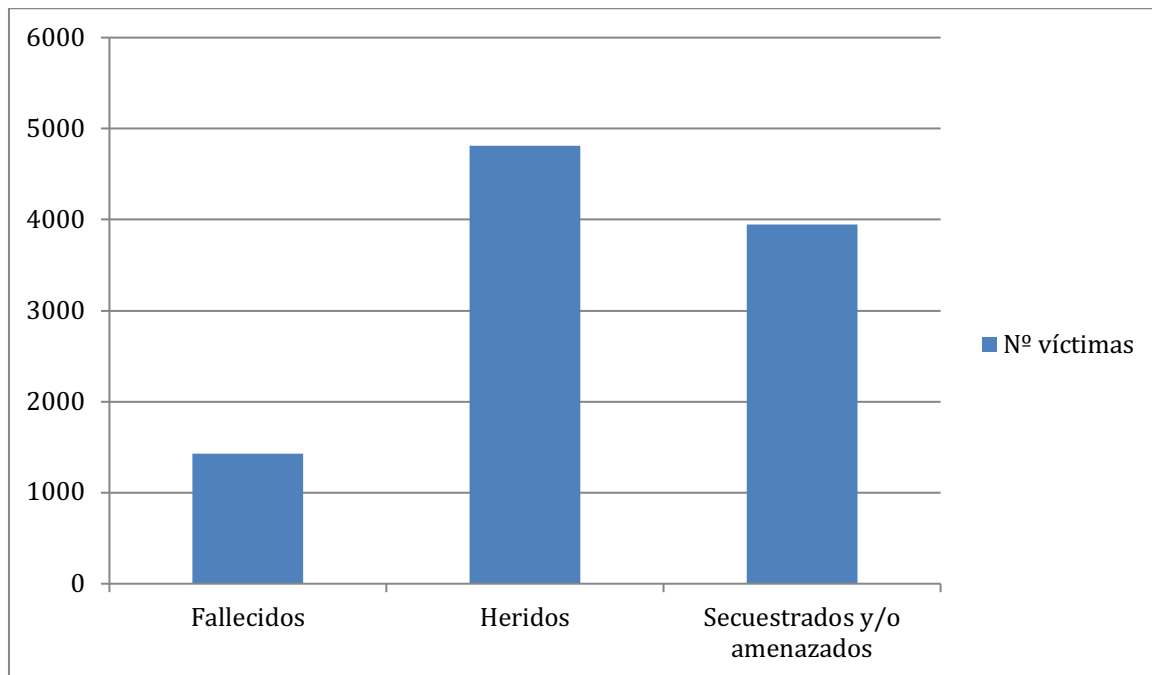
*Nota.* Fuente: Gutiérrez Camacho, 2016 (basado en Benegas, 2004; de la Calle y Sánchez-Cuenca, 2011; Sánchez-Cuenca, 2009a).

Haciendo referencia a los datos la Dirección General de Apoyo a las Víctimas de Terrorismo (Ministerio del Interior, 2020), esta ha reconocido un total de 10.181 personas afectada por el terrorismo en España, siendo 1.429 las personas fallecidas en acto terrorista, 4.809 los heridos en atentados y 3.944 las personas secuestradas, amenazadas o que ha sufrido daños materiales por atentado (véase la figura 1).

De las diferentes organizaciones terroristas que se mencionaban anteriormente, las que más actividad y, por lo tanto, las que más muertes y personas heridas han causado en territorio español son, la ETA (Euskadi Ta Askatasuna), el GRAPO (Grupo de Resistencia Antifascista Primero de Octubre) y el terrorismo yihadista (Moreno Pérez, 2016).

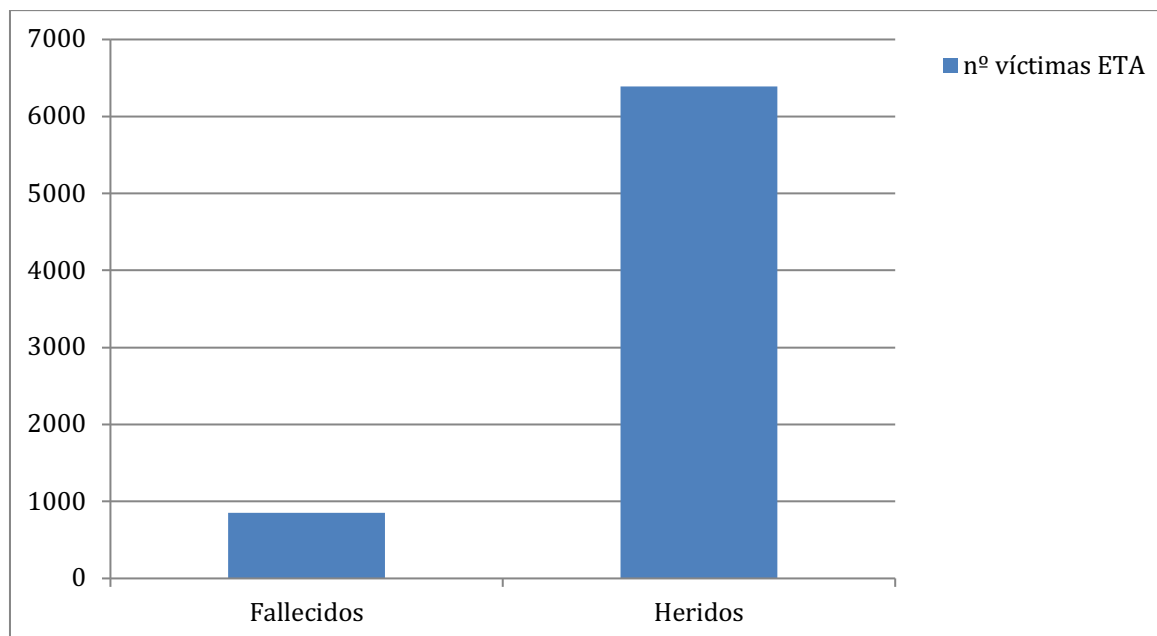
Comenzando por el terrorismo de ETA, esta es la banda que más muertos y heridos ha causado con un total de 7.242 víctimas: 853 fallecidos y 6.389 personas heridas (véase la figura 2).

**Figura 1. Personas afectadas por el terrorismo en España**



Fuente: Dirección General de Apoyo a las Víctimas de Terrorismo (Ministerio del Interior, 2020).

**Figura 2. Víctimas mortales y heridas causadas por la banda terrorista ETA**



Respecto al nacimiento, características e historia de la banda terrorista ETA, cabría mencionar, brevemente, que se funda en 1958 a partir de un grupo disidente del PNV (Partido Nacionalista Vasco), y que sus objetivos se centraron en la independencia del País Vasco y la recuperación de la cultura y lengua vasca (Llera, 1992). Para conseguirlo, ETA cometió numerosos atentados terroristas para que el Estado cediera ante sus objetivos (de la Calle y Sánchez-Cuenca, 2004), evolucionando en su actividad terrorista durante sus casi sesenta años de historia (véase la figura 3).

En 1959 inicia sus primeros atentados con la colocación de diferentes bombas contra la Jefatura Superior de Policía de Bilbao, el Gobierno Civil de Álava y el diario *Alerta*. Es en 1968 cuando asesina a su primera víctima mortal, el guardia civil de tráfico José Antonio Pardines.

En 1973, ETA asesinó con un coche bomba al presidente del Gobierno, Luis Carrero Blanco. En 1974, se produce un punto de inflexión en la banda terrorista, cuando se separan ETA militar de la rama política-militar. A raíz de ello, la banda manifestó que todos los miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado como “objetivos legítimos”. En ese mismo año, ETA comete su primer atentado masivo contra civiles en la cafetería Rolando de Madrid, atentando en el que resultan asesinadas 13 personas y 60 resultan heridas (Setién Martínez, 1993).

Con la muerte de Franco en 1975 y la Ley de Amnistía en 1977, ETA fortaleció su estructura y dio lugar a los llamados “años del plomo” (1978-1980) en los que aumentó su actividad criminal y donde concentró casi un 30% de todos sus actos terroristas (Setién Martínez, 1993).

En 1987 se reconoce como uno de los años más sanguinarios de la banda. En este año tiene lugar los atentados masivos en el Hipercor de Barcelona y en la casa cuartel de la Guardia Civil de Zaragoza con un total de 32 víctimas mortales.

Con la llegada de las Olimpiadas de 1992 en Barcelona, incrementó exponencialmente su actividad terrorista con el fin de intensificar la presión ejercida contra el Estado y por consiguiente a todos sus integrantes.

Entre 1992 y 1996, los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado en colaboración de la policía francesa realizaron numerosas detenciones que generaron una importante grieta dentro de la banda. En contrapartida, a partir de 1995 la banda intensificó sus acciones terroristas contra políticos, con un total de 72 atentados y 30 representantes políticos asesinados (Moreno Pérez, 2016).

En 1997, ETA secuestra y asesina a Miguel Ángel Blanco. Con este atentado se genera un punto de inflexión respecto a la respuesta ciudadana explícita contra el terrorismo. Durante los días en que el concejal estuvo secuestrado por ETA, en España se produjo una movilización ciudadana en repulsa y condena de los hechos sin precedentes.

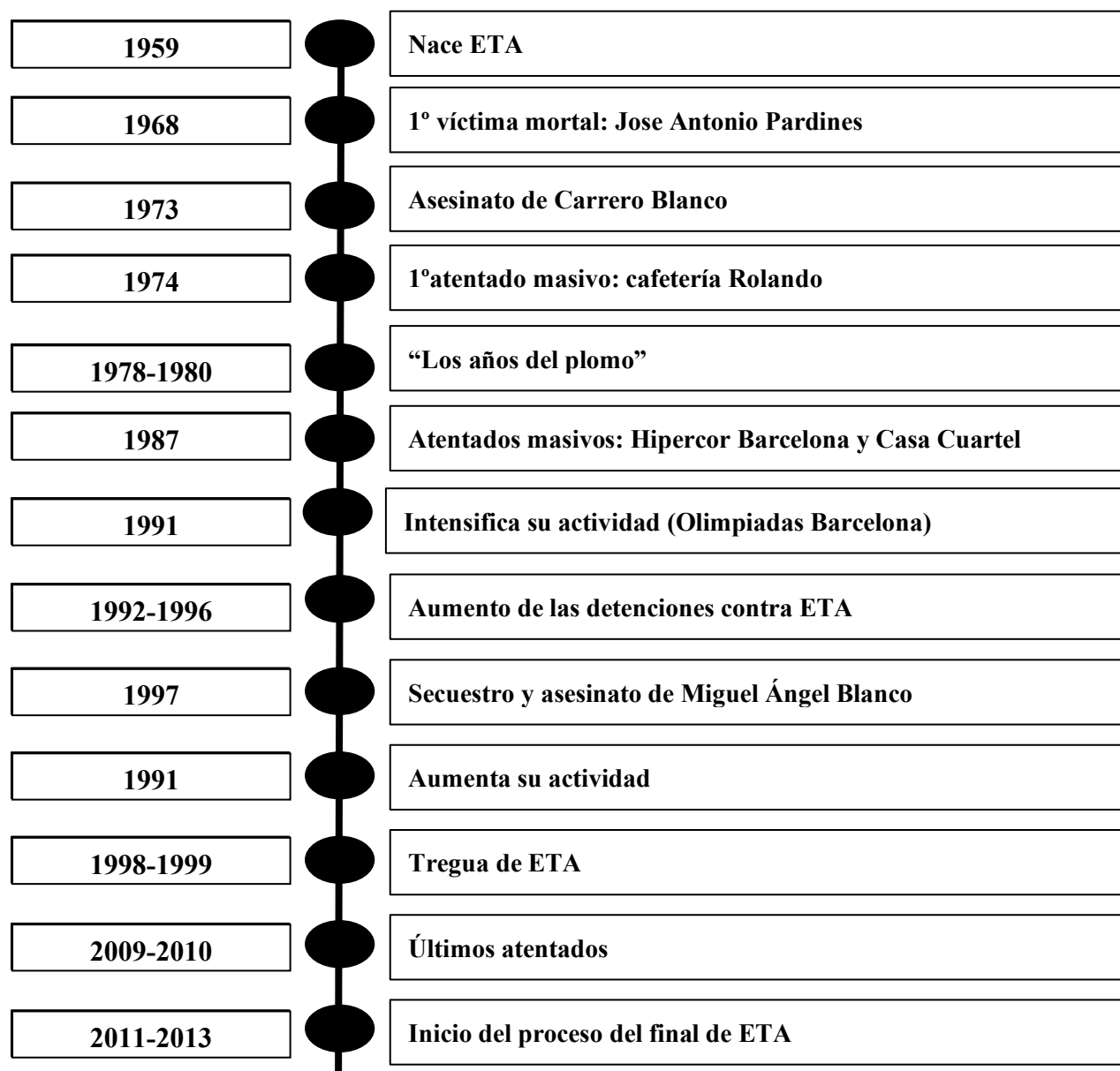
En 1998, fruto de las negociaciones de ETA, PNV y Eusko Alkartasuna, la banda anuncia un alto al fuego que se mantiene hasta finales de 1999.

En 2001, tras los atentados del 11-S en Nueva York y Washington DC, se incrementan los esfuerzos internacionales contra el terrorismo y ETA sufre de nuevo una crisis. Fruto de ello, en 2006 anunció una nueva tregua. Comienza así un proceso de diálogo con el Gobierno español que se rompe cuando ETA atenta en el aeropuerto de Barajas en Madrid con un coche bomba y resultan fallecidos dos vigilantes.

En 2010, ETA comete su último atentado terrorista, y entre 2011 y 2013 se realizan numerosas detenciones de personas vinculadas a la banda terrorista, iniciándose el proceso del final de la banda terrorista (Moreno Pérez, 2016).

Tras la detención de la cúpula de ETA en 2015 y de su presunto jefe en 2016, el 2 de mayo de 2018, los medios de comunicación informaron que, en una carta fechada el 16 abril de 2018 y enviada a diferentes instituciones y agentes políticos y sociales, ETA anunciaba su disolución (EiTB, 2018).

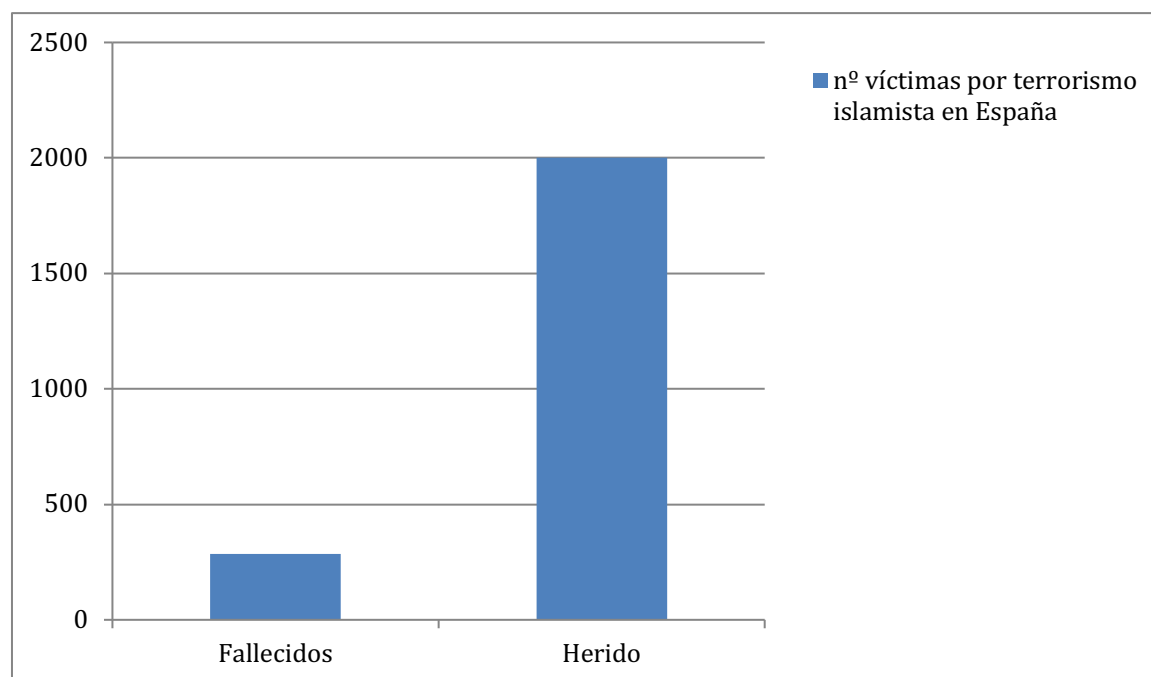
**Figura 3. Diagrama de la evolución de la organización terrorista ETA a lo largo de su historia.** (Fuente: Moreno Pérez, 2016. Adaptado de Herrera Echeverri, 2009).



Después de ETA y atendiendo al número de víctimas mortales, el terrorismo yihadista, hasta la fecha, ha causado más de 2.300 víctimas: 286 personas fallecidas, incluidas las 191 personas que perdieron su vida en los atentados de Madrid del 11 de marzo de 2004 (atentados del 11-M) y las 18 que perdieron su vida en los atentados de Barcelona y Cambrils de 2017

(Fundación Víctimas del Terrorismo, 2020), y más de 2000 víctimas heridas, la inmensa mayoría en los atentados del 11-M (véase la figura 4).

**Figura 4. Víctimas por terrorismo islamista en España**



Es cierto, que el terrorismo yihadista puede parecer un fenómeno relativamente reciente, se inicia a mediados de los años 80 del siglo pasado. El primer atentado yihadista 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. No se pudo determinar la autoría del atentado, pero fue reivindicado por un grupo de la yihad islamista (Moreno Pérez, 2016).

Casi dos décadas 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.

El número de fallecidos a los pocos días de los atentados ascendió a 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 Leganés (Madrid) en el que se inmolaron los terroristas (Moreno Pérez, 2016).

Después de los atentados del 11-M, se han venido produciendo, especialmente en los últimos años, varios atentados terroristas en distintos países en los que han fallecidos ciudadanos españoles; los atentados de Túnez y París en el año 2015 con tres personas asesinadas, el atentado de Londres en el año 2017 que dejó sin vida a un joven de 39 años o la pareja fallecida en los atentados de Sri Lanka en el año 2019. Por último, el 17 de agosto del año 2017, en las ciudades de Barcelona y Cambrils, se cometieron dos atentados en los que fallecieron 16 personas y más de 130 resultaron heridas, de más de 10 nacionalidades distintas.

Por último, tras el terrorismo de ETA y el yihadista, la banda terrorista GRAPO es la que ha causado más víctimas mortales y heridas, con 191 víctimas. El GRAPO nace en 1975 y fue considerada afín al Partido Comunista de España (PCE). Su primer atentado se produjo en agosto de 1975, cuando asesina a un guardia civil, Casimiro Sánchez, y causa heridas a otro (Moreno Pérez, 2016). En noviembre de 1982, el GRAPO ofreció un alto al fuego basado en siete premisas, y al no ser aceptadas por el Estado retomaron la actividad criminal en 1987 con un nuevo comando. En 1998, cometió un atentado 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 el año 2002, fueron detenidos catorce miembros de la organización, entre ellos representantes de la cúpula, quedando muy debilitada la organización. Aun así, la banda continuó su actividad y en 2003 atracó un banco y en 2006 asesinó a una empresaria de Zaragoza (Moreno Pérez, 2016). Finalmente, en 2007, se desarticula la banda GRAPO, aunque se han seguido produciendo detenciones de miembros de la banda terrorista.

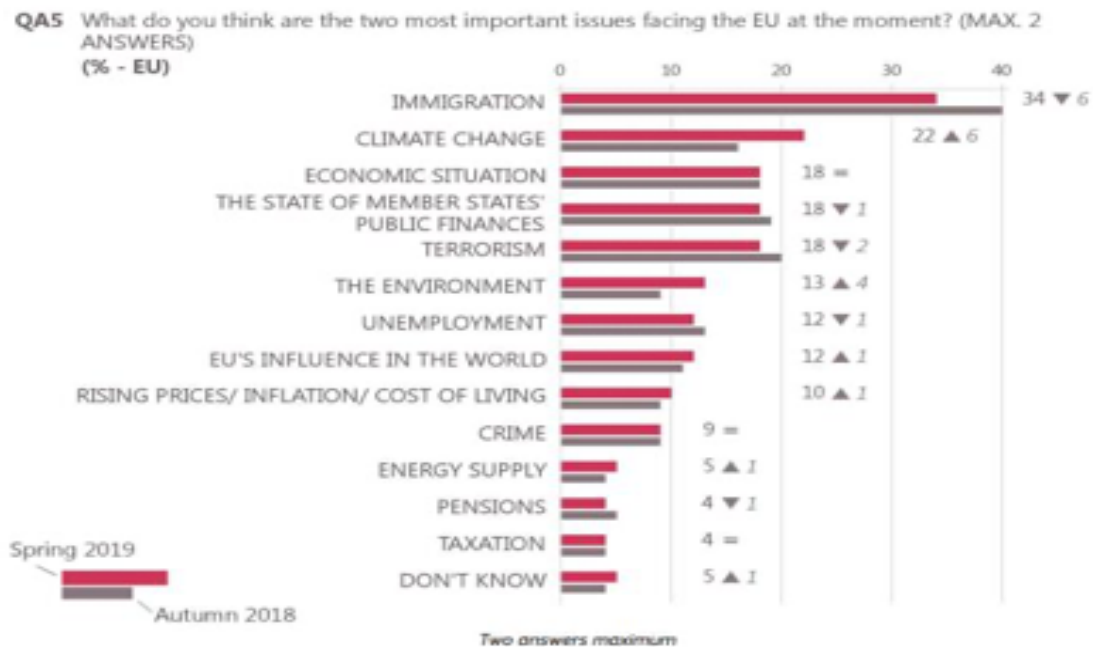
Como se apuntaba al comienzo del capítulo, los datos expuestos dejan de manifiesto que España ha sido castigada por la crueldad del terrorismo de manera muy intensa y prolongada en el tiempo. En total, más de 1.421 personas han sido asesinadas y otras 4.983 han resultado heridas en diferentes atentados, cifras a las que habría que sumar también como víctimas los familiares directos de estas personas heridas o fallecidas.

### 3.3. El terrorismo en la actualidad

Como se ha visto, el terrorismo ha sido y sigue siendo un grave problema mundial que cada año afecta a un número muy elevado de personas, atentando contra los derechos humanos más importantes que existen: los derechos a la vida, la libertad, la seguridad y la integridad física.

Dada la magnitud de este problema, 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 (véase la figura 5). En la primera y segunda posición se situaban la inmigración y el cambio climático, respectivamente. A continuación, y con la misma puntuación, se encontrarían la situación económica, la situación de la hacienda pública y el terrorismo, de manera que el terrorismo era considerado en 2019 por los ciudadanos europeos como un problema más preocupante que el desempleo, la criminalidad o las pensiones (Comisión Europea, 2019).

**Figura 5. Informe del Eurobarómetro: problemas más preocupantes de la Unión Europea (Comisión Europea, 2019)**



Según los datos del *National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* [START], en 2019, hubo casi 8.500 ataques terroristas en todo el mundo, que mataron a más de 20.300 personas (START, 2020). No obstante, según esos mismos datos, el 2019 fue el quinto año consecutivo de disminución del terrorismo global desde que la violencia terrorista alcanzó su punto máximo en 2014 con casi 17.000 ataques y más de 44.000 muertes en total. El número total de ataques terroristas en todo el mundo disminuyó un 50% entre 2014 y 2019.

Del mismo modo, haciendo una retrospectiva de los últimos cinco años de los datos del terrorismo (START, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020), se han producido en el mundo un total de 56.800 atentados terroristas en los que han perdido la vida más de 136.000 personas, y aunque los actos terroristas hayan disminuido, las cifras que se tienen siguen siendo sorprendentemente altas comparadas con los años previos a los atentado del 11-S en Nueva York y Washington, DC, período durante el cual, según las cifras de la START, había de media 3.000 atentados terroristas.

En todos estos años y a todas 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 los supervivientes, además de 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.

Todas las cifras anteriormente mencionadas corroboran la idea de que actualmente el terrorismo sigue siendo uno de los problemas mundiales más graves y preocupantes. Y aunque es cierto que en los últimos años la mayoría de los atentados terroristas se han concentrado en Oriente Medio, el sur de Asia y en países como Irak, Afganistán, Paquistán o India, la plaga del terrorismo afecta en mayor o menor medida a todas las regiones del mundo. Este terrorismo internacional es considerado una de las principales formas de violencia de nuestro tiempo; no solo por darse de forma indiscriminada sino también por su carácter imprevisto. Todo ello daña el valor primario de toda sociedad: la seguridad (Rodríguez Uribes, 2013).

En este sentido, cabe señalar los múltiples atentados ocurridos en diferentes países de Europa en los últimos años como, por ejemplo, los ataques masivos llevados a cabo por yihadistas en París, Bruselas, Niza, Berlín, Manchester, Londres y Barcelona, que han causado la muerte a más de 350 personas y más de 1.500 han resultado heridas. Todos estos atentados han sido perpetrados por un gran número y una gran variedad de organizaciones terroristas.

Actualmente el terrorismo global se está materializado en la amenaza que supone el terrorismo yihadista. El uso del miedo como factor desestabilizador en las sociedades y su materialización a través de los actos terroristas, es lo que buscó Al Qaeda el 11 de septiembre de 2001 cuando atentó en Nueva York y Washington, DC (Rodríguez Morales, 2012).

Atendiendo a los datos de la START (2020), la organización terrorista que más ataques ha cometido en el año 2019 es el grupo terrorista Taliban con 1375 ataques terroristas y 7531 personas asesinadas, seguido de Houthi extremist (AnsarAllah) con 579 ataques terroristas y 983 y de Islamic State of Iraq and Levant con 461 ataques terroristas y 1252 personas asesinadas.

A nivel mundial, existe un amplio número de organizaciones terroristas, pero son los grupos islamistas o yihadistas los que, según se extrae de los datos de la START (2020), representan la mayor amenaza terrorista a nivel mundial, y no solo por los atentados en sus países de origen, sino por la permanente amenaza que generan internacionalmente.

**CAPÍTULO 4:**  
**TRASTORNOS PSICOLÓGICOS COMO**  
**CONSECUENCIA DE LOS ATAQUES TERRORISTAS**



## **4. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS COMO CONSECUENCIA DE LOS ATAQUES TERRORISTAS**

### **4.1. Consecuencias psicopatológicas derivadas de los atentados terroristas**

Cualquier acto de violencia vulnera a la persona que lo sufre y por consiguiente tendrá consecuencias para la persona que lo vive (Echeburúa, Corral y Amor, 2004). Un hecho traumático provoca una experiencia de amenaza que implica consecuencias en los tres niveles de respuesta; emocionales como el miedo, aflicción y desamparo; fisiológicas como pesadillas, hiperactivación o pérdida de apetito y consecuencias a nivel cognitivo, problemas de concentración, preocupaciones, retraimiento o aislamiento social (Sosa y Capafóns, 2005).

Los atentados terroristas han tenido un especial interés y se han diferenciado de otro tipo de sucesos traumáticos por las consecuencias psicológicas negativas que causa en las personas que lo sufren. Dado que están perpetrados por el hombre, generan niveles muy altos de percepción de amenaza e incertidumbre, y por tanto niveles más altos de psicopatología (Bolin, 1985, citado en Rubonis y Bickman, 1991).

Tras los atentados del 11-S en Nueva York la investigación sobre las consecuencias psicológicas negativas en víctimas del terrorismo aumenta exponencialmente, ya que hasta la fecha la mayoría de literatura científica sobre acontecimientos traumáticos se centraba en violaciones, maltrato físico, abuso sexual o accidentes de automóvil, incluyendo además desastres naturales y otro tipo de catástrofes como guerras, accidentes, incendios... (García-Vera y Sanz, 2010, 2017).

Toda esta proliferación científica aporta una base sólida de conocimiento sobre el tema, pero cabe destacar que los datos no son generalizables, ya que la mayoría de estudios se basan en los atentados acontecidos en países desarrollados y catalogados como masivos (los que provocan 10 muertos o más) como, por ejemplo, el atentado del 19 de abril de 1995 en Oklahoma, el del 15 de agosto de 1998 en Omagh, Irlanda del Norte, los del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington DC, los del 11 de marzo de 2004 en Madrid o los del 7 de julio de 2005 en Londres. Como se vio en el primer capítulo, la mayoría de los atentados se cometen en países en vías de desarrollo, por lo que los datos con los que contamos hasta ahora están sesgados (García-Vera y Sanz, 2010, 2017).

Respecto a la investigación psicológica de las consecuencias psicopatológicas que pueden sufrir las víctimas del terrorismo, y dadas las diferencias socioeconómicas y culturales de estos países, es prioritario que la comunidad científica desarrolle terapias psicológicas eficaces y clínicamente útiles para las víctimas de los países más castigados por el terrorismo (p. ej., Irán, Afganistán, Paquistán o India) (Qureshi Burckhardt y Collazos Sánchez, 2006; *U.S. Department of Health and Human Services*, 2003).

#### **4.2. Prevalencia de los trastornos psicológico tras un atentado terrorista**

La mayoría de las personas que han sufrido un atentado terrorista desarrollan durante las primeras semanas síntomas de ansiedad y depresión que pueden considerarse normales dado lo traumático de la experiencia y que en la mayoría de las personas remitirán por sí solos (Gutiérrez Camacho, 2016; McNally, Bryant y Ehlers, 2003; Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006).

Es más, los datos revelan que el porcentaje de víctimas que no desarrollarán trastorno del estrés postraumático (TEPT) se sitúa entre un 60%-80% (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2016; García-Vera et al., 2016; Gutiérrez Camacho, 2016)

Por otra parte, en otras personas los síntomas no remiten y conllevan un malestar clínicamente significativo y un grado importante de interferencia en sus vidas cotidianas, de manera que pueden llegar a desarrollar un trastorno psicológico que esté presente, incluso, muchos años después del atentado. En este sentido, en un estudio sobre la prevalencia de trastornos en víctimas de terrorismo, Gutiérrez Camacho (2016) encontró que el trastorno más frecuente en las víctimas del terrorismo, incluso después de que hubiera pasado una media de 21,5 años desde los atentados, era el trastorno por estrés postraumático (26,8%), seguido del trastorno depresivo mayor (17,9%), la fobia específica (15%), el trastorno de angustia (13,4%) y el trastorno de ansiedad generalizada (11,8%). Cabe destacar que, en dicho estudio, se evaluó a las víctimas mediante una entrevista diagnóstica estructurada según los criterios diagnósticos del DSM-IV, instrumento que no suele ser muy frecuente en la literatura empíricas al respecto y que confiere gran validez a los resultados. De hecho, los datos del estudio de Gutiérrez Camacho (2016) son coherentes con los encontrados en diferentes revisiones narrativas y metaanalíticas previas, tales como las realizadas por DiMaggio y Galea (2006), García-Vera y Sanz (2016), García-Vera, Sanz y Gutiérrez (2016) y Gutiérrez Camacho (2016) sobre el

trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas del terrorismo, las realizadas por García-Vera y Sanz (2010) y Gutiérrez Camacho (2016) sobre los trastornos depresivos y de ansiedad en víctimas del terrorismo, y la realizada por Salguero et al. (2011) sobre el trastorno depresivo mayor (TDM) en víctimas del terrorismo (véase la tabla 2 que recoge los resultados de algunos de esos trabajos).

**Tabla 2. Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en las víctimas de terrorismo según los resultados del estudio de Gutiérrez Camacho (2016) y de la literatura científica cuando se utilizan entrevistas o criterios diagnósticos para la evaluación de las víctimas**

	Prevalencia a muy largo plazo en el estudio de Gutiérrez Camacho (2016)	Prevalencia al año en la literatura científica	Prevalencia después de un año en la literatura científica
TEPT	26,8		
Víctimas directas	35,8	41,2	27,7
Familiares de fallecidos	22,4	29,3	s.d.
Familiares de heridos	17,8	29,3	s.d.
Trastorno depresivo mayor	17,9		
Víctimas directas	22,2	23,6	10
Familiares de fallecidos	16,4	31,3	s.d.
Familiares de heridos	13,2	31,3	s.d.
Trastorno de angustia	13,4		
Víctimas directas	14,8	6,2	s.d.
Familiares de fallecidos	12,1	22,1	s.d.
Familiares de heridos	11,6	22,1	s.d.

Fuente: tesis doctoral de Gutiérrez Camacho (2016).

Aunque los trastornos psicológicos pueden aparecer en todo tipo de víctimas, tanto directas (heridos/supervivientes) como indirectas (familiares de heridos y fallecidos), el grado de afectación de las personas depende a su vez del grado de exposición a atentado terrorista. En los datos que se exponen en la tabla 2, se valora de manera independiente el grado de afectación tanto en víctimas directas como familiares de fallecidos y de heridos. Como apuntan los datos, la prevalencia más alta de los trastornos se da en víctimas directas, seguida de familiares de fallecidos y, a continuación, de familiares de heridos, mientras que el personal de emergencias, rescate y recuperación suele presentar cifras ligeramente más bajas que todas esas víctimas, ya que, por ejemplo, entre un 5-12% presentarán TEPT (García-Vera y Sanz, 2016; Gutiérrez Camacho, 2016).

Según los datos reflejados en la literatura científica, el trastorno por estrés postraumático es el trastorno más prevalente y el que, por tanto, mayor atención ha recibido (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2017; Gutiérrez Camacho, 2016). Sin embargo, existe una alta comorbilidad psicopatológica en las víctimas del terrorismo, por ejemplo, entre TEPT y TDM, y, de hecho, en algunos tipos de víctimas hay una prevalencia similar del TEPT y del TDM. Por ejemplo, en el estudio realizado por Miguel-Tobal et al. (2004) en el que evaluaron a víctimas directas e indirectas de los atentados del 11-M de Madrid, se encontró que, entre 1 y 3 meses después de los atentados, el 36% de las víctimas presentaban TEPT, el 31%, TDM, y un 19% de las víctimas presentaba simultáneamente tanto TEPT como TDM (citado en García-Vera y Sanz, 2016).

Otro dato importante sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos aparece reflejado en la tabla 3, tomando los datos del estudio de Haro et al. (2006) en el que se analiza la prevalencia de los trastornos psicológicos en la población general española. Como se puede observar en dicha tabla, los trastornos psicológicos en las víctimas del terrorismo, en comparación a la población general española, son más de 50 veces más frecuentes respecto al TEPT (26,8% frente a 0,5%), más de 20 veces más frecuentes respecto al trastorno de angustia (13,4% frente a 0,6%) y más de cuatro veces más frecuentes respecto al trastorno depresivo mayor (17,9% frente a 4%) (Gutiérrez Camacho, 2016). Por tanto, aunque antes se afirmaba que la mayoría de las víctimas directas e indirectas de un atentado terrorista no llegarán a sufrir ningún trastorno psicológico, también es cierto que la prevalencia de dichos trastornos entre las víctimas, sin ser mayoritaria, es enorme en comparación con la presencia de dichos trastornos en la población general.

**Tabla 3. Comparación de la prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas del terrorismo en España y en la población general española**

<b>Trastorno psicológico</b>	<b>Prevalencia (%) a muy largo plazo en las víctimas (Gutiérrez Camacho, 2016)</b>	<b>Prevalencia (%) en población general (Haro et al., 2006)</b>
Trastorno depresivo mayor	17,9	3,96
Trastorno de estrés postraumático	26,8	0,5
Trastorno de angustia	13,4	0,6

Todos los datos presentados en este capítulo sobre las consecuencias psicopatológicas que pueden presentar las víctimas que han sufrido un atentado terrorista subrayan el importante problema de salud que representan los trastornos mentales en el colectivo de las víctimas del terrorismo y, del mismo modo, inciden sobre la importancia de abordar su tratamiento con terapias específicas dirigidas a este colectivo, tal y como se tratará más adelante.



**CAPÍTULO 5:**  
**EL PAPEL DE LAS ACTITUDES Y CREENCIAS**  
**DISFUNCIONALES EN LA DEPRESIÓN**



## **5. EL PAPEL DE LAS ACTITUDES Y CREENCIAS DISFUNCIONALES EN LA DEPRESIÓN**

### **5.1. Modelos y terapias cognitivas de la depresión**

#### **5.1.1. El origen de los modelos y terapias cognitivas**

El desarrollo de los modelos cognitivos de la depresión y, en general, de los trastornos psicológicos, así como el desarrollo de las terapias cognitivas derivadas de dichos modelos, no son muy antiguos, aunque los orígenes de la terapia cognitiva se podrían rastrear a la influencia filosófica del estoicismo, así como de las filosofías orientales como el taoísmo y el budismo.

Otra de las influencias que han recibido los modelos y terapias cognitivas de la depresión es la psicoanalítica, ya que partía de la idea de que los sentimientos se basan en ideas inconscientes (Freud, 1917/1972). En esta línea, Alfred Adler (1931) expuso la importancia de basar la terapia en explicar al paciente cómo percibe y experimenta el mundo. Dentro de la rama psicoanalítica, diferentes autores han aportado importantes ideas a las terapias cognitivas (véase Raimy, 1975).

Psicólogos del desarrollo como Piaget y su formulación de desarrollo cognitivo por etapas, han contribuido también de forma decisiva al desarrollo de los modelos cognitivos de la depresión y de otros trastornos psicológicos.

Otro de los puntos cardinales de la terapia cognitiva como es la reestructuración cognitiva viene reflejado en el trabajo de Lazarus (1971), el cual daba mucha importancia a que uno de los objetivos de la terapia radicaba en corregir las ideas erróneas del paciente.

Una contribución más específica a los modelos y terapias cognitivas la ofreció Kelly (1955a, 1955b), tanto al proponer una teoría de la personalidad “cognitiva” que hacía depender el comportamiento de la persona de sus anticipaciones y de su sistema de constructos personales, como al proponer cómo el terapeuta puede modificar esas anticipaciones y esos constructos durante la terapia Kelly (1955a, 1955b) a través de técnicas e intervenciones muy diversas, entre ellas su terapia del rol fijo.

## *Capítulo 5. El papel de las actitudes y creencias disfuncionales en la depresión*

La terapia racional emotiva de Ellis (1958, 1962, 1973, 1979) relaciona los estímulos ambientales con las emociones a través de las creencias que interviene entre ellas. Su objetivo, del mismo modo, es modificar las creencias irracionales.

Otros autores, que han trabajado en esta misma línea, como por ejemplo Mahoney (1974), Meichenbaum (1977), Goldfried y Davison (1976) o Kazdin y Wilson (1978), junto con los anteriormente mencionados, han contribuido a sentar las bases de la investigación sobre los modelos cognitivos de los trastornos psicológicos y de puesta en práctica de terapias y tratamiento cognitivos para esos trastornos.

La llamada revolución cognitiva surge para dar respuesta a las limitaciones que surgían de la corriente conductista. Los conductistas lograron explicar numerosos fenómenos psicológicos. Aun así, todo lo que no pudiera medirse con estímulos y respuestas, lo consideraban irrelevante, obviando todo proceso mental que sucedía mientras recibimos un estímulo y dábamos una respuesta y sin dar explicación de por qué una persona podía responder de una manera diferente a un mismo estímulo. Es entonces cuando se pone el foco de atención en estas limitaciones y se comienza a estudiar los procesos de razonamiento, lenguaje, memoria... (Sanz y Vázquez, 1993).

Todo modelo cognitivo, apoyado bajo el proceso de codificación de la información, se asienta bajo la idea de que los seres humanos procesamos la información que nos llega del exterior de una forma ajustada y precisa al mundo que nos rodea. Las terapias cognitivas centran su objetivo terapéutico en este supuesto, ya que los pacientes pueden llevar a cabo formas de procesamiento de la información erróneas o distorsionadas. Por lo que el objetivo de la terapia será para que se logre modificar ese procesamiento que proyectan la realidad de manera equivocada (Caro Gabalda, 2009).

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintos trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, fobias...). Parte desde el supuesto teórico subyacente de que la conducta de un individuo está determinada en gran medida por el modo que tiene de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones se basan en esquemas cognitivos (cuyos contenidos son actitudes o supuestos) que se forman a raíz de experiencias anteriores.

La terapia cognitiva lleva a cabo una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales con el objetivo de delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos de los pacientes. De una manera resumida, se llevarían a cabo los siguientes pasos (Caro Gabalda, 2009):

1. Controlar los pensamientos (cogniciones).
2. Identificar las relaciones entre pensamiento emoción y conducta.
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
4. Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

### **5.1.2. Principales modelos y terapias cognitivas y cognitivo-conductuales para la depresión**

#### **5.1.2.1. Teoría y terapia cognitiva de la depresión de Aaron Beck**

Una de las terapias más investigada y utilizada en la práctica clínica para tratar la depresión es, sin duda, la terapia cognitiva de la depresión de Aaron Beck (1967, 1976; Beck et al., 1979/1983) a la que, actualmente, también se la conoce como terapia cognitivo-conductual de Beck, dado que su terapia incluye tanto técnicas cognitivas como conductuales.

Aunque los orígenes de esta terapia se pueden remontar a las investigaciones empíricas y las estrategias terapéuticas que Beck recogía en libro *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects* publicado a finales de los años 60 del siglo pasado (Beck, 1967), no fue, quizá, hasta el año 1979, que su terapia empezó a ganar en popularidad y prestigio entre la comunidad psicológica y psiquiátrica. Ese año, Beck y sus colaboradores (1979/1983) publicaron el manual de su terapia cognitiva para la depresión y, al poco tiempo, su terapia se extendió por todos los países y su manual se convirtió en un referente para la elaboración de otros manuales terapéuticos. La terapia cognitiva de la depresión de Aaron Beck está basada en la teoría que lleva su mismo nombre y que explica el origen y mantenimiento de la depresión desde unos constructos clínicos asentados en la investigación básica en psicología cognitiva y en la influencia de figuras como Piaget y Kelly, entre otras, y que se mencionaron líneas atrás. Más adelante, ha ido ampliando sus supuestos y principios para acoger el tratamiento de otros

trastornos, como los trastornos de ansiedad o de estrés postraumático entre otros (Clark y Beck, 2012).

Esta terapia se basa en un modelo de diátesis-estrés que postula que las personas que sufren depresión tienen vulnerabilidades específicas (diátesis) y, en particular, vulnerabilidades psicológicas, que ante acontecimientos ambientales negativos (estrés) les llevará a desarrollar síntomas depresivos.

Específicamente, entre los factores de vulnerabilidad psicológica estarían las actitudes y creencias disfuncionales, las cuales estarían implicadas en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. En concreto, Beck explica el origen y mantenimiento de la depresión con una secuencia causal basada en tres constructos fundamentales (Beck et al., 1979/1983; Kwon y Oei, 1994):

- **Actitudes y creencias disfuncionales en forma de esquemas cognitivos.** Son las cogniciones más profundas. Son creencias que se caracterizan por establecer condiciones rígidas y difíciles de alcanzar. Estas actitudes predisponen a la persona a desarrollar depresión, ya que las condiciones base de las que parte el sujeto (por ejemplo, *“para ser feliz tengo que agradar a todo el mundo”*) difícilmente van a poder ser logradas y facilita que la persona interprete la situación como un estresor. Estas actitudes y creencias disfuncionales se almacenan en la memoria en forma de esquemas cognitivos. En este sentido, la formación de esquemas es un proceso natural, se forman desde la niñez y adolescencia por las primeras experiencias (aprendizaje social y operante, educación, estilos de crianza, etc.). Estos esquemas son patrones cognitivos estables y que permanecen latentes, y cuya función es organizar y estructurar la información que recibimos del ambiente. En el caso de una persona vulnerable a la depresión, el contenido de sus esquemas son actitudes y creencias disfuncionales y se verán en la forma en que atiende, codifica o filtra la información, dando lugar al siguiente constructo básico en la teoría cognitiva de la depresión de Beck; los errores cognitivos.
- **Sesgos o errores cognitivos.** Son la forma en que una persona procesa, da forma, a la información que recibe del exterior. Una persona vulnerable a la depresión atiende

selectivamente a los hechos negativos y minimiza la información positiva. Los principales errores cognitivos que puede presentar una persona con vulnerabilidad cognitiva a la depresión se recogen en la tabla 4.

**Tabla 4. Principales errores cognitivos en la depresión según la teoría cognitiva de la depresión de Beck**

<b>Tipo de sesgo o error cognitivo</b>	<b>Definición</b>
<b>Inferencia arbitraria</b>	Consiste en extraer una conclusión cuando se carece de datos o cuando estos son realmente contrarios a la conclusión.
<b>Abstracción selectiva</b>	Consiste en no tomar en cuenta uno o más aspectos importantes de una situación; de esta forma, la persona enfoca ciertos detalles de una situación multifacética, mientras hace caso omiso de otros detalles relevantes, ya sea por no atenderlos, no integrarlos o no utilizarlos.
<b>Generalización excesiva</b>	Consiste en extraer una regla general injustificada a partir de un único incidente o de hechos aislados.
<b>Maximización y minimización</b>	Consiste en subestimar la importancia de acontecimientos o conductas propias y sobreestimar los actos ajenos.
<b>Personalización</b>	Consiste en hacerse responsable de un hecho externo sin hacer
<b>Pensamiento dicotómico</b>	Consiste en evaluar una situación sin matices (bueno o malo, correcto o equivocado, blanco o negro). En vez de reconocer un continuo, la persona razona en términos de “todo o nada” y fuerza sus evaluaciones en sistemas de dos categorías discretas y antagónicas

*Nota.* Basado en Beck et al. (1979/1983) y Burns (1980/1990).

- **Triada cognitiva.** Son el resultado de los errores de procesamiento cognitivo y aparecen en forma de imágenes y, sobre todo, pensamiento que se caracterizan por ser automáticos y por un contenido negativo en relación con uno mismo, el mundo y el

futuro. Por un lado, los pensamientos automáticos negativos se centran en la visión de uno mismo: el sujeto tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo y a causa de ello le asaltan pensamientos de que es un inútil, de que carece de valor, etc. El segundo tipo de pensamientos automáticos negativos, la visión del mundo, implican que el paciente interpreta como insuperables o exageradas las demandas del entorno. Finalmente, el tercer tipo de pensamientos automáticos negativos, la visión acerca del futuro, implican que el paciente anticipa dificultades, sufrimiento y fracaso actuales como indefinidos. Según la teoría de Beck, los restantes síntomas depresivos (apatía, déficit de motivación, inhibición...) serían el resultado lógico de la tríada cognitiva. Por tanto, estas cogniciones más superficiales que representan la tríada cognitiva constituyen la causa más próxima de la depresión dando lugar a los síntomas depresivos.

Por lo tanto, la interacción de estos elementos (esquemas cognitivos que contienen actitudes disfuncionales, errores cognitivos y tríada cognitiva) explicaría cómo se desarrolla y cómo se mantiene la depresión desde una cadena de elementos causales que empieza con las actitudes y creencias disfuncionales que forman esquemas cognitivos propios de la personalidad del individuo (factor de vulnerabilidad); sigue con la activación de dichos esquemas ante un evento que ese individuo codifica e interpreta como negativo; continúa con los errores y sesgos cognitivos que provoca la activación de esos esquemas, y termina con la aparición de pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro como productos de esos errores y sesgos, y que, a la postre, son la causa próxima que desembocará en los síntomas depresivo. Esa cadena casual aparece recogida gráficamente en la figura 6.

La manera, pues, de procesar la información que aparece reflejada en la figura 6 explicaría por qué unas personas son más vulnerables que otras a presentar síntomas depresivos (Sanz y Vázquez, 2008).

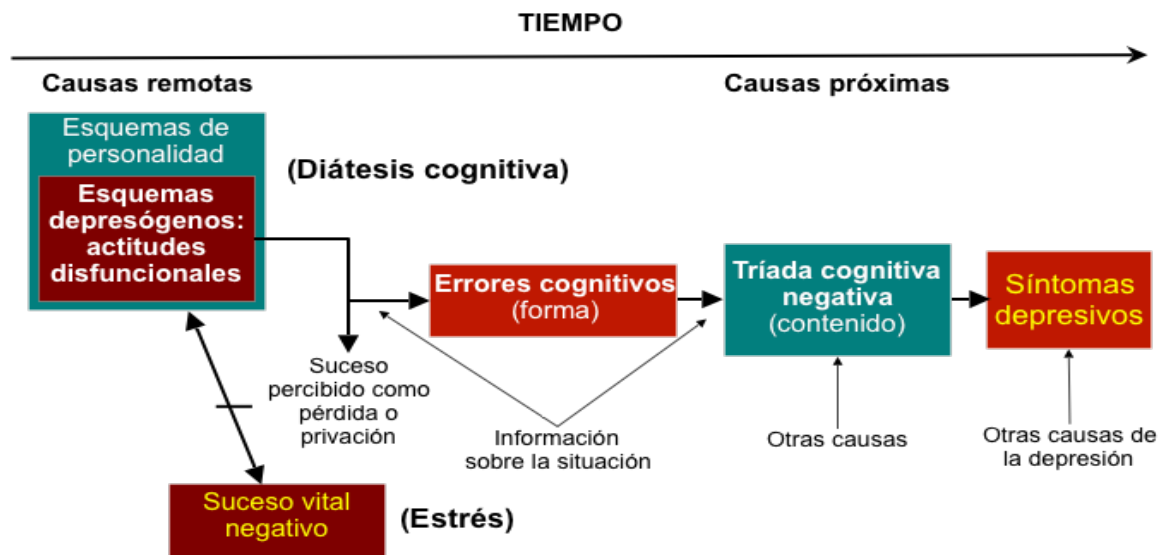


Figura 6. Diagrama explicativo de la teoría cognitiva de la depresión de Aaron Beck.

Fuente: Sanz y Vázquez (2008).

### 5.1.2.2. Modelo atribucional de Seligman y colaboradores

Abramson, Seligman y Teasdale (1978) estudiaron el papel de las atribuciones causales que hacen las personas deprimidas sobre las situaciones que vivencian. Se categorizaron en tres dimensiones: internalidad-externalidad, estabilidad-inestabilidad y globalidad-especificidad. Una persona deprimida atribuye los acontecimientos negativos o fracasos a causas internas, estables y globales a su persona y que no es capaz de controlar, y, por el contrario, los acontecimientos positivos los atribuye a causas externas, inestables y específicas. Según este modelo, la depresión se mantiene por la atribución depresógena que hace la persona sobre los estímulos externos (Comeche, 2009; Sanz y Vázquez, 2008).

### 5.1.2.3. Modelo del autocontrol de Rehm

Rehm propone un modelo explicativo de la depresión donde integra las aportaciones cognitivas de Beck y Seligman, las conductuales de Lewinsohn y el modelo de autocontrol de Kanfer (1970). Rehm (1977, 1981) explica cómo el comportamiento depresivo se produce cuando el sujeto percibe la pérdida de reforzadores y carece de habilidades de autocontrol que le permitan afrontar esta situación. Por lo que la regulación de su comportamiento hacia la situación

negativa se verá afectada por tres comportamientos característicos de la persona vulnerables a la depresión:

- Autoobservación: fijan su atención a aspectos negativos de su propio comportamiento obviando los positivos.
- Autoevaluación: evaluar su comportamiento de acuerdo a criterios muy rígidos y elevados por lo que resultará difícil alcanzar el objetivo, siendo el resultado de su propia evaluación negativo.
- Autorrefuerzo: como consecuencia de su propia observación y evaluación, el resultado será interpretado como negativo, el sujeto no se reforzará el esfuerzo realizado, sino que se autocastiga por los resultados no encontrados.

#### **5.1.2.4 Modelo integrador de Lewinsohn**

Lewinsohn et al. (1985) presenta un modelo integrador para explicar el origen y mantenimiento de la depresión. En su propuesta recoge tanto los planteamientos conductuales como aspectos cognitivos como la autoconciencia (p. ej., la autocrítica), explicando el desarrollo del episodio depresivo a través de seis fases:

- A. Antecedentes: cualquier acontecimiento negativo.
- B. Alteración de la conducta: incremento de respuestas negativas antes el acontecimiento aversivo.
- C. Alteración de las fuentes de refuerzo: ante el aumento de las respuestas negativas, disminuyen los refuerzos positivos.
- D. Incremento de la autoconciencia: incremento de procesos cognitivos donde el sujeto focaliza su atención en el evento negativo que conlleva unas evaluaciones negativas de uno mismo, atribuciones internas y autocrítica.
- E. Aumento del estado de ánimo negativo: la secuencia anterior llevaría a una disminución del estado de ánimo.
- F. Consecuencias: todas las consecuencias que se han visto afectadas por las fases anteriores y que comprometen el funcionamiento normal del sujeto y contribuyen a mantener la depresión.
- G. Predisponentes: factores de riesgo de la persona que le hace más vulnerable a sufrir un episodio depresivo.

Este modelo incide sobre la retroalimentación de cada una de las fases como variable mantenedora de la depresión.

## **5.2. Tratamiento psicológico de las actitudes y creencias disfuncionales**

### **5.2.1. Componentes de la terapia cognitivo-conductual para la depresión**

Como se ha explicado en epígrafes anteriores, la terapia cognitiva para la depresión de Beck (Beck et al., 1979/1983) es un paquete de tratamiento activo, dirigido y estructurado que incluye tanto técnicas cognitivas, en las que, por ejemplo, el terapeuta establece un diálogo socrático con el paciente dirigido a modificar sus pensamientos desadaptados, como técnicas conductuales como, por ejemplo, la planificación de actividades agradables, de ahí que en los últimos años se la conozca indistintamente como terapia cognitiva de Beck o como terapia cognitivo-conductual de Beck para la depresión.

La duración estimada de la terapia se estipula entre 15-20 sesiones, semanales al inicio del tratamiento y más espaciadas en el seguimiento del paciente.

Respecto a la alianza terapéutica, es importante tener en cuenta las características que debe presentar un terapeuta cognitivo, aunque como indica el autor, tales características serían necesarias, pero no suficientes. En cualquier caso, dado el papel activo e interactivo que van a mantener terapeuta y paciente en la terapia cognitivo-conductual de Beck, la aceptación, la empatía y la autenticidad por parte del terapeuta deben estar presentes (Beck et al., 1979/1983).

La secuencia temporal y los componentes terapéuticos principales de esta terapia cognitivo-conductual para la depresión serían los siguientes:

- **Entrevista de evaluación:** entrevista dirigida por el terapeuta y administración de autoinformes y cuestionarios.
- **Devolución de los datos clínicos recogidos y exposición del tratamiento**
- **Fijar los objetivos terapéuticos:** dos objetivos genéricos; modificación de las cogniciones desadaptadas y reducción/eliminación los síntomas depresivos y prevención de recaídas.
- **Intervención terapéutica:**

## Capítulo 5. El papel de las actitudes y creencias disfuncionales en la depresión

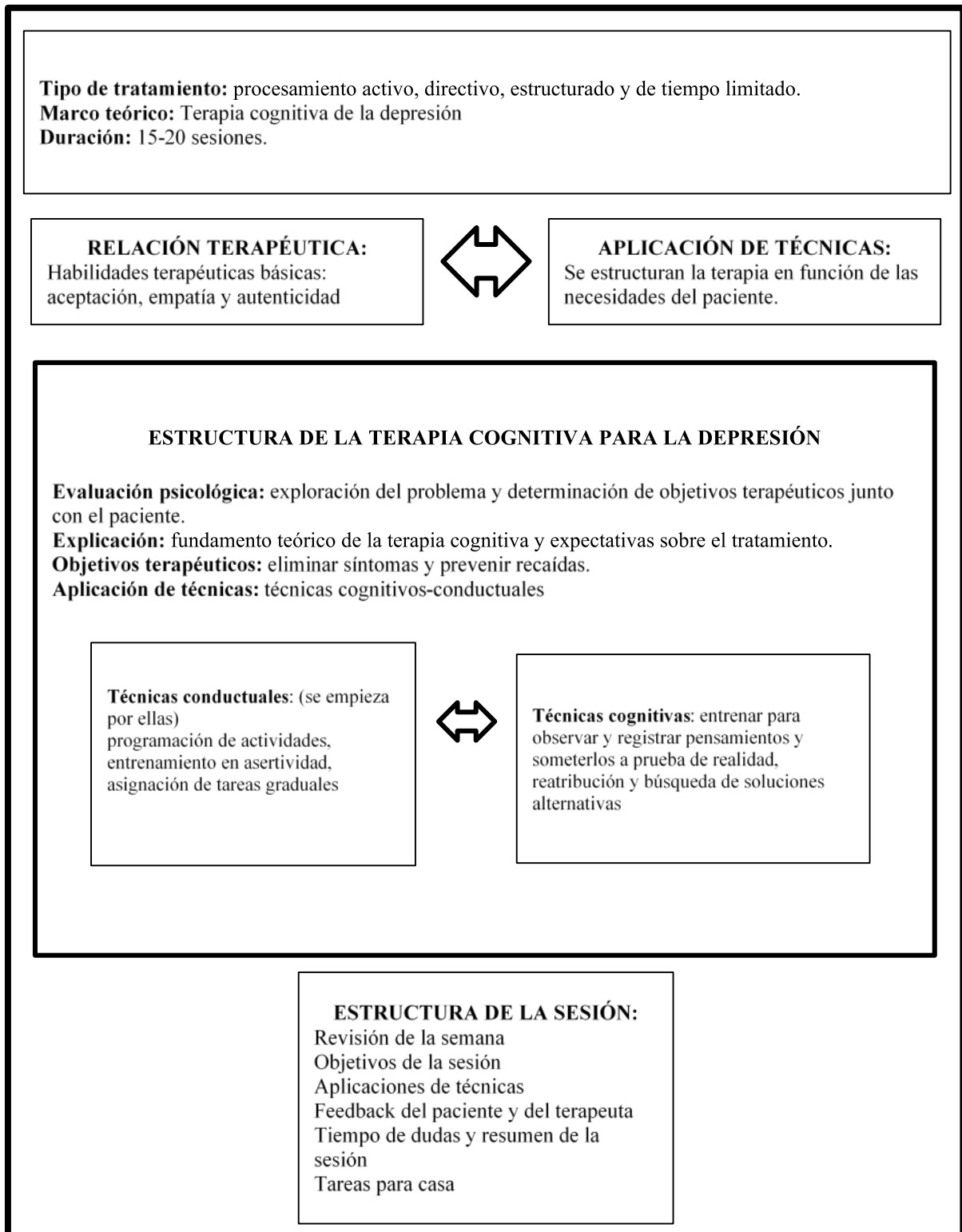
- Adecuar el procedimiento general del tratamiento a las características y necesidades personales de cada paciente.
- Aplicación de técnicas conductuales: planificación de actividades agradables, tareas graduales, entrenamiento en asertividad, *role-playing*..., todas ellas, consensuadas con el paciente, con el fin de aumentar su estado de ánimo y sentar las bases para la aplicación de las técnicas cognitivas que, según Beck et al. (1979/1983) son realmente las más importantes, ya que modificarían directamente los factores cognitivos de vulnerabilidad a la depresión, entre ellos las actitudes disfuncionales depresivas.
- Aplicación de técnicas cognitivas: registro de pensamientos, pruebas de realidad, discusión de pensamientos, búsqueda de pensamientos alternativo... En estas técnicas descansan los objetivos principales de la terapia: la modificación de las cogniciones desadaptativas, ya sea a un nivel superficial (pensamientos automáticos negativos) como a un nivel más profundo (actitudes y creencias disfuncionales depresivas).

Cada sesión de la terapia se compone de las siguientes tareas:

- Revisión de las tareas de la sesión anterior: dudas, dificultades, intensidad de los síntomas depresivos...
- Explicación y acuerdo con el paciente el desarrollo de la sesión.
- Aplicación de técnicas
- Devolución de información del terapeuta al paciente en cuanto a la sesión de tratamiento.
- Tiempo reservado para dudas y resumen de la sesión.
- Planificación de las tareas para casa.

Un resumen de las características, técnicas y tareas terapéuticas de la terapia cognitiva de la depresión se puede consultar en la figura 7.

**Figura 7. Resumen de los componentes de la terapia cognitiva de la depresión de Beck, Rush, Sahw y Emery (1979/1983).** (Fuente: *Tratando la depresión* de Froján, 2006).



### **5.2.2. Evidencia empírica de la terapia cognitiva conductual para la depresión**

Como se apuntaba en el anterior capítulo, la terapia cognitivo conductual para la depresión tiene como objetivo modificar las actitudes y creencias disfuncionales (causa distal) que son la causa y mantenimiento de la depresión (Beck, 1967, 1983, 1987, 1991) Este tratamiento es uno de los más utilizados en psicoterapia y que más interés y estudio ha despertado en la comunidad científica.

Respecto a los datos sobre la eficacia y efectividad de la terapia, existe una numerosa literatura científica que recoge el éxito de la terapia en comparación a distintos grupos de control (p. ej., no tratamiento, lista de espera, placebo) y su equivalencia con el tratamiento farmacológico y con otros tratamientos psicológicos validados en cuanto a sus efectos agudos, pero sus mayores beneficios en cuanto a la prevención de recaída respecto al tratamiento farmacológico (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006; Hollon y Ponniah, 2010).

En concreto, numerosos metaanálisis en los que se han analizado más 100 estudios aleatorizados sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la depresión permiten concluir que esta forma de terapia: es más efectiva que no recibir ningún tratamiento para la depresión; que sus efectos beneficiosos son comparables a corto plazo con los de la farmacología y con los de otros tipos de terapia para la depresión; que la terapia también es efectiva con distintos modos de administración como, por ejemplo, en formato de autoayuda, y que sus efectos para prevenir la depresión a largo plazo son comparables a la administración continuada de fármacos antidepresivos (Barth et al., 2013; Braun, Gregor y Tran, 2013; Cuijpers, van Straten, Andersson y van Oppen, 2008a; Cuijpers, Berking, Andersson, Quigley, Kleiboer y Dobson, 2013a; Cuijpers, Hollon, van Straten, Bockting, Berking y Andersson, 2013b; Cuijpers, Sijbrandij, Koole, Andersson, Beekman y Reynolds, 2013c; Cuijpers, van Straten, Warmerdam y Andersson, 2008b; Cuijpers, van Straten, Warmerdam y Andersson, 2008b; véase también Sanz y García-Vera, 2017a).

Por ejemplo, Cuijpers et al. (2013a) realizaron un metaanálisis para medir los efectos de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de depresión con adultos en comparación con diversos grupos de control (p. ej., lista de espera, no tratamiento, placebo). Los resultados concluyeron, con un tamaño del efecto alto ( $g$  de Hedges= 0.71), a favor de los efectos positivos de la TCC para la depresión con respecto a los grupos de control.

Los resultados de la literatura científica indican, además, que la terapia cognitivo-conductual para la depresión ha demostrado sus beneficios no solo en estudios de eficacia, habitualmente realizados en los ambientes controlados de centros y laboratorios universitarios con pacientes más homogéneos y terapeutas específicamente entrenados en la terapia, sino también en la práctica clínica habitual, es decir, en los estudios de efectividad o utilidad clínica (véase García-Vera et al., 2015, para una distinción entre estudios de eficacia y efectividad). Por ejemplo, en un metaanálisis llevado a cabo por Hans y Hiller (2013), se analizó un total de 34 estudios para examinar la utilidad clínica y el abandono de la terapia cognitivo conductual ambulatoria en pacientes deprimidos. Los resultados del metaanálisis avalan que la terapia cognitivo-conductual en la práctica clínica habitual es efectiva para reducir los síntomas depresivos, mostrando un tamaño del efecto pre-post grande ( $d = 1.13$ ), que los beneficios de la terapia se mantuvieron a los 6 meses de su finalización y que la tasa de abandono comprendió el 24,63% del total de la muestra.

### **5.2.3 El cambio cognitivo como predictor del cambio sintomático**

Como se ha comentado en un epígrafe anterior, la terapia cognitivo-conductual cuenta con numerosos estudios que apoyan su eficacia y utilidad clínica para mejorar la depresión y otros trastornos psicológicos. Pese a su indiscutible beneficio, no existe un consenso sobre cómo se logran esos efectos, es decir, sobre cuáles son los mecanismos por lo que dicha terapia es tan beneficiosa.

Por un lado, se pueden encontrar diferentes estudios e investigadores que postulan que la terapia modificaría las actitudes y creencias disfuncionales que son consideradas el factor de vulnerabilidad y mantenimiento de la depresión y que las sustituiría por otras creencias y actitudes más flexibles y adaptativas, lo que llevaría a la mejoría de la sintomatología depresiva, considerándose ese cambio cognitivo, pues, en el mejor predictor del cambio sintomático (Beck y Dozois, 2011)

En este sentido, los terapeutas cognitivos, (Beck, 1976; Clark, 1995; DeRubeis, Tang y Beck, 2001) argumentan que, entre los rasgos distintivos que tiene la terapia cognitiva con respecto a otro tipo de enfoques, uno de los principales es su énfasis en la idea de que el cambio cognitivo sería fundamental para tratar cualquier trastorno psicológico, ya sea directa o

indirectamente, y, por lo tanto, la eficacia de la terapia radicaría en evaluar y modificar los pensamientos distorsionados y las actitudes disfuncionales (Blagys y Hilsenroth, 2002).

Por tanto, existiría una clara evidencia de que los pensamientos negativos y las actitudes disfuncionales están íntimamente ligados a la depresión y que esos factores cognitivos predicen el comienzo, el desarrollo, la recaída y las fluctuaciones de los síntomas depresivos y de otro tipo de trastornos, pero, sin embargo, existe un amplio debate y una falta de consenso sobre si los cambios cognitivos son verdaderamente la causa de que la terapia produzca una reducción de los síntomas depresivos y, en relación con esta cuestión, sobre cuáles serían los procedimientos cognitivos más efectivos para generar ese cambio (Mathews y MacLeod, 2005; Scher, Ingram y Segal, 2005; Wenze, Gunthert y Forand, 2010).

Desde esta perspectiva, parece innegable que existe una correlación entre las actitudes y creencias disfuncionales y los síntomas depresivos, de manera que a medida que las actitudes y creencias disfuncionales disminuirían y, por ende, también los pensamientos negativos distorsionados, también lo harían los síntomas depresivos (Lau, Segal y Williams, 2004; Miranda, Persons y Byers, 1990; Sanz y Vázquez, 1993). En este sentido, es importante tener en cuenta el momento temporal de la terapia en que se mide tanto del cambio cognitivo como de los síntomas, ya que, si se evalúan al mismo tiempo, la existencia de una tercera variable podría mediar en el tratamiento sin que exista una relación causal entre cambios cognitivos y cambios en los síntomas depresivos. Así que, para poder establecer que el cambio cognitivo precede a la reducción de sintomatología depresiva, habría que evaluar específicamente y por separado tanto la cognición como la sintomatología depresiva, ya que esto sería fundamental para comprobar si las intervenciones cognitivas preceden al cambio sintomático (Kazdin, 2007).

Respecto a esta idea, Tang y DeRubeis (1999) evaluaron el nivel y la temporalidad de la gravedad de los pacientes deprimidos tratados con terapia cognitivo conductual. En muchas de las personas tratadas encontraron una repentina mejoría que quedaba reflejado en el descenso de hasta 11 puntos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck y Steer, 1987). Observaron, además, que esta mejoría se producía en un único intervalo de sesiones y que concentraba hasta el 50% de recuperación total del paciente. Para explicar esta mejoría evaluaron el contenido de la sesión inmediatamente anterior, y encontraron que los pacientes reconocían el trabajo cognitivo llevado a cabo en dichas sesiones. Este resultado apoyaría la

idea de que el alivio en los síntomas depresivos estaría precedido por el trabajo cognitivo previo en la sesión.

En esta misma línea explicativa, Tang, DeRubeis, Baberman y Pham (2005) replicaron el estudio llevado a cabo por Jacobson et al. (1996) en el que, a tres grupos de pacientes deprimidos, se les administró distintas técnicas de la terapia cognitivo-conductual: a uno de los grupos se le aplicó únicamente la técnica de la activación conductual; a un segundo grupo se le aplicó tanto la reestructuración cognitiva como la activación conductual, y a un tercero, se le aplicó todos los componentes de la terapia cognitivo conductual. Finalmente, los resultados del estudio de Tang et al. (2005) mostraron que las ganancias repentinas (que se refiere a los beneficios repentinos y explícitos que se observan en la sintomatología depresiva) eran precedidas por el trabajo cognitivo previo de la sesión anterior.

Respecto a esta idea de la ganancia repentina, y con el fin de operativizar y llegar al por qué los pacientes deprimidos mejoran su sintomatología depresiva, Tang y ReRubies (1999) establecieron que, con ocho sesiones de tratamiento en las que se introduzca y se trabaje el terreno cognitivo, serían suficientes para llegar a una importante mejoría en los síntomas depresivos, al menos en muchos casos.

En esta línea, en un reciente metaanálisis de Cristea et. al. (2015), se analizaron 26 estudios con muestras aleatorizadas, para estudiar el efecto de la terapia cognitivo conductual con pacientes que sufren depresión y presentan actitudes y creencias disfuncionales. Se comparó la terapia cognitivo conductual con grupos de control, con otras terapias y con tratamientos farmacológicos. Los resultados indican que, tomando la media de los cambios postratamientos en las actitudes y creencias disfuncionales, los grupos que habían pasado por la terapia cognitivo conductual mostraban reducciones mayores en sus actitudes y creencias disfuncionales que los grupos de control ( $g$  de Hedges = 0,50; IC del 95% = 0,38 a 0,92). Además, este resultado se mantuvo en el seguimiento ( $g$  de Hedges = 0,46; IC del 95% = 0,15 a 0,78).

## 5.4. El papel de las actitudes disfuncionales en las víctimas del terrorismo con depresión

### 5.4.1 Comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático y la depresión: novedades en el DSM-5

Como se indicaba en el capítulo 4, el trastorno depresivo mayor presenta la prevalencia más alta de todos los trastornos mentales, después del TEPT, entre las víctimas del terrorismo, llegando a alcanzar porcentajes del 17,9% incluso muchos después de haber sufrido los atentados terroristas (Gutiérrez Camacho, 2016). En este sentido, y dada la elevada comorbilidad entre la sintomatología depresiva y la de estrés postraumático que se encuentra tras un acontecimiento traumático, muchos investigadores han subrayado la importancia del estudio de la depresión para entender las consecuencias psicológicas de los atentados terroristas (García Vera y Sanz, 2010; Shear, 2006).

Cuando una persona o un ser querido sufre una experiencia traumática, esto conlleva un desajuste en sus esquemas básicos de procesamiento (Janoff-Bulman, 1992; Rodríguez-Muñoz y Navas Collado, 2010) y, según Beck et al. (1979/1983), la aparición de sintomatología depresiva después de un evento traumático estaría explicada por la activación de sus actitudes y creencias previas relacionadas consigo mismo (p. ej., “la culpa del atentado terrorista es mía”), con su futuro (p. ej., “nunca voy a recuperarme”) y con el mundo (p. ej., “es lo más horroroso que he vivido en mi vida”). Por lo tanto, es lógico suponer que en muchas víctimas del terrorismo puedan aparecer actitudes disfuncionales depresivas y pensamientos negativos relacionados con dichas actitudes que expliquen sus problemas psicológicos, particularmente la depresión, pero quizá también otros problemas como el TEPT.

De hecho, entre las novedades que presenta la última versión, la quinta, del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013/2014) es que recoge la relación entre los síntomas cognitivos y emocionales del TEPT y los del TDM y su comorbilidad en los propios criterios diagnósticos para el TEPT. En la tabla 5 se recogen los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de estrés postraumático.

En primer lugar, y como puede observarse en la tabla 5, en esa quinta edición, y respecto a la anterior (DSM-IV o DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2002), se elimina el criterio diagnóstico que establecía que la persona que había vivido el hecho traumático lo

percibiera con una reacción subjetiva de miedo, desesperanza u horror intenso. Esta eliminación acoge los datos de los estudios que explican que existe un amplio espectro de reacciones emocionales ante un hecho altamente estresante (p. ej., culpa, vergüenza, ira) y, además, que sus respuestas pueden ser tanto emocionales como cognitivas y motoras.

En segundo lugar, en la nueva edición se incluyen, criterio un nuevo criterio diagnóstico, un grupo de alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo que son muy similares a las de los trastornos depresivos y que se agrupan con otras alteraciones cognitivas y emocionales que antes, en el DSM-IV (y en el DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2002), estaban incluidas junto con los síntomas de evitación.

**Tabla 5. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de estrés postraumático**

**Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de estrés postraumático (American Psychiatric Association, 2013/2014)**

A. Exposición real o amenaza de muerte, daño físico grave o violencia sexual en una (o más) de las siguientes maneras:

1. Experimentar directamente el acontecimiento o acontecimientos traumáticos.
2. Ser testigo, en persona, del acontecimiento o acontecimientos ocurridos a otros.
3. Tener conocimiento de que el acontecimiento o acontecimientos le han ocurrido a un familiar cercano o amigo íntimo. En casos de muerte real o amenaza de muerte de un miembro de la familia o de un amigo, el acontecimiento o acontecimientos deben haber sido violentos o accidentales.
4. Experimentar exposiciones repetidas o extremas a los detalles aversivos del acontecimiento o acontecimientos traumáticos (p. ej., personal de emergencias que recoge restos humanos; policías expuestos repetidamente a detalles de abuso infantil)

Nota: Este criterio A4 no se aplica a la exposición por medios electrónicos, TV, películas o fotografías, salvo que esté relacionada con su trabajo.

---

**Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de estrés postraumático (American Psychiatric Association, 2013/2014)**

---

B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas intrusivos que están asociados con el acontecimiento o acontecimientos traumáticos y que se iniciaron después de que el acontecimiento o acontecimientos traumáticos ocurrieran:

1. Recuerdos intrusivos, involuntarios, recurrentes y que provocan malestar psicológico sobre el acontecimiento o acontecimientos traumáticos.
2. Sueños recurrentes que provocan malestar psicológico en los que el contenido o el afecto del sueño están relacionados con el acontecimiento o acontecimientos traumáticos.
3. Reacciones disociativas (p. ej., *flashbacks*) en las que el individuo se siente o actúa como si el acontecimiento o los acontecimientos traumáticos estuviesen ocurriendo otra vez. (Estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, en el que la expresión más extrema es una pérdida completa de la conciencia del entorno).
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento o acontecimientos traumáticos.
5. Reacciones fisiológicas intensas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento o acontecimientos traumáticos.

---

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

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

**Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de estrés postraumático (American Psychiatric Association, 2013/2014)**

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

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

E. Alteraciones fuertes en la activación y la reactividad que están asociados con el acontecimiento o acontecimientos traumáticos, que comienzan o empeoran después de que el acontecimiento o acontecimientos traumáticos ocurrieran, tal y como indican dos (o más) de las siguientes alteraciones:

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

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

G. Estas alteraciones causan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento.

## **Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de estrés postraumático (American Psychiatric Association, 2013/2014)**

H. Las alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicación, alcohol) o a otra condición médica.

---

Como puede observarse en la tabla 5, el criterio de síntomas de evitación del DSM-5 mantiene los síntomas de evitación ya presentes en el DSM-IV, tanto los síntomas de evitación de pensamientos, sensaciones y recuerdos como de evitación de personas, lugares o actividades que recuerden el suceso traumático. Sin embargo, los síntomas de incapacidad para recordar partes importantes de lo ocurrido, el desinterés, el desapego, la restricción afectiva o la sensación de futuro desolador, que antes formaban parte del criterio de evitación, se incluyen ahora en esa nueva agrupación sintomática denominada alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo (véase la tabla 5).

En esta nueva categoría, además, se incluyen nuevos síntomas relacionados con la existencia de creencias negativas persistentes y exageradas acerca de sí mismo, los demás o el mundo, y con la existencia de cogniciones persistentes y distorsionadas sobre la causa o las consecuencias del evento traumático que llevan a la persona a culparse a sí misma o a otros. Estas creencias, obviamente, son similares a la tríada cognitiva negativa que Beck et al. (1979/1983) proponen como clave para el origen de la depresión, ya que, tal y como se explicó líneas atrás, desde la teoría cognitiva de Beck se supone que la depresión sería el resultado de la activación de las actitudes disfuncionales depresivas que permanecen latentes hasta que un estresor las activa (Beck et al., 1979/1983; Sanz y Vázquez, 2008).

De hecho, una comparación entre los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TEPT y para el TDM muestran claramente ese solapamiento de síntomas cognitivos y emocionales entre los dos trastornos según la definición diagnóstica que de ambos asume el DSM-5. Esta comparación puede verse en la tabla 6, en la cual se presentan los síntomas específicos y comunes de ambos trastornos en función de sus criterios diagnósticos sintomáticos en el DSM-5.

En resumen, la presencia de sintomatología depresiva cognitiva dentro del diagnóstico de TEPT pone de relieve la importancia de examinar el papel de las actitudes disfuncionales depresivas entre los factores causales que podrían estar en el origen, mantenimiento y exacerbación de los síntomas que definen ambos trastornos, TEPT y TDM, y que pueden estar presentes en las víctimas del terrorismo, así como en las víctimas de otros acontecimientos traumáticos.

**Tabla 6. Solapamiento de síntomas entre los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor (TDM) y los del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el DSM-5**

Síntomas específicos del TDM	Síntomas comunes del TDM y el TEPT	Síntomas específicos del TEPT
Pérdida o aumento de peso o apetito	Estado de ánimo deprimido o irritable	Síntomas de intrusión
Fatiga o pérdida de energía	Disminución del interés o de la capacidad para las emociones positivas	Sensación de desapego de los demás
Hipersomnia	Insomnio	Amnesia
Indecisión	Problemas de concentración	Despersonalización o desrealización
Enlentecimiento psicomotor	Agitación o inquietud psicomotora	Hipervigilancia
Pensamientos de muerte o suicidio o intentos de suicidio	Sentimientos de inutilidad excesivos	Conductas autodestructivas y temerarias
	Sentimientos de culpa excesivos	Respuestas exageradas de sobresalto
		Síntomas de evitación



## **ESTUDIO EMPÍRICO**



**CAPÍTULO 6:  
OBJETIVOS E HIPÓTESIS**



## **6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **6.1. Objetivos**

Como se ha expuesto en los capítulos introductorios, los datos referentes al terrorismo (p. ej., START 2019), tanto a lo largo de los años como los más recientes, indican cómo el problema del terrorismo y, por consiguiente, sus consecuencias tanto sociales, económicas, sanitarias, jurídicas, políticas como las distintas consecuencias psicopatológicas que nos ocupan en la presente tesis doctoral, lo sitúan como uno de los problemas de mayor gravedad del siglo XXI.

Tal como se indica en el capítulo 4, el estudio de las consecuencias psicopatológicas del terrorismo en sus víctimas no tomó protagonismo científico hasta después de los atentados del 11-S en 2001 en Nueva York y Washington, DC, ya que hasta esta fecha se contaba con numerosas publicaciones sobre los efectos psicopatológicos de acontecimientos traumáticos tales como violaciones, accidentes de tráfico o desastres naturales, entre otros, pero no específicamente con estudios empíricos sobre las repercusiones psicopatológicas del terrorismo.

Los datos que aporta esta literatura científica señalan que las consecuencias psicopatológicas no solo se centran en las personas que han sido víctimas directas del acto terrorista, sino también en las víctimas indirectas como los familiares y allegados de esas víctimas directas, el personal que ha intervenido en socorrer y ayudar a las víctimas e, incluso, la población general de la zona afectada por el atentado. Como indica también esa literatura empírica, el trastorno mental más prevalente en las víctimas directas e indirectas de los atentados terroristas es el TEPT (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2010, 2015; Gutiérrez Camacho, 2016), pero, del mismo modo, los trastornos depresivos constituyen un trastorno muy frecuente en las víctimas directas o indirectas, pudiendo aparecer tanto de manera aislada como comórbida con el TEPT (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2010, 2017; Salguero et al., 2011; Gutiérrez Camacho, 2016).

Como se sabe, la depresión es uno de los problemas psicológicos más prevalentes en la población normal, ya que, por ejemplo, alrededor de un 4% de la población española sufre este tipo de trastorno (Haro et al., 2006), pero en las víctimas directas o indirectas del terrorismo esa frecuencia de los trastornos depresivos se multiplica por cuatro o más (García-Vera y Sanz, 2016).

De esta radiografía sobre las consecuencias psicopatológicas explicada en el capítulo 5, nace la necesidad de contar con tratamientos eficaces y efectivos para tratar los trastornos mentales en las víctimas del terrorismo y, en particular, los trastornos depresivos. Los resultados de los recientes estudios de eficacia y efectividad realizados, respectivamente, por Gesteira Santos (2016; Gesteira, García-Vera y Sanz, 2018) y Moreno Pérez (2016; Moreno et al., 2019), así como los resultados de la escasa, pero consistente, literatura científica sobre el tema (García-Vera et al., 2015), señalan que la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma debe considerarse la terapia de elección para las víctimas del terrorismo que sufren TEPT y otros trastornos emocionales como los trastornos depresivos, bien de manera aislada o comórbida, ya que dicha terapia psicológica es el único tratamiento (psicológico o farmacológico) que ha mostrado consistentemente efectos positivos y superiores respecto a grupos de control (estudios de eficacia) así como efectos positivos en la práctica clínica (estudio de efectividad) en las víctimas del terrorismo.

En esta línea de tratamiento, y como se recoge en el capítulo 5, una de las terapias que más investigación ha generado y que más se ha utilizado en el ámbito clínico, y que, además, cuenta con un amplio aval empírico, es la terapia cognitiva o terapia cognitivo-conductual de la depresión de Aaron Beck. Para Beck, el origen y mantenimiento de los síntomas depresivos se explican por la activación de las actitudes y creencias disfuncionales, las cuales son relativamente estables y se mantienen latentes hasta que ante una situación se activan, y provocan que la persona interprete esa situación como negativa y que presente errores y sesgos negativos en el procesamiento cognitivo de la información interna y externa que tienen como producto la llamada triada cognitiva (una visión negativa del mundo, de uno mismo y del futuro), la cual sería la causa próxima de los síntomas depresivos.

Por otro lado, también se ha señalado en los capítulos anteriores, que la obvia comorbilidad entre TEPT y TDM que aparece en muchas víctimas del terrorismo y, en general, en muchas víctimas de acontecimientos traumáticos, se ha visto reforzada en la nueva edición del DSM, el DSM-5, ya que este incluye, entre los criterios diagnósticos para el TEPT, ciertos síntomas cognitivos en forma de creencias persistentes sobre uno mismo, los demás, el mundo o la culpa que son muy similares, sino iguales, que la llamada triada cognitiva característica de los pacientes depresivos, por lo que, los nuevos criterios diagnósticos del DSM-5 para el TEPT, permitirían suponer que las actitudes disfuncionales depresivas, que son el factor de

vulnerabilidad cognitiva que conduce a esa tríada cognitiva negativa, pueden desempeñar un papel importante en los síntomas emocionales que sufren las víctimas de acontecimientos traumáticos como, por ejemplo, las víctimas de atentados terroristas, en especial en sus síntomas depresivos, pero quizá también en sus síntomas de estrés postraumático.

En este contexto, los objetivos principales del presente proyecto doctoral son analizar, mediante un diseño pre-post de un grupo y mediante un diseño pre-post de dos grupos con grupo de control no aleatorizado de lista de espera (diseño cuasiexperimental; Montero y León, 2007), si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) que, por definición, incluye, como cualquier terapia cognitivo-conductual, técnicas para combatir las actitudes disfuncionales (p. ej., técnicas de reestructuración cognitiva), cambia en sentido positivo las actitudes o creencias disfuncionales depresivas en víctimas de atentados terroristas que sufren trastornos emocionales (trastornos depresivos, TEPT o trastornos de ansiedad), y si esos cambios están relacionados con las reducciones postratamiento en los niveles de sintomatología depresiva y desempeñan un papel mediador en los efectos beneficiosos del tratamiento sobre la sintomatología depresiva.

Para alcanzar esos objetivos, se aplicó la TCC-CT a un grupo de víctimas directas e indirectas del terrorismo que sufrían trastornos emocionales (grupo de tratamiento) y se analizarán, por un lado, sus resultados en las medidas pre y postratamiento de sintomatología depresiva y en las medidas pre y postratamiento de actitudes disfuncionales depresivas, y, por otro lado, tales resultados se compararán con los resultados obtenidos por otro grupo de víctimas directas e indirectas del terrorismo con trastornos emocionales que fue obtenido de la misma población y que participó en un estudio experimental previo (Gesteira Santos, 2016; Gesteira et al., 2018) formando su grupo de control de lista de espera (grupo de control), de manera que en este grupo de control se obtuvieron medidas en dos momentos separados por la misma duración de la TCC-TC aplicada al grupo de tratamiento del presente estudio.

## **6.2. Hipótesis**

Teniendo en cuenta esos objetivos generales y los diseños mencionados (pre-post de un grupo y cuasiexperimental de dos grupos), las hipótesis de este estudio fueron las siguientes:

### **Hipótesis 1:**

El grupo de tratamiento obtendrá en el postratamiento puntuaciones en la medida de las actitudes disfuncionales depresivas (DAS-R: actitudes disfuncionales dependencia, actitudes disfuncionales de perfeccionismo y medida global de actitudes disfuncionales depresivas) significativamente menores que en el pretratamiento.

### **Hipótesis 2:**

La reducción pre-postratamiento en las puntuaciones de la medida de actitudes disfuncionales depresivas será significativamente mayor en el grupo de tratamiento que en el grupo de control.

### **Hipótesis 3:**

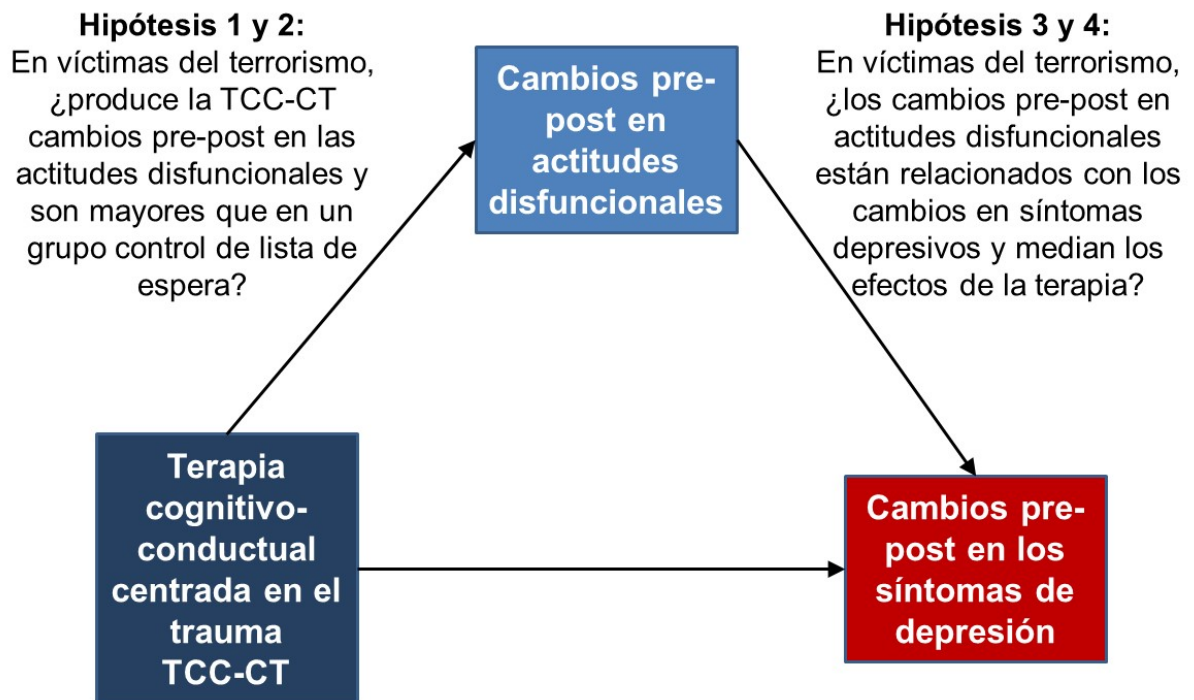
Las reducciones pre-postratamiento en las actitudes disfuncionales depresivas estarán relacionadas significativamente con la reducción pre-postratamiento en la sintomatología depresiva (BDI-II).

### **Hipótesis 4:**

Las reducciones pre-postratamiento en las actitudes disfuncionales depresivas mediarán los efectos del tratamiento sobre las reducciones pre-postratamiento en la sintomatología depresiva.

En la figura 8, se han representado gráficamente las cuatro hipótesis principales del presente estudio empírico.

Figura 8. Diagrama de las hipótesis del estudio empírico





## **CAPÍTULO 7: MÉTODO Y PARTICIPANTES**



## 7. MÉTODO

### 7.1 Participantes

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio realizado en colaboración con la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT) y la Universidad Complutense de Madrid y cuyos objetivos se han centrado en conocer las consecuencias psicopatológicas en víctimas del terrorismo, específicamente, la prevalencia de trastornos emocionales a muy largo plazo (véase Gutiérrez Camacho, 2016; Zapardiel, 2016), y la efectividad y eficacia de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT) en las víctimas que sufran dichos trastornos como consecuencia de los atentados terroristas (véase Gesteira Santos, 2016; Gesteira et al., 2018; Moreno Pérez, 2016; Moreno et al., 2019).

Dicho proyecto se organizó en dos fases explicadas en la figura 9. La primera, correspondiente a la evaluación, incluía la realización de una entrevista telefónica de cribado (*screening*), tras la cual se informaba a la persona de la posible realización de una segunda entrevista presencial de tipo diagnóstico, para lo cual el equipo de psicólogos del proyecto se desplazaría a la comunidad autónoma donde residía dicha persona. Respecto a la segunda fase, la de tratamiento, a las víctimas que, tras la entrevista diagnóstica presencial, recibían un diagnóstico de TEPT, trastorno depresivo o trastorno de ansiedad relacionado con los atentados que habían sufrido, se les ofreció la posibilidad de recibir gratuitamente la TCC-CT.

Para participar en el proyecto de investigación más amplio en el que se encuadra la presente tesis doctoral, se informó a las víctimas asociadas a la AVT de la puesta en marcha del proyecto de seguimiento y tratamiento psicológico mediante el envío de una carta y la publicación de toda la información y características del proyecto en la revista oficial de la AVT. Del mismo modo, cualquier persona afectada por el terrorismo asociada a la AVT y que requiriera asistencia psicológica, podía solicitar su participación. La participación en el proyecto era, lógicamente, voluntaria y de cada participante se obtuvo su consentimiento expreso tanto verbalmente, durante la entrevista telefónica, como por escrito, durante la entrevista presencial y durante el tratamiento.

Respecto a los criterios inclusión que debían presentar todas las personas relacionadas con la AVT para participar en el proyecto de investigación fueron los siguientes:

- Ser mayor de 18 años.
- Ser víctima directa o indirecta de un atentado terrorista.
- Haber recibido un diagnóstico DSM-IV según una entrevista diagnóstica de trastorno depresivo, TEPT o trastorno de ansiedad relacionado con la vivencia de un atentado terrorista.

Respecto a los criterios de exclusión del proyecto, estos fueron los siguientes:

- Presentar únicamente trastornos mentales no relacionados con el atentado.
- Rechazar la participación en el tratamiento.
- Estar siguiendo en el momento de la evaluación una terapia psicológica centrada en el trauma.
- Sufrir una patología o condición mental o física que imposibilitara el tratamiento o estuviera contraindicada (p. ej., trastorno orgánico cerebral, trastorno mental debido a los efectos directos de alguna sustancia o de una enfermedad médica, síndrome de abstinencia, abuso o dependencia de sustancias en el último año, retraso mental, deterioro cognitivo o sensorial grave, autismo u otro trastorno del desarrollo, esquizofrenia, otro trastorno psicótico, trastorno bipolar, riesgo grave de suicidio, amnesia disociativa grave).

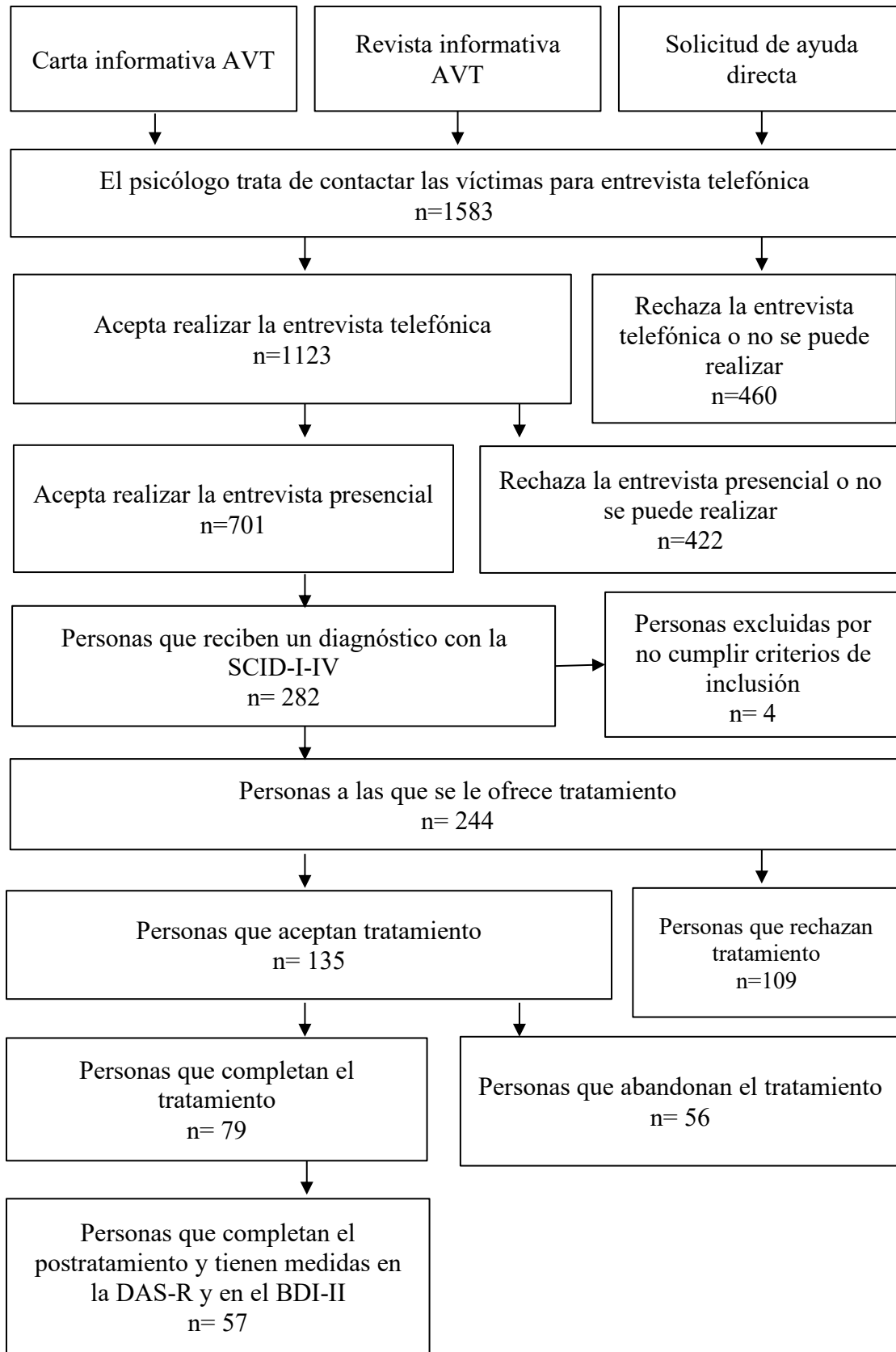
Para la realización del presente estudio se intentó contactar telefónicamente con una muestra de 1.583 víctimas pertenecientes a la AVT de las comunidades autónomas de Madrid, Galicia, Asturias, País Vasco, Andalucía, Navarra, La Rioja y Castilla-La Mancha, Asturias y Cantabria. De la muestra inicial de 1.583 víctimas, fue posible localizar y voluntariamente aceptaron participar en la entrevista telefónica de cribado un total de 1123 víctimas. A todas ellas, se les invitó a realizar una entrevista clínica presencial de diagnóstico y 701 realizaron finalmente dicha entrevista, de las cuales, 282 recibieron un diagnóstico de TEPT, de trastorno de ansiedad o de trastorno depresivo según los criterios del DSM-IV. De estas 282 víctimas, cuatro fueron excluidas del presente estudio y remitidas a otros recursos asistenciales por no cumplir los criterios de inclusión o por cumplir los criterios de exclusión anteriormente citados. De las 278 víctimas restantes con diagnóstico de trastorno emocional relacionado con un atentado terrorista, se pudo ofrecer el tratamiento de TCC-CT a 244 víctimas, de las cuales, 135 aceptaron empezar la terapia y 109 la rechazaron. De las 135 víctimas que comenzaron el

tratamiento, 78 de ellas completaron el tratamiento y 59 de ellas lo abandonaron (véase la figura 9). Respecto al postratamiento, 57 de las 78 víctimas que completaron el tratamiento contaban con las medidas de actitudes y creencias disfuncionales pretratamiento y postratamiento y con las medidas de síntomas depresivos pretratamiento y postratamiento, las cuales respondían a los objetivos principales del presente trabajo.

Por lo tanto, la muestra final del presente estudio se compone de un total de 57 víctimas, tanto directas como indirectas, que habían completado todas las fases de evaluación: entrevista telefónica, entrevista presencial donde recibieron un diagnóstico según los criterios diagnósticos del DSM-IV de TEPT, trastorno depresivo o de ansiedad, además de la fase de tratamiento. Es así, que el estudio se basa en 57 víctimas que tenían cumplimentados todos los datos en las distintas fases mencionadas y que no habían sido excluidos por los criterios anteriormente mencionados.

Respecto a las características sociodemográficas y clínicas de la muestra final, las cuales se presentan en la tabla 7, cabría destacar que la media de edad fue de 52,98 años ( $DT = 12,33$ ) y que el 49,1% eran varones, el 61,4% habían sido heridos en un atentado terrorista, más de la mitad estaban casados o conviviendo con pareja estable (64,8%), un 73,7% tenían hijos y un 24,1% tenían estudios de bachillerato o secundarios mientras que un 33,4% contaba con estudios superiores (licenciatura, diplomatura o máster universitario). Con respecto a su situación laboral, el 55,6% no trabajaba. La media de años que había transcurrido desde el atentado hasta la fecha de la evaluación fue 19,77 ( $DT = 10,66$ ). Un 71,11% de los participantes manifestó haber presentado incapacidad para trabajar por las consecuencias del atentado y un 54,29% informó que las consecuencias de dicha incapacidad fueron psicológicas, el 59,09% informó que había recibido ayuda psicológica y un 71,11% que había recibido terapia farmacológica.

Figura 9. Diagrama de flujo de participantes y procedimiento de la primera fase de este estudio



**Tabla 7. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que completaron la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma**

Características	Casos completos (N=57)
Edad media en años (DT)	52,98 (12,33)
Sexo (% de varones)	49,1%
Estado civil	
(% de casados o conviviendo con pareja estable)	64,8%
(% de separados o divorciados)	3,7%
(% de viudos)	5,6%
(% de solteros)	25,9%
Estudios	
(% sin estudio)	1,9%
(% con estudios primarios)	13,0%
(% con estudios de bachillerato o secundarios)	24,1%
(% con estudios de formación profesional)	27,8%
(% con estudios universitarios)	33,4%
Hijos (% con hijos)	73,7%
Trabaja actualidad (% que no trabaja)	55,6%
Media de años transcurridos desde el atentado (DT)	19,77 (10,66)
Tipo de víctima	
(% de heridos)	61,40%
(% de familiares de fallecidos o heridos)	38,60%
Incapacidad para trabajar por el atentado (% de sí)	71,11%
Incapacidad por motivos psicológicos (% de sí)	54,29%
Ayuda psicológica por atentado (% de sí)	59,09%
Ayuda farmacológica por atentado (% de sí)	71,11%
Diagnóstico (%)	
- Trastorno depresivo	52,63 %
- TEPT	52,64%
- TEPT + trastorno depresivo	36,84 %

Características	Casos completos (N=57)
- Trastorno de angustia	14,04 %
Media de actitudes y creencias disfuncionales (DT) (DAS-R)	49,26 (19,00)
Media de síntomas depresivos (DT) (BDI-II)	21 (13,94)
Media de síntomas de estrés postraumático (DT) (PCL-S)	43,24 (14,63)

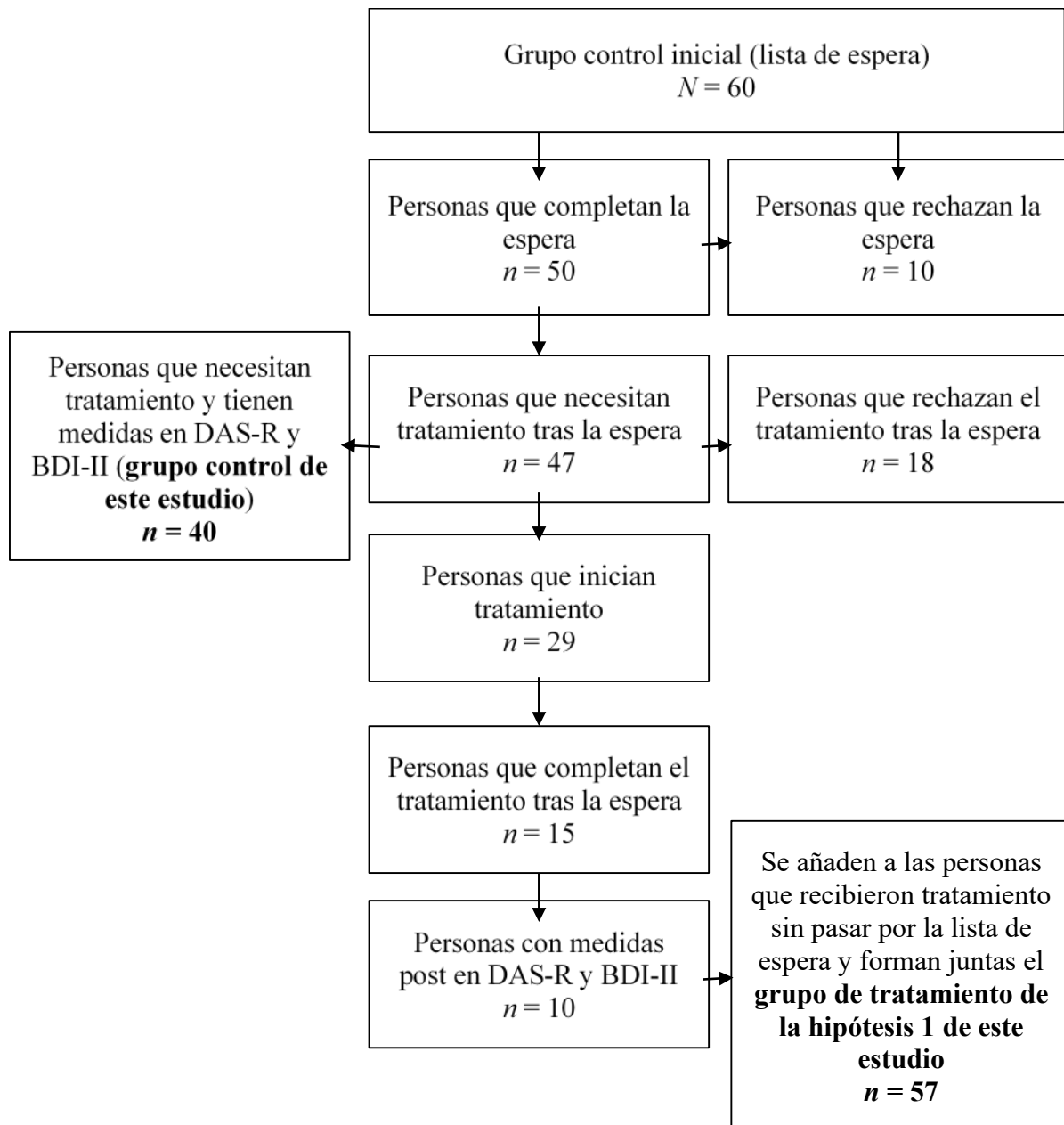
En la evaluación diagnóstica, dos de los trastornos más prevalentes fueron el trastorno depresivo, con un 52,64%, y el TEPT, con un 52,63%, tanto de manera aislada o comórbida entre sí o con otros trastornos emocionales; de hecho, un 36,84% de las víctimas presentaban simultáneamente TEPT y trastorno depresivo. Finalmente, en relación con otros trastornos emocionales, cabría destacar que un 14,04% recibió un diagnóstico de trastorno de angustia o pánico.

Las puntuaciones medias obtenidas durante la evaluación presencial en la medida global de actitudes y creencias disfuncionales depresivas fue de 49,26 ( $DT = 19,00$ ; puntuación total en la DAS-R, versión breve elaborada por de Graaf, Roelofs y Huibers, 2009, de la DAS-A de Weissman y Beck, 1978, en su adaptación española de Ruiz et al., 2015, basada en la adaptación española de la DAS-A de Sanz y Vázquez, 1993), en la medida de sintomatología depresiva fue de 21 ( $DT = 13,94$ ; puntuación total del Beck Depression Inventory-II o BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996, en su adaptación española: Beck, Steer y Brown, 2011) y en la medida de sintomatología de estrés postraumático fue de 43,24 ( $DT = 14,63$ ; puntuación total de la PTSD Checklist o PCL-S; Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993, en su adaptación española: Vázquez et al., 2006).

Por otro lado, respecto el grupo de control del presente estudio, este fue el grupo de control de lista de espera utilizado por otro miembro de nuestro equipo de investigación en un estudio experimental previo (Gesteira Santos, 2016; Gesteira et al., 2018). Este grupo fue utilizado también en el presente estudio porque fue obtenido de la misma población que el grupo de tratamiento y sus medidas antes y después de la lista de espera se ajustaban a la duración de la TCC-CT aplicada a las víctimas del grupo de tratamiento del presente estudio. Por tanto, el grupo de control de este estudio era un grupo cuasiexperimental por conveniencia

que estaba compuesto por 40 víctimas con medidas pre y postratamiento en las medidas de interés de este estudio (véase la figura 10).

**Figura 10. Diagrama de flujo de participantes y procedimiento del grupo de control que participó en este estudio**



Respecto a las características sociodemográficas de este grupo de control, las cuales se presentan en la tabla 8, cabría destacar que la media de edad fue de 49,88 años ( $DT = 13,05$ ) y que el 29,9% eran varones, el 53,7% habían sido heridos en un atentado, más de la mitad estaban casados o convivían con una pareja de manera estable (57,4%), un 75,6% tenían hijos y un 24,4% tenían estudios de bachillerato o secundaria mientras que un 34,3% contaba con estudios superiores (licenciatura, diplomatura o máster universitario). Respecto a su situación laboral, el 23,8% no trabajaba.

En el grupo control, la media de años que había transcurrido desde el atentado hasta la fecha de la evaluación era una media de 19,53 ( $DT = 10,66$ ), un 38,4% manifestó haber presentado incapacidad para trabajar por las consecuencias del atentado, el 31% había recibido ayuda psicológica y un 39,4% había recibido tratamiento farmacológico. En la evaluación diagnóstica, dos de los trastornos más prevalentes fueron el trastorno depresivo mayor, con un 21,4%, y el TEPT, con un 26,2%, y un 8,3% tenía un trastorno de angustia. Durante la evaluación presencial, las puntuaciones medias del grupo control en la medida global de actitudes disfuncionales depresivas (DAS-R) fue de 45,55 ( $DT = 20,6$ ), en la de sintomatología depresiva fue de 17,9 ( $DT = 12,16$ ) y en la sintomatología de estrés postraumático (PCL-S) fue de 40,33 ( $DT = 13,94$ ).

**Tabla 8. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes del grupo control**

Características	Casos completos del grupo control ( $n = 40$ )
Edad en años: media ( $DT$ )	49,88 (13,05)
Sexo (% de varones)	29,9%
Estado civil	
(% de casados o convivencia estable con pareja)	57,4%
(% de separados o divorciados)	9,8%
(% de viudos)	14,6%
(% de solteros)	17,1%

<b>Características</b>	<b>Casos completos del grupo control (n = 40)</b>
Estudios	
(% de primarios)	17,1%
(% de bachillerato y secundarios)	24,4%
(% de formación profesional)	24,4%
(% de estudios universitarios)	34,2%
Hijos (% con hijos)	75,6%
Trabaja actualidad (% no)	23,8%
Años transcurridos desde el atentado: media ( <i>DT</i> )	19,53 (11,79)
Tipo de víctima	
(% de heridos)	53,7%
(% de familiares de fallecidos o heridos)	46,3%
Incapacidad para trabajar por el atentado (% de sí)	38,4%
Ayuda psicológica por atentado (% de sí)	31%
Ayuda farmacológica por atentado (% de sí)	39,4%
Diagnóstico (%)	
- Trastorno depresivo	21,4%
- TEPT	26,2%
- Trastorno de angustia	8,3%
Actitudes y creencias disfuncionales (DAS-R): media ( <i>DT</i> )	45,55 (20,60)
Síntomas depresivos (BDI-II): media ( <i>DT</i> )	17,95 (12,16)
Síntomas de estrés postraumático (PCL-S): media ( <i>DT</i> )	40,33 (13,94)

Los tamaños muestrales de los dos grupos de víctimas examinados en el presente estudio,  $n = 57$  y  $n = 40$ , para los grupos de tratamiento y de control, respectivamente, eran, en función de la literatura empírica previa, suficientes para realizar con una adecuada potencia estadística (0,80 o 80%) los análisis sobre los efectos pre-post en las actitudes disfuncionales depresiva en el grupo de tratamiento y los análisis sobre el papel mediador de tales reducciones en la disminución de la sintomatología depresiva en el postratamiento, aunque quedaba ligeramente por debajo de la potencia estadística habitual en el caso de las diferencias entre el

grupo de tratamiento y el grupo de control en las reducciones en las actitudes disfuncionales, ya que el grupo de tratamiento incluía víctimas del grupo de control a los que, tras terminar la lista de espera, se les ofreció el tratamiento (se les ofreció a todos) y aceptaron completarlo. Por tanto, estas víctimas no se incluyeron cuando se trataba de comparar el grupo de tratamiento con el grupo de control de lista de espera. Esto hizo que el grupo de tratamiento, para la comparación frente al grupo de control, tuviera tan solo 47 víctimas en lugar de 57. En el metaanálisis de Cristea et al. (2015) se estimó que el tamaño del efecto de la terapia cognitivo-conductual sobre las actitudes disfuncionales es medio ( $g = 0,50$ ) y dicho efecto fue calculado comparando las diferencias en el postratamiento entre grupos de terapia y grupos de control en estudios experimentales. Por tanto, teniendo en cuenta el nivel estándar de protección del error tipo I (0,05), con una muestra de 47 víctimas en el grupo de tratamiento y 40 en el grupo de control era posible obtener una diferencia estadísticamente significativa de tamaño medio ( $g = 0,50$ ) con una potencia estadística de 0,75, es decir, con un 75% de posibilidad de éxito, según los cálculos realizados a partir del programa G\*Power, versión 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang y Buchner, 2007), es decir, ligeramente por debajo del estándar de 0,80. En cambio, teniendo en cuenta que el anterior tamaño del efecto se obtuvo comparando las diferencias en el postratamiento entre un grupo de tratamiento y un grupo de control, dicho tamaño del efecto es una estimación muy conservadora de los efectos que se pueden encontrar en las diferencias pre-post del grupo de tratamiento y, por tanto, una muestra de 57 víctimas permitirá obtener, con un nivel de protección del error tipo I de 0,05, una diferencia estadísticamente significativa de ese tamaño ( $g = 0,50$ ) entre el pretratamiento y el postratamiento con una potencia estadística de 0,98, es decir, con un 98% de posibilidad de éxito, según los cálculos realizados a partir del programa G\*Power. De hecho, en un metaanálisis de estudios de efectividad o utilidad clínica de la terapia cognitivo-conductual para la depresión, se encontró una diferencia pre-post en medidas de cogniciones disfunciones de un tamaño del efecto de  $d = 0,79$  (Hans y Hiller, 2013), por lo que esa estimación de un tamaño del efecto de  $g = 0,50$  era, efectivamente, muy conservadora y, por tanto, la potencia estadística de diseño pre-post del presente estudio tenía, *a priori*, una potencia estadística superior a 0.98.

Por otro lado, se compararon el grupo de tratamiento ( $n = 47$ ) y el grupo de control ( $n = 40$ ) en cuanto a sus características sociodemográficas y clínicas mediante la realización de pruebas  $\chi^2$  o pruebas  $t$  de Student para medidas independientes. Los resultados de estas pruebas, que se recogen en la tabla 8, revelaron que ambos grupos de víctimas no diferían

significativamente en ninguna de las características sociodemográficas o clínicas examinadas (todas las pruebas con  $p < ,05$ ).

**Tabla 9. Comparación de las características sociodemográficas y clínicas entre el grupo de tratamiento y el grupo control**

Características	Grupo control (n = 40)	Grupo tratamiento (n = 47)	p de t o $\chi^2$
Edad en años: media (DT)	49,88 (13,05)	52,30 (12,19)	0,381
Sexo (% de varones)	29,9%	48,9%	0,190
Estado civil			0,438
(% de casados o convivencia estable)	57,4%	59,0%	
(% de separados o divorciados)	9,8%	4,5%	
(% de viudos)	14,6%	6,8%	
(% de solteros)	17,1%	29,5%	
Estudios			0,960
(% de primarios)	17,1%	13,6%	
(% de bachillerato y secundarios)	24,4%	25,0%	
(% de formación profesional)	24,4%	22,7%	
(% de estudios universitarios)	34,2%	9,1%	
Hijos (% con hijos)	75,6%	77,3%	0,807
Trabaja actualidad (% no)	23,8%	28,6%	0,677
Años transcurridos desde el atentado: media (DT)	19,53 (11,79)	19,62 (11,16)	0,973
Tipo de víctima			0,736
(% de heridos)	53,7%	59,6%	
(% de familiares de fallecidos o heridos)	46,3%	40,4%	
Incapacidad para trabaja por el atentado (% de sí)	38,4%	37%	0,244
Ayuda psicológica por atentado (% de sí)	31%	29,6%	0,843
Ayuda farmacológica por atentado (% de sí)	39,4%	35,2%	0,835
Diagnóstico (%)			
- Trastorno depresivo	21,4%	29,8%	0,279

Características	Grupo control (n = 40)	Grupo tratamiento (n = 47)	p de t o $\chi^2$
- TEPT	26,2%	29,8%	0,867
- Trastorno de angustia	8,3%	8,3%	0,845
Actitudes y creencias disfuncionales (DAS-R): media (DT)	45,55 (20,60)	50,06 (17,49)	0,272
Síntomas depresivos (BDI-II): media (DT)	17,95 (12,16)	23,34 (14,23)	0,067
Síntomas de estrés postraumático (PCL-S): media (DT)	40,33(13,94)	43,24(14,63)	0,385

## 7.2. Variables e instrumentos

Para llevar a cabo el estudio se utilizaron los instrumentos que se detallan a continuación y que fueron aplicados durante la fase de evaluación psicológica presencial.

***Entrevista semiestructurada sobre características sociodemográficas y clínicas de las víctimas y características de los atentados y sus consecuencias.*** Esta es una entrevista creada *ad hoc* basada en el módulo general de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders, Clinician Version, o SCID-I-VC; First, et al., 1996), en su traducción española (First, Spitzer, Gibbon y William, 1999), y en la entrevista sobre el trauma de Foa, Hembree y Rothbaum (2007). Esta entrevista se administró en el pretratamiento.

***Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica*** (SCID-I; First et al., 1997; traducción española de First et al., 1999). La SCID-I evalúa la presencia de trastornos psicológicos según el DSM-IV. En el presente estudio se aplicaron los módulos A (episodios afectivos) y módulos F (ansiedad y otros trastornos). Se administró tanto en el pretatamiento como en el postratamiento.

***Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A*** (DAS-A; Weissman y Beck, 1978; adaptación española de Sanz y Vázquez, 1993, 1994). La DAS-A es una escala diseñada para medir las actitudes y creencias disfuncionales depresivas que propone la teoría cognitiva de la depresión

de Aaron Beck. Se compone de 40 ítems que se valoran con escalas tipo Likert de 7 puntos (7 = totalmente de acuerdo; 1 = totalmente en desacuerdo). La DAS-A es uno de los instrumentos más utilizados para examinar los factores cognitivos mediadores de los beneficios terapéuticos de la terapia cognitivo-conductual para la depresión (Moore, Fresco, Segal y Brown, 2014) y, en general, ha demostrado buenas propiedades psicométricas (Moore et al., 2014; Sanz y Vázquez, 1993). La adaptación española de la DAS-A muestra también índices de fiabilidad y validez aceptables en muestras de la población española (Sanz y Vázquez, 1993).

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

A una parte de la muestra del presente estudio se le aplicó la DAS-A (40 ítems) y a la otra parte, la DAS-R (17 ítems de los 40 ítems de la DAS-A), aunque todos los participantes completaron el instrumento que se les aplicó en el pretratamiento y en el postratamiento. Debido a esta diferencia en las versiones de la DAS-A aplicada, finalmente, para los análisis estadísticos del presente estudio, tan solo se utilizó la DAS-R, obteniéndose, en el caso de los participantes que habían completado la DAS-A, las puntuaciones correspondientes a los ítems de la DAS-R y calculándose las puntuaciones de la escala global de la DAS-R y de sus subescalas de perfeccionismo y de dependencia según el procedimiento propuesto por los propios autores de la DAS-R (de Graaf et al., 2009).

***Lista de Verificación del Trastorno por estrés Postraumático, versión específica*** (PCL-S; Weathers et al. 1993). Para este estudio se administró la versión española adaptada por Vázquez

et al. (2006) para víctimas de atentados terroristas. Esta escala está formada por 17 ítems creados para evaluar la presencia de síntomas de estrés postraumático según el DSM-IV. La gravedad de los síntomas se valora mediante escalas de tipo Likert de 5 puntos que piden a la persona evaluada que valore el grado en que tales síntomas le han afectado en el último mes, desde “nada en absoluto” (1) a “extremadamente” (5). Existen numerosos estudios cuyos resultados indican que la PCL-S muestra 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). La PCL-S se administró tanto en el pretratamiento como en el postratamiento.

***Inventario de Depresión de Beck-II*** (BDI-II; Beck et al., 1996), en su adaptación española de J. Sanz y C. Vazquez (Beck et al., 2011). El BDI-II está formado por 21 ítems que evalúan 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: < 10 puntos, mínima depresión, de 11 a 17 puntos, depresión leve; 18 a 29 puntos, depresión moderada y de 30 a 63 puntos, depresión grave. El BDI-II tiene índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Beck et al., 2011). La adaptación española ha mostrado también índices de fiabilidad y validez adecuados en muestras españolas de la población general y de pacientes con trastornos psicológicos (p. ej., *alfa* = entre ,87 y ,91; Sanz, 2013). Se administró tanto en el pretratamiento como en el postratamiento.

### **7.3. Procedimiento**

El procedimiento de investigación que se describe a continuación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Las víctimas del terrorismo que participaron en el estudio fueron informadas del proyecto y de la posibilidad de formar parte de él de manera voluntaria y gratuita, a través de una carta postal dirigida al domicilio familiar y a través de un artículo publicado en la revista trimestral de la AVT.

Tras el envío de esta información, se comenzó con la primera fase de la evaluación, una entrevista individual telefónica, donde se llamó a todos los asociados de la AVT. El consentimiento para realizar la entrevista telefónica fue verbal. En esta fase, de *screening*, se recogieron datos sociodemográficos y se aplicó la PCL-S, una versión abreviada del BDI-II y otros dos cuestionarios psicopatológicos.

La segunda fase de la evaluación se realizaba de manera presencial y se centraba en la administración de una entrevista clínica diagnóstica estructurada (SCID-I-VC), la DAS-A (o la DAS-R), el BDI-II y la PCL-S. El consentimiento para realizar la entrevista era de manera escrita antes de comenzar la sesión de evaluación. Tras la evaluación diagnóstica, a todos los participantes se les informaba de los resultados obtenidos de manera presencial o telefónica. Cuando un participante era diagnosticado de algún trastorno relacionado con el atentado (TEPT, trastorno depresivo o trastornos de ansiedad) se le ofreció la posibilidad de recibir tratamiento psicológico, nuevamente de carácter voluntario y gratuito.

La tercera fase se centraba en la administración de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT). Dicho tratamiento se basaba en una intervención multicomponente basada en la terapia de exposición prolongada de Foa y Rothbaum (1998; Foa, Hembree y Rothbaum, 2007), pero que incluía otras técnicas cognitivas y conductuales para el tratamiento de los trastornos emocionales. La terapia constaba de un total de 16 sesiones de tratamiento individual, con una sesión semanal, de 60-90 minutos. El número de sesiones podría ser ampliado si el terapeuta consideraba oportuno ampliarlas por la necesidad de cubrir eventualidades o crisis del paciente, y que eran necesarias para poder seguir con el ritmo y objetivos de la terapia. Respecto al protocolo de sesiones, todos los terapeutas contaban con un manual protocolizado del mismo. En la tabla 9 se describe los módulos y las sesiones de la TCC-CT aplicada en el presente estudio, así como sus objetivos terapéuticos.

La cuarta fase del proyecto corresponde con la evaluación postratamiento que también fue presencial y durante la cual se aplicó de nuevo la SCID-I-VC, la DAS-A (o la DAS-R), el BDI-II y la PCL-S.

Cabe destacar que, dado que el proyecto era de carácter nacional, los psicólogos investigadores se desplazaban a las distintas comunidades autónomas para la evaluación y tratamiento psicológico. El presente estudio se base en la evaluación y tratamiento de víctimas

de terrorismo que residían en: Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco, La Rioja, Castilla y León, Castilla La Mancha, Valencia, Madrid y Andalucía.

Todas las fases anteriormente mencionadas fueron realizadas por psicólogos generales sanitarios o por psicólogos con formación de posgrado en psicología clínica, todos ellos con formación específica en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos emocionales con víctimas del terrorismo. Se establecieron dos talleres de formación intensiva para la aplicación del manual de tratamiento de 20 horas cada uno y se realizaron supervisiones y sesiones clínicas de los casos semanalmente. Los tratamientos fueron realizados en la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM o en los despachos de la sede central de la AVT, en los casos llevados a cabo en Madrid, y en despachos gestionados por la AVT en las distintas comunidades autónomas a las que los psicólogos se desplazaban.

**Tabla 10. Módulos, sesiones, estrategias y técnicas terapéuticas de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma**

<b>Módulos</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Objetivos y técnicas</b>
<b>Módulo 1</b>	<b>Sesión 1</b>	Psicoeducación y normalización de las reacciones al trauma y el duelo.
	<b>Sesión 2</b>	Psicoeducación y entrenamiento en relajación muscular progresiva en 16 grupos. Planificación de actividades agradables. Introducción al modelo ABC. Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.
<b>Módulo 2</b>	<b>Sesión 3</b>	Identificación de situaciones a las que evita enfrentarse y a las que se ha enfrentado. Relajación muscular en 8 grupos y recorrido mental. Planificación de actividades agradables. Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.

<b>Módulos</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Objetivos y técnicas</b>
	<b>Sesión 4</b>	<p>Psicoeducación sobre la ansiedad y su mantenimiento.</p> <p>Construcción de la jerarquía de exposición.</p> <p>Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.</p>
<b>Módulo 3</b>	<b>Sesión 5</b>	<p>Introducción de la exposición como técnica que nos enfrenta a las emociones, al sufrimiento.</p> <p>Psicoeducación sobre emociones.</p> <p>Identificación de emociones.</p> <p>Entrenamiento en respiración lenta.</p> <p>Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.</p>
	<b>Sesión 6</b>	<p>Regulación emocional.</p> <p>Entrenamiento en respiración lenta.</p> <p>Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.</p>
<b>Módulo 4</b>	<b>Sesiones 7-9</b>	<p>Introducción al método de exposición en vivo.</p> <p>Exposición en sesión.</p> <p>Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.</p>
<b>Módulo 5</b>	<b>Sesiones 10-14</b>	<p>Introducción al método de exposición al relato.</p> <p>Exposición al relato, identificación de puntos calientes y nuevo significado.</p> <p>Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.</p>
<b>Módulo 6</b>	<b>Sesión 15</b>	<p>Prevención de recaídas.</p> <p>Introducción a las técnicas narrativas.</p> <p>Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.</p>

Módulos	Sesiones	Objetivos y técnicas
	<b>Sesión 16</b>	Narrativa de la nueva identidad.  Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva.

#### 7.4. Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos se realizarán con el programa estadístico SPSS v. 26.0 y en todos ellos se adoptó una  $p < ,05$  como nivel de probabilidad de cometer un error de tipo I.

Primeramente, antes de cada análisis, se llevaron a cabo pruebas de normalidad de las variables cuantitativas para los posteriores contrastes de hipótesis y la decisión de aplicar pruebas paramétricas o no paramétricas. Para las hipótesis 1 y 3-4, al ser las muestras mayores que 50 ( $N = 57$  y  $87$ , respectivamente), se aplicó la prueba de normalidad basada en el estadístico de Kolmogorov-Smirnov. Para la hipótesis 2, al ser las muestras menores de 50 (grupo de tratamiento:  $n = 47$ , y grupo control:  $n = 40$ ), se calculó la prueba de normalidad basada en el estadístico de Shapiro-Wilk.

#### **Hipótesis 1: examinar la existencia de reducciones significativas en las actitudes disfuncionales depresivas (DAS-R) entre las medidas pretratamiento y postratamiento en el grupo de tratamiento**

En el grupo de tratamiento, todas las puntuaciones pretratamiento y postratamiento en la DAS-R, en el BDI-II y en la PCL-S mostraron distribuciones que de forma significativa diferían de una distribución normal (todas las  $F$  de Kolmogorov-Smirnov  $< ,05$ ), salvo la puntuación pretratamiento en la subescala de actitudes disfuncionales de dependencia y en la PCL-S ( $F$  de Kolmogorov-Smirnov =  $,09$  y  $,20$ , respectivamente). Por tanto, para comprobar la hipótesis 1, se llevaron a cabo pruebas  $Z$  de Wilcoxon de medidas repetidas para analizar las diferencias de medias entre ambos momentos (pre-post) en cada una de las medidas de actitudes disfuncionales (la puntuación total de la DAS-R y las puntuaciones en sus subescalas de

perfeccionismo y dependencia), así como en las medidas de síntomas depresivos (BDI-II) y de síntomas de estrés postraumático (PCL-S).

Sin embargo, puesto que las pruebas no paramétricas tienen menor potencia estadística que las paramétricas y la muestra del presente estudio era relativamente grande ( $N > 30$ ), para comprobar la hipótesis 1 también se llevaron a cabo pruebas  $t$  de Student de medidas repetidas para analizar las diferencias de medias entre ambos momentos (pre-post) en cada una de las medidas de la DAS-R, el BDI-II y la PCL-S.

Por otro lado, para cada diferencia pre-post en las medidas de actitudes disfuncionales depresivas y de síntomas emocionales, se calculó el estadístico  $d$  de *Cohen* como índice del tamaño del efecto de las diferencias. Se consideraron los valores de  $d = 0,2$ ,  $0,5$  y  $0,8$  como tamaños del efecto pequeño, medio y grande, respectivamente, de acuerdo con los estándares del propio *Cohen* (1988).

**Hipótesis 2: la reducción pre-postratamiento en las puntuaciones de la medida de actitudes disfuncionales depresivas (DAS-R) será significativamente mayor en el grupo de tratamiento que en el grupo de control**

Tanto en el grupo de tratamiento como en el grupo de control, todas las diferencias pre-postratamiento en las puntuaciones de la DAS-R así como en las puntuaciones de sintomatología depresiva (BDI-II) o de estrés postraumático (PCL-S) mostraron distribuciones que de no diferían de forma significativa de una distribución normal (todas las  $W$  de Shapiro-Wilk  $> ,05$ ), salvo las diferencias pre-postratamiento en la puntuación total de la DAS-R, en la puntuación de su subescala de actitudes disfuncionales de perfeccionismo y en la puntuación del BDI-II del grupo de tratamiento ( $W$  de Kolmogorov-Smirnov  $< ,001$ ,  $,001$  y  $,018$ , respectivamente). Por tanto, se decidió realizar pruebas paramétricas para todas las diferencias, dada además su mayor potencia estadística, y, en el caso de las tres diferencias pre-postratamiento con distribuciones no normales en uno de los grupos, se comprobaron los resultados calculando además las pruebas no paramétricas  $U$  de Mann-Whitney para medidas independientes.

Para comprobar la hipótesis 2, se realizaron previamente pruebas  $t$  de Student de medidas independientes y pruebas de  $chi^2$  para comprobar si el grupo de tratamiento y el grupo

de control diferían en alguna tercera variable relevante que pudiera explicar las diferencias entre ambos grupos en las reducciones pre-post en las actitudes disfuncionales (p. ej., edad, sexo, estudios, estado civil, trabajo, años tras el atentado, tipo de víctima, ayuda psicológica/psiquiátrica recibida, existencia de lesiones físicas, trastornos emocionales presentes, existencia de comorbilidad, tratamientos anteriores, niveles pretratamiento en sintomatología emocional). Los resultados de estas pruebas ya se han descrito líneas atrás, al final del apartado *Participantes*.

Si en algunas de esas variables se encontraba una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de tratamiento y el grupo de control, para comprobar la existencia de diferencias entre los dos grupos de víctimas en los cambios pre-post en las medidas de actitudes disfuncionales, se había planificado realizar tres ANCOVA sobre las medidas de actitudes disfuncionales incluyendo dichas variables como covariables, el grupo de las víctimas (grupo de tratamiento vs. grupo de control) como factor intersujetos y el momento de medida (pretratamiento vs. postratamiento) como factor intrasujetos. Sin embargo, puesto que los dos grupos de víctimas no mostraban diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las terceras variables anteriormente mencionadas (véase el apartado *Participantes*), se realizaron pruebas *t* de Student de comparación de medias de grupos (tratamiento vs. control) para medidas independientes sobre las diferencias pre-post en las medidas de actitudes disfuncionales, para así comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las diferencias pre-post medias del grupo de tratamiento en comparación con las diferencias pre-post medias del grupo control.

Para estimar el tamaño del efecto de las diferencias entre los dos grupos en las diferencias pre-post en las medidas de actitudes disfuncionales y de síntomas emocionales, se calculó el estadístico *d* de *Cohen* sobre dichas diferencias pre-post y, de cara a su comparación con los resultados de un estudio metaanalítico previo, se calculó también el estadístico *g* de *Hedges*.

**Hipótesis 3: los cambios pre-postratamiento en las actitudes disfuncionales depresivas estarán relacionada significativamente con la reducción pre-postratamiento en la sintomatología depresiva.**

En la muestra combinada de los grupos de tratamiento y control, todas las diferencias pre-postratamiento en las puntuaciones de la DAS-R así como en las puntuaciones de sintomatología depresiva (BDI-II) o de estrés postraumático (PCL-S) mostraron distribuciones que de no diferían de forma significativa de una distribución normal (todas las  $W$  de Kolmogorov-Smirnov  $> ,05$ ), salvo las diferencias pre-postratamiento en la puntuación de actitudes disfuncionales de perfeccionismo y en la puntuación del BDI-II ( $W$  de Kolmogorov-Smirnov  $< ,013$  y  $,001$ , respectivamente). Por tanto, para comprobar la hipótesis 3, se calcularon correlaciones de Spearman para examinar la relación entre las reducciones pre-postratamiento en las puntuaciones de la DAS-A y las reducciones pre-postratamiento en las puntuaciones del BDI-II, pero, dado que las pruebas no paramétricas suelen tener menor potencia estadística que las paramétricas y la muestra del presente estudio era relativamente grande ( $N > 30$ ), para comprobar la hipótesis 3 también se calcularon las correspondientes correlaciones de Pearson.

Por otro lado, los valores de los coeficientes de correlación se consideraron, en términos de su tamaño del efecto, como pequeños, medios y grandes según los estándares de Cohen (1988):  $r = ,10$ ,  $,30$  y  $,50$ , respectivamente.

**Hipótesis 4: analizar el posible papel mediador de las reducciones en las actitudes disfuncionales en el efecto del tratamiento sobre las reducciones en la sintomatología depresiva.**

Se realizó un análisis de mediación simple, también llamado análisis de efectos directos e indirectos, para comprobar la relación entre la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (X: variable independiente; grupo de tratamiento vs. grupo de control) y las reducciones en la sintomatología depresiva (Y: variable dependiente; diferencias entre las puntuaciones pre y postratamiento en el BDI-II) a través de las reducciones en las actitudes disfuncionales depresivas (M: variable mediadora; diferencias entre las puntuaciones pre y postratamiento en cada una de las medidas de la DAS-R). Los análisis de mediación fueron realizados a través de los procedimientos descritos por Hayes (2013) basados en la realización de cuatro análisis de regresión secuenciales mediante el método de mínimos cuadrados generalizados y la estimación

de los intervalos de confianza de los efectos indirectos (o mediacionales) mediante remuestreos *bootstrap*. Para llevar a cabo estos análisis de regresión se utilizó el programa para SPSS (macro de SPSS) creado por el propio Hayes (2013; véase también Fernández-Muñoz y García-González, 2017) y se estableció el número de remuestreos en 10.000 muestras para una estimación más robusta.

Siguiendo a Hayes (2013, pp. 97-104, 106-107), para confirmar que la mediación era estadísticamente significativa se comprobó que el intervalo de confianza al 95% del efecto indirecto calculado mediante remuestreos *bootstrap* no incluía el valor de 0, es decir, que los valores mínimo y máximo de dicho intervalo fueran ambos superiores a 0, lo que indicaría que el efecto indirecto de la variable independiente a través de la variable mediadora es positivo.

## **CAPÍTULO 8: RESULTADOS**



## 8. RESULTADOS

### 8.1. Efectividad de la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma en función de la reducción pre-post en las actitudes y creencias disfuncionales depresivas

En la tabla 10 se recogen las puntuaciones medias obtenidas por el grupo de tratamiento tanto en la evaluación realizada antes del tratamiento (pretratamiento) como en la evaluación realizada después de finalizar el tratamiento (postratamiento) en las tres medidas de actitudes disfuncionales depresivas utilizadas en el presente estudio (puntuación total en la DAS-R, puntuación en la escala de perfeccionismo de la DAS-R y puntuación en la escala de dependencia de la DAS-R) así como en la medida de sintomatología depresiva (BDI-II) y en la medida de sintomatología de estrés postraumático (PCL-S).

Como puede observarse en dicha tabla 10, los resultados de las diferentes pruebas  $Z$  de Wilcoxon y  $t$  de Student de medidas repetidas revelaron que, en el postratamiento, se encontraron reducciones estadísticamente significativas respecto al pretratamiento en todas las medidas anteriormente citadas (todas las pruebas con  $p < ,05$ ), por lo que, en relación con las medidas de actitudes disfuncionales depresivas, dichas reducciones estadísticamente significativas substanciaban empíricamente la hipótesis 1 del presente estudio.

En el caso de las medidas de sintomatología emocional y, tal y como cabría esperar, las reducciones pre-post encontradas no solo fueron estadísticamente significativas, sino también de un tamaño del efecto grande ( $d > 0,80$ ), con un valor de  $d = 1,06$  para la sintomatología depresiva y de  $d = 1,22$  para la sintomatología de estrés postraumático.

En el caso de las actitudes disfuncionales depresivas, los resultados de la tabla 10 indican que, en el postratamiento, los niveles de actitudes disfuncionales de perfeccionismo y los niveles totales de actitudes disfuncionales depresivas mostraron un descenso de una magnitud media ( $d > 0,50$ ), pero de una magnitud entre pequeña y media ( $d = 0,28$ ) en el caso de las actitudes disfuncionales de dependencia.

**Tabla 11. Modificación de las actitudes disfuncionales y en la sintomatología depresiva y de estrés postraumático tras la administración del tratamiento**

	<b>Pre</b> <i>N</i> = 57	<b>Post</b> <i>N</i> = 57	<i>p</i> de <i>Z</i> / <i>t</i>	<i>d</i> de <i>Cohen</i>
Actitudes disfuncionales de perfeccionismo (DAS-R)	29,05 (12,80)	22,38 (10,91)	,001 / ,001	0,53
Actitudes disfuncionales de dependencia (DAS-R)	16,29 (7,28)	14,29 (6,31)	,026 / ,036	0,28
Actitudes disfuncionales totales (DAS-R)	49,26 (19,00)	39,94 (15,76)	,001 / ,001	0,50
Sintomatología depresiva (BDI-II)	20,15 (13,40)	7,85 (9,36)	,001 / ,001	1,06
Sintomatología de estrés postraumático (PCL-S)	41,00 (14,88)	24,54 (9,76)	,001 / ,001	1,22

*Nota.* Salvo que se indique lo contrario, los valores representados son medias (con las desviaciones típicas entre paréntesis).

## **8.2. Eficacia del tratamiento en función de la comparación entre el grupo de tratamiento y el grupo de control en la reducción de las actitudes y creencias disfuncionales depresivas**

En la tabla 11 se recogen las diferencias entre las medidas pretratamiento y postratamiento que se encontraron en cada uno de los grupos (tratamiento vs. control) para cada una de las medidas de actitudes disfuncionales depresivas y para cada una de las medidas de sintomatología emocional (depresión y estrés postraumático).

Los resultados de las pruebas *t* de Student de medidas independientes comparando las diferencias pre-post del grupo de tratamiento frente a las diferencias pre-post del grupo de control de lista de espera revelaron que las reducciones encontradas en el postratamiento en el grupo de tratamiento eran significativamente mayores que las reducciones encontradas en el postratamiento en el grupo de control para todas y cada una de las medidas anteriormente citadas (véase la tabla 11), salvo para la medida de actitudes disfuncionales de dependencia, puesto que la diferencia entre dos grupos no fue estadísticamente significativa (1,78 vs. 0,45, con  $p = ,464$ ). Estos resultados fueron similares cuando se repitieron utilizando la prueba no

paramétrica de Mann-Whitney (todas las  $U$  de Mann-Whitney con  $p < ,05$ , salvo para la medida de actitudes disfuncionales de dependencia, que fue no significativa:  $U = 829$ ,  $p = ,344$ ). Por tanto, estos resultados, en cuanto a los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales depresivas, confirmaron parcialmente la hipótesis 2 de este estudio, ya que dichos cambios fueron significativamente mayores en el grupo de tratamiento que en el grupo de control en relación con la medida global de las actitudes disfuncionales depresivas y la medida de actitudes disfuncionales de perfeccionismo.

**Tabla 12. Comparación de la modificación de las actitudes disfuncionales, síntomas depresivos y síntomas de estrés postraumático entre el grupo de tratamiento y el grupo de control**

	Diferencia pre-post		$p$ de $t / U$	$d$ de Cohen	$g$ de Hedges
	Tratamiento $n = 47$	Control $n = 40$			
Actitudes disfuncionales de perfeccionismo (DAS-R)	6,14 (12,97)	0,42 (13,03)	,044 / ,010	0,44	0,43
Actitudes disfuncionales de dependencia (DAS-R)	1,78 (7,09)	0,45 (9,81)	,464 / ,344	0,15	0,15
Actitudes disfuncionales totales (DAS-R)	8,59 (19,20)	0,87 (20,39)	,043 / ,016	0,39	0,39
Sintomatología depresiva (BDI-II)	14,37 (11,36)	2,92 (9,72)	,001 / ,001	1,08	1,06
Sintomatología de estrés postraumático (PCL-S)	19,34 (12,81)	3,35 (12,10)	,001 / ,001	1,28	1,27

*Nota.* Salvo que se indique lo contrario, los valores representados son medias (con las desviaciones típicas entre paréntesis).

En el caso de las medidas de sintomatología emocional y, tal y como cabría esperar, las diferencias entre el grupo de tratamiento y el grupo de control de lista de espera en cuanto a los cambios pre-post encontrados no solo fueron estadísticamente significativas, sino también de

un tamaño del efecto grande ( $d > 0,80$ ), con un valor de  $d = 1,08$  para la sintomatología depresiva y de  $d = 1,28$  para la sintomatología de estrés postraumático.

Respecto a la medida global de actitudes disfuncionales depresivas y la medida de actitudes disfuncionales de perfeccionismo, los resultados de la tabla 11 indican que, en el postratamiento, las diferencias entre el grupo de tratamiento y el grupo de control de lista de espera en cuanto a los cambios pre-post encontrados alcanzaron tamaños del efecto entre pequeños y medios, con un valor de  $d = 0,39$  para las actitudes disfuncionales de perfeccionismo y un valor ligeramente mayor, de  $d = 0,44$ , para los niveles globales de actitudes disfuncionales depresivas.

### **8.3. Correlación entre las reducciones de las actitudes y creencias disfuncionales depresivas y las reducciones de la sintomatología depresiva**

En la tabla 12 se recogen los resultados de las correlaciones calculadas entre las reducciones en las actitudes disfuncionales depresivas (DAS-R) (subescalas de perfeccionismo y de dependencia y puntuación total) y las reducciones en la sintomatología depresiva (BDI-II), por un lado, y las reducciones en la sintomatología de estrés postraumático (PCL-S), por otro.

Los resultados indican que todas las correlaciones entre los cambios pre-post en las medidas de actitudes disfuncionales y los cambios pre-post en sintomatología depresiva fueron estadísticamente significativas, con tamaños del efecto, en términos del coeficiente de correlación de Pearson, medios y que oscilaban entre ,32 para las actitudes disfuncionales de dependencia y ,37 para la medida global de actitudes disfuncionales depresivas (véase la tabla 12), resultados que confirmarían la hipótesis 3 del presente estudio.

Sin embargo, también se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre los cambios pre-post en la medida global de actitudes disfuncionales o en la medida de actitudes disfuncionales de perfeccionismo y los cambios pre-post en sintomatología de estrés postraumático (todas las correlaciones con  $p < ,05$ ), con tamaños del efecto, en términos del coeficiente de correlación de Pearson, medios para ambas medidas de actitudes disfuncionales ( $r = ,35$ ; véase la tabla 12). Sin embargo, ni la correlación de Pearson ni la correlación de Spearman entre los cambios pre-post en actitudes disfuncionales de dependencia y los cambios pre-post en sintomatología de estrés postraumático fueron estadísticamente significativas con

$p < ,05$ , por lo que, sobre la base de esta ausencia de correlaciones significativas, se podría afirmar que los cambios en las actitudinales disfuncionales depresivas de dependencia muestran una relación específica con los cambios en depresión, no con cualquier otro cambio emocional o, al menos, no con los cambios en síntomas de estrés postraumático. Sin embargo, sobre la base de las correlaciones significativas de la medida global de actitudes disfuncionales depresivas y de la medida de actitudes disfuncionales de perfeccionismo, se podría afirmar, provisionalmente, que los cambios en las actitudes disfuncionales depresivas de perfeccionismo no muestran una relación específica con los cambios en depresión, sino que podrían ser comunes a otros cambios emocionales o, al menos, comunes a los cambios en síntomas de estrés postraumático.

**Tabla 13. Correlaciones de Pearson ( $r$ ) y de Spearman ( $\rho$  o  $r_s$ ) entre los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales depresivas (DAS-R) y los cambios pre-post en las sintomatologías depresiva (BDI-II) y de estrés postraumático (PCL-S)**

	Cambios en la subescala de perfeccionismo de la DAS-R		Cambios en la subescala de dependencia de la DAS-R		Cambios en la puntuación total de la DAS-R	
	$r / \rho$	$p / p$	$r / \rho$	$p / p$	$r / \rho$	$p / p$
Cambios en sintomatología depresiva (BDI-II)	<b>,35 / ,40</b>	,001 / ,001	<b>,32 / ,38</b>	,003 / ,001	<b>,37 / ,46</b>	,001 / ,001
Cambios en sintomatología de estrés postraumático (PCL-S)	<b>,35 / ,33</b>	,003 / ,004	,21 / ,23	,071 / ,052	<b>,35 / ,36</b>	,003 / ,002

*Nota.* Las correlaciones estadísticamente significativas se presentan en negrita.

Para examinar la especificidad o comunalidad de las relaciones de los cambios en las actitudes disfuncionales depresivas con los cambios en depresión o estrés postraumático, se calcularon las correlaciones parciales de los cambios en las actitudinales disfuncionales

depresivas con los cambios en depresión tras controlar el efecto de los cambios en estrés postraumático y viceversa (con los cambios en estrés postraumático tras controlar los cambios en depresión). Estas correlaciones parciales se muestran en la tabla 13.

**Tabla 14. Correlaciones parciales ( $r_p$ ) de los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales depresivas con los cambios pre-post en la sintomatología depresiva controlando los cambios pre-post en la sintomatología de estrés postraumático y con los cambios pre-post en la sintomatología de estrés postraumático controlando los cambios pre-post en la sintomatología depresiva**

	Cambios en la subescala de perfeccionismo de la DAS-R		Cambios en la subescala de dependencia de la DAS-R		Cambios en la puntuación total de la DAS-R	
	$r_p$	$p$	$r_p$	$p$	$r_p$	$p$
Cambios en la sintomatología depresiva (BDI-II)	,19	,111	<b>,21</b>	,087	<b>,20</b>	,090
Cambios en la sintomatología de estrés postraumático (PCL-S)	,16	,180	,04	,763	,15	,209

*Nota.* Ninguna correlación parcial fue estadísticamente significativa con  $p < .05$ , pero las correlaciones que mostraban una tendencia a la significación ( $p < ,10$ ) aparecen en negrita.

Como se puede observar en la tabla 13, tras controlar el efecto de los cambios en estrés postraumático o de los cambios en depresión, ninguna de las correlaciones de la tabla 12 resultó ser estadísticamente significativa con  $p < ,05$ . Este resultado no es sorprendente, dado que se obtuvo una correlación muy elevada entre los cambios en depresión y los cambios en estrés postraumático que implicaba mucha varianza compartida entre ambas variables ( $r = ,65$ ,  $p < ,001$ ). Sin embargo, teniendo en cuenta esta elevada varianza compartida, si uno se fija en las correlaciones parciales que mostraban una tendencia a la significación ( $p < ,10$ ), se puede observar en la tabla 13 que únicamente las correlaciones de los cambios en las actitudes disfuncionales depresivas (globales y de dependencia) con los cambios en depresión mostraron

esa tendencia a la significación, pero no las correlaciones con los cambios en estrés postraumático. Por tanto, estos resultados de las correlaciones parciales junto con la ausencia ya mencionada de una correlación normal significativa entre los cambios en las actitudes disfuncionales de dependencia y los cambios en la PCL-S, indicarían que los cambios en las actitudes disfuncionales de dependencia parecen mostrar una relación específica con los cambios en sintomatología depresiva, pero no con los cambios en sintomatología de estrés postraumático.

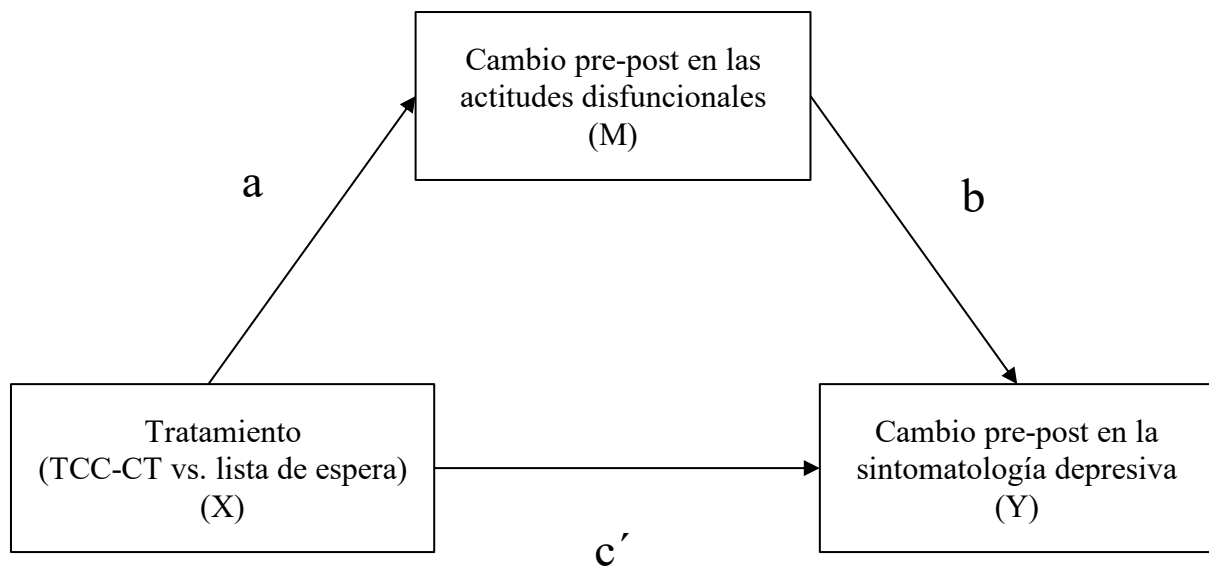
#### **8.4. Papel mediador de las actitudes y creencias disfuncionales en los efectos del tratamiento sobre la sintomatología depresiva**

En la figura 11 se ha representado gráficamente el modelo mediacional que respondía a la hipótesis 4 del presente estudio y que proponía que los efectos terapéuticos del tratamiento cognitivo-conductual sobre la sintomatología depresiva estaban mediados por sus efectos terapéuticos sobre las actitudes disfuncionales. En concreto, en ese modelo la variable Y (variable dependiente) era los cambios pre-post en sintomatología depresiva, la variable X (variable independiente) era el tratamiento, en concreto, la TCC-CT (grupo de tratamiento vs. grupo de control de lista de espera) y la variable M (variable mediadora) era los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales depresivas.

Los análisis de mediación se realizaron para cada una de las medidas de actitudes disfuncionales y sus resultados revelaron que tan solo respecto a las actitudes disfuncionales de perfeccionismo se cumplían las tres condiciones que indicaban que los cambios en dichas actitudes mediaban el efecto terapéutico de la TCC-CT sobre la sintomatología depresiva.

En concreto, esas condiciones implican, en primer lugar, encontrar una relación estadísticamente significativa entre el tratamiento (la variable independiente: X) y los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales de perfeccionismo (la variable mediadora: M), relación que en la figura 11 implicaría un coeficiente de regresión  $a$  estadísticamente significativo. En concreto, el análisis de regresión lineal simple de X sobre M reveló que el tratamiento explicaba, de forma estadísticamente significativa, el 5,4% de la varianza de los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales de perfeccionismo ( $B = 6,31$ ;  $t = 2,15$ ;  $p < ,034$ ).

**Figura 11. Diagrama del modelo de mediación analizado**



*Nota.* a = coeficiente de regresión de X sobre M; b = coeficiente de regresión de M sobre Y; c' = coeficiente de regresión del efecto directo de X sobre Y; producto de a y b (ab) = representa el efecto indirecto de X sobre Y, es decir, el efecto de X sobre Y mediado por M. Adaptado de Hayes (2013).

En segundo lugar, se debería encontrar una relación estadísticamente significativa entre los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales de perfeccionismo (la variable mediadora: M) y los cambios en pre-post en la sintomatología depresiva (la variable dependiente: Y) tras controlar los efectos del tratamiento (la variable independiente X), relación que en la figura 11 implicaría un coeficiente de regresión *b* estadísticamente significativo. En concreto, el análisis de regresión lineal múltiple de X y M sobre Y reveló que ambas variables (los cambios en las actitudes disfuncionales de perfeccionismo y el tratamiento) mostraban coeficientes de regresión estadísticamente significativos sobre los cambios en sintomatología depresiva: para las actitudes disfuncionales de perfeccionismo (M),  $B = 0,22$ ,  $t = 2,59$ ,  $p < ,0114$ , y, para el tratamiento (X),  $B = 10,03$ ,  $t = 4,30$ ,  $p < ,0001$ . De hecho, el modelo de regresión de ambas variables explicaba el 28,96% de la varianza total de los cambios en sintomatología depresiva (Y).

En tercer lugar, se debería encontrar que el efecto indirecto de la variable tratamiento (X) sobre los cambios pre-post en sintomatología depresiva (Y), es decir, el efecto de la variable tratamiento mediado por los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales de perfeccionismo (M), debería ser significativo. En concreto, los análisis revelaron que el efecto directo de la variable tratamiento (X) sobre los cambios pre-post en la sintomatología depresiva (Y), que vendría reflejado en el gráfico por el coeficiente  $c'$ , fue estadísticamente significativo (efecto directo = 10,03,  $t = 4,31$ ,  $p < ,0001$ ), pero que también fue significativo el efecto indirecto del tratamiento (X) sobre los cambios pre-post en sintomatología depresiva mediado por los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales de perfeccionismo (M), ya que el intervalo de confianza al 95% de dicho efecto indirecto calculado mediante 10.000 remuestreos *bootstrap* no incluía el cero: efecto indirecto = 1,4127, IC al 95% = ,0844 – 3,137.

Por tanto, en la medida que los cambios pre-post en actitudes disfuncionales de perfeccionismo cumplían esas tres condiciones establecidas por Hayes (2013) para concluir que una variable tiene un efecto mediador en la relación entre otras dos variables (tratamiento y cambios pre-post en síntomas depresivos), se puede estimar que parte de los beneficios terapéuticos de la TCC-CT sobre la depresión están mediados por los cambios que este tratamiento produce en las actitudes disfuncionales depresivas de perfeccionismo.

Por el contrario, esas tres condiciones no se cumplieron todas ellas en el caso de los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales de dependencia ni en el caso de los cambios pre-post en la medida global de actitudes disfuncionales depresivas.

En concreto, en el caso de los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales de dependencia, no se cumplió ni la condición primera (la variable independiente, X, debe estar relacionada con la variable mediadora, M) ni la condición tercera (el efecto indirecto de la variable independiente, X, sobre la variable dependiente, Y, debe ser significativo). Así, el análisis de regresión lineal de X sobre M reveló que el tratamiento (X) no mostraba un coeficiente de regresión estadísticamente significativo sobre los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales de dependencia (M),  $B = 1,33$ ,  $t = 0,69$ ,  $p = ,4922$ , lo cual era esperable dado los resultados obtenidos al comparar las medias en esos cambios entre el grupo de tratamiento y el grupo control mediante pruebas  $t$  de medidas independientes (véase la tabla 11). El análisis de regresión también reveló que el efecto indirecto del tratamiento (X) sobre los cambios pre-post en síntomas depresivos no fue significativo (efecto indirecto = 0,5240, IC

al 95% = -1,1900 – 1,8474), aunque sí lo era el efecto directo del tratamiento sobre dichos cambios (efecto directo = 10,92,  $t = 4,87$ ,  $p < ,0001$ ).

En el caso de los cambios pre-post en la medida global de actitudes disfuncionales depresivas, no se cumplió la condición cuarta (el efecto indirecto de la variable independiente, X, sobre la variable dependiente, Y, debe ser significativo), de manera que el efecto indirecto del tratamiento (X) sobre los cambios pre-post en síntomas depresivos no fue significativo (efecto indirecto = 1,4234, IC al 95% = -0,0810 – 3,0973), aunque sí lo era el efecto directo del tratamiento sobre dichos cambios (efecto directo = 10,02,  $t = 4,37$ ,  $p < ,0001$ ).

Para examinar si ese efecto mediador de las actitudes disfuncionales depresivas de perfeccionismo en los beneficios terapéuticos de la TCC-CT sobre la depresión eran específicos de la depresión o, por el contrario, podían también encontrarse en los beneficios terapéuticos de la TCC-TC sobre el estrés postraumático, se realizaron los mismos análisis de mediación mencionados anteriormente, pero tomando como variable dependiente (Y) los cambios pre-post en la sintomatología de estrés postraumático medida por la PCL-S. Los resultados de estos análisis revelaron que las tres condiciones para hablar de mediación respecto a los cambios pre-post en estrés postraumático no se cumplieron todas ellas en el caso de ninguno de los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales: ni en los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales de perfeccionismo, ni en los cambios pre-post en las actitudes disfuncionales de dependencia ni en los cambios pre-post en la medida global de actitudes disfuncionales depresivas. En concreto, por ejemplo, en todos los casos, el efecto indirecto del tratamiento (X) sobre los cambios pre-post en síntomas depresivos no fue significativo: efecto indirecto = 1,2782, IC al 95% = -0,6865 – 3,9597, para las actitudes disfuncionales de perfeccionismo; efecto indirecto = 0,1558, IC al 95% = -1,4459 – 1,5701, para las actitudes disfuncionales de perfeccionismo, y efecto indirecto = 1,1279, IC al 95% = -0,8204 – 3,5690, para la medida global de actitudes disfuncionales depresivas.

## **CAPÍTULO 9: DISCUSIÓN**



## **9. DISCUSIÓN**

### **9.1. La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma para la modificación de las actitudes y creencias disfuncionales depresivas en víctimas del terrorismo que sufren trastornos emocionales**

El objetivo principal del estudio empírico de la presente tesis doctoral era examinar si la TCC-CT era efectiva para modificar las actitudes y creencias disfuncionales depresivas en víctimas del terrorismo que sufren trastornos emocionales (trastornos depresivos, TEPT o trastornos de ansiedad). En este sentido, los resultados del presente estudio confirmaron sus hipótesis 1 y 2, es decir, confirmaron, por un lado, que el grupo de tratamiento, que recibió un programa de TCC-CT, obtuvo en el postratamiento puntuaciones en las tres medidas de actitudes disfuncionales depresivas (DAS-R: actitudes disfuncionales de dependencia, actitudes disfuncionales de perfeccionismo y medida global de actitudes disfuncionales depresivas) significativamente menores que en el pretratamiento y, por otro lado, también confirmaron que estas reducciones pre-postratamiento que mostró el grupo de tratamiento en las puntuaciones de las medidas de actitudes disfuncionales depresivas fueron significativamente mayores que las que mostró un grupo control de lista de espera, salvo en el caso de las puntuaciones en actitudes disfuncionales de dependencia. Por lo tanto, se puede concluir, con las precauciones que más tarde se indicarán, que los resultados empíricos de la presente tesis doctoral confirman que la TCC-CT es efectiva para modificar las actitudes y creencias disfuncionales depresivas en víctimas del terrorismo que sufren de manera aislada o comórbida trastornos emocionales (trastornos depresivos, TEPT o trastornos de ansiedad).

Que la TCC-CT sea eficaz a la hora de modificar las actitudes disfuncionales depresivas era teóricamente predecible dado que las terapias cognitivo-conductuales, por definición, incluyen técnicas cognitivas (p. ej., técnicas de reestructuración cognitiva) destinadas a la modificación de factores cognitivos y, entre ellos, uno de los que suele incluirse como objetivo terapéutico principal en la mayor parte de esas terapias es la presencia de actitudes disfuncionales, ya que muchas teorías cognitivas como, por ejemplo, la teoría cognitiva de Beck de los trastornos emocionales (1976; Beck et al., 1979/1983), postulan que tales actitudes constituyen el factor de vulnerabilidad que determina, en interacción con la experiencia de acontecimientos estresantes, el riesgo de sufrir un trastorno emocional y el riesgo de recaídas o recurrencias del mismo. Es más, en el caso del programa de TCC-CT aplicado en este estudio, tales técnicas, además, no solo estaban dirigidas a las actitudes disfuncionales teóricamente

más relacionadas con la sintomatología de estrés postraumático que pueden sufrir las víctimas del terrorismo, sino también a las actitudes disfuncionales teóricamente más relacionadas con la depresión, ya que dicho programa se diseñó con el objetivo de tratar no solo el TEPT sino también otros trastornos emocionales que, en un número importante de víctimas de terrorismo, suelen presentarse, aislada o comórbidamente, con el TEPT y, entre ellos, en particular, los trastornos depresivos (Gesteira Santos, 2016; Gesteira et al., 2018; Moreno Pérez, 2016; Moreno et al., 2019). De hecho, la modificación de las actitudes disfuncionales sería uno de los mecanismos psicológicos fundamentales que, desde esas teorías cognitivo-conductuales, explicaría la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales a la hora de disminuir la presencia de síntomas y trastornos emocionales.

En este sentido, los resultados del presente estudio confirman y amplían los resultados previos de la literatura científica que indican que las terapias cognitivo-conductuales son eficaces para modificar las actitudes disfuncionales depresivas, al menos con pacientes que sufren trastornos depresivos. Por ejemplo, los tamaños del efecto de los cambios pre-post en actitudes disfuncionales depresivas encontrados en el presente estudio, en particular con la medida global de actitudes disfuncionales depresivas y con la medida de las actitudes disfuncionales de perfeccionismo, son comparables a los encontrados en estudios previos de la terapia cognitiva con pacientes que sufren depresión (p. ej., Adler et al., 2015; Barber y DeRubeis, 2001; Lemmens et al., 2017).

Por ejemplo, en el metaanálisis de Cristea et al. (2015) se encontró que, en comparación con las condiciones de control (p. ej., lista de espera, tratamiento habitual y fármaco placebo), el efecto de las terapias cognitivo-conductuales en pacientes con trastornos depresivos sobre las actitudes disfuncionales depresivas medidas por la DAS alcanzaba una magnitud significativa de  $g = 0,44$  en el postratamiento. Este tamaño del efecto es prácticamente el mismo que se encontró en el presente estudio, en comparación con una condición control de lista de espera, con la puntuación total de la DAS-R ( $g = 0,43$ ) y solo ligeramente superior al que se encontró con la puntuación en perfeccionismo de la DAS-R ( $g = 0,39$ ), y, por tanto, los resultados del presente estudio confirman esa literatura científica que apoya empíricamente la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales a la hora de modificar las actitudes disfuncionales depresivas. Pero, además, los resultados del presente estudio amplían esa literatura científica al demostrar que dichas terapias modifican estas actitudes disfuncionales no solo en pacientes que padecen trastornos depresivos, sino también en pacientes que padecen

otros trastornos emocionales, en particular, TEPT o trastornos de ansiedad, y, en cualquier caso, en víctimas de acontecimientos traumáticos, en concreto, de atentados terroristas. De hecho, que se sepa, este es el primer estudio que ha analizado los efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre las actitudes disfuncionales depresivas en personas que han sufrido un atentado terrorista y, en general, en personas que han sufrido un acontecimiento traumático, ya que, por ejemplo, de los 26 estudios incluidos en el metaanálisis de Cristea et al. (2015), ninguno evaluó los efectos de las terapias cognitivo-conductuales específicamente en pacientes que sufrían depresión como consecuencia de haber experimentado un atentado terrorista o cualquier otro acontecimiento traumático.

En resumen, los resultados empíricos de la presente tesis doctoral confirman, tanto desde la perspectiva de la significación de los cambios pretratamiento-postratamiento encontrados en los participantes que recibieron TCC-CT como desde la perspectiva de la significación de las diferencias entre dichos cambios y los cambios encontrados en los participantes que formaron parte de una lista de espera, que la TCC-CT es efectiva y eficaz para modificar las actitudes y creencias disfuncionales depresivas en víctimas del terrorismo que sufren de manera aislada o comórbida trastornos emocionales (trastornos depresivos, TEPT o trastornos de ansiedad).

## **9.2. Eficacia y efectividad de la terapia cognitivo-conductual para disminuir la sintomatología depresiva en víctimas del terrorismo que sufren trastornos emocionales**

Sobre la base de las hipótesis de que la TCC-CT es efectiva para modificar las actitudes y creencias disfuncionales depresivas en víctimas del terrorismo que sufren trastornos emocionales, el segundo objetivo del estudio empírico de la presente tesis doctoral era examinar si la reducción en las actitudes disfuncionales depresiva es el mecanismo psicológico o, mejor dicho, uno de los mecanismos psicológicos que explica la eficacia y efectividad de las terapias cognitivo-conductuales para disminuir la sintomatología depresiva en víctimas del terrorismo que sufren trastorno emocionales y, en relación con este objetivo, se plantearon las hipótesis 3 y 4 del presente estudio empírico. Sin embargo, antes de discutir los resultados del estudio en relación con su segundo objetivo y sus hipótesis 3 y 4, parece necesario discutir sus resultados sobre si, efectivamente, la TCC-CT es eficaz y efectiva para disminuir esa sintomatología depresiva, ya que, precisamente, si la TCC-CT no se muestra eficaz o efectiva para disminuir

la sintomatología depresiva, no tendría sentido plantearse cuál es el mecanismo psicológico de esa supuesta eficacia o efectividad.

En este sentido, es cierto que existen múltiples metaanálisis que de manera sólida han demostrado que las terapias cognitivo-conductuales son eficaces y efectivas para disminuir la sintomatología depresiva (p. ej., Cuijpers et al., 2008a, 2008b; Cuijpers et al., 2013a; Cristea et al., 2017), e incluso existe algún metaanálisis que ha encontrado que los tratamientos basados en la evidencia para el TEPT, incluidas las terapias cognitivo-conductuales como la terapia de procesamiento cognitivo y la terapia de exposición prolongada, son también eficaces para reducir la sintomatología depresiva (Ronconi, Shiner y Watts, 2015). Sin embargo, entre los 93 estudios incluidos en este último metaanálisis, tan solo cinco examinaron esa eficacia antidepressiva en víctimas de atentados terroristas (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor et al., 2007; Difede, Malta et al., 2007; Duffy et al., 2007; Schneier et al., 2012). Por tanto, el presente estudio se une a esta escasa literatura empírica sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los síntomas depresivos en víctimas del terrorismo o, en general, sobre la eficacia de cualquier otro tipo de terapia psicológica o de cualquier tipo de terapia farmacológica para dichos síntomas depresivos en víctimas del terrorismo, ya que ninguna otra terapia psicológica o farmacológica ha sido investigada con diseños grupales en cuanto a sus efectos antidepressivos propios, no en combinación con otras terapias, en víctimas del terrorismo (García-Vera et al., 2015).

En comparación con esa escasa literatura empírica compuesta por tan solo cinco estudios, los resultados del presente estudio respecto a la eficacia y efectividad antidepressiva de la TCC-CT son semejantes a los encontrados en esos cinco estudios respecto a diferentes tipos de terapia cognitivo-conductual. Por ejemplo, en los estudios de Difede, Cukor et al. (2007) y Duffy et al. (2007) se encontró que los grupos de víctimas del terrorismo que recibieron, respectivamente, exposición prolongado mediante realidad virtual y terapia cognitiva mostraban en el postratamiento niveles de sintomatología depresiva medida por el BDI que diferían de los niveles de los grupos de víctimas asignados a la lista de espera en una magnitud (tamaño del efecto) igual en ambos estudios a una  $g$  de Hedges de 1,11<sup>1</sup>, valor similar al encontrado en el presente estudio al comparar las diferencias pre-post del grupo que recibió

---

<sup>1</sup> Este valor se ha calculado a partir de las medias y desviaciones típicas que se recogían en los artículos y representa el tamaño del efecto de la comparación del grupo de tratamiento y el grupo de lista en cuanto a las medias del BDI en el postratamiento según un análisis de datos completos.

TCC-CT y las del grupo asignado a la lista de espera y que alcanzó un tamaño del efecto ( $g$  de Hedges) de 1,06. De forma similar y en cuanto a la efectividad pre-postratamiento, en los estudios de Bryant et al. (2011) y Duffy et al. (2007) se encontró que los grupos de víctimas que recibieron, respectivamente, terapia cognitivo-conductual y terapia cognitiva mostraban reducciones pre-post en el BDI de un tamaño del efecto de 1,22 y 1,24, respectivamente, mientras que en el presente estudio tales reducciones alcanzaron un tamaño del efecto similar, aunque ligeramente más bajo, de 1,06.

A su vez, los resultados obtenidos en el presente estudio y en esos cinco estudios previos respecto a la eficacia o efectividad antidepresiva de la terapia cognitivo-conductual en víctimas del terrorismo son comparables a los obtenidos en la literatura científica sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la depresión adulta, en particular, cuando se utiliza un grupo de control de lista espera para analizar dicha eficacia, pero, sin embargo, dichos resultados son ligeramente inferiores a los obtenidos en esta literatura cuando se analizan los cambios pre-postratamiento que muestran los pacientes depresivos que reciben terapia cognitivo conductual. Por ejemplo, en el metaanálisis de Cuijper et al. (2013a) sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la depresión adulta se encontró que la diferencia entre esta terapia y la lista de espera alcanzaba un tamaño del efecto ( $g$  de Hedges) de 0,83, valor que es similar, sino ligeramente inferior, al obtenido en el presente estudio ( $g = 1,06$ ) y en los estudios de Difede, Cukor et al. (2007) y Duffy et al. (2007) con víctimas del terrorismo ( $g = 1,11$ ). Sin embargo, en el metaanálisis de Cristea et al. (2017) sobre los efectos de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos depresivos se encontró que dicha terapia mostraba un tamaño del efecto pre-post en el BDI de  $g = 1,64$ , mientras que en el presente estudio con víctimas del terrorismo la TCC-CT solo alcanzó un tamaño del efecto pre-post de  $g = 1,06$ , en el estudio de Bryant et al. (2011) con víctimas del terrorismo la terapia cognitivo-conductual solo alcanzó un tamaño del efecto pre-post de  $g = 1,22$  y en el estudio de Duffy et al. (2007) con víctimas del terrorismo la terapia cognitiva solo alcanzó un tamaño del efecto pre-post de 1,24.

No queda claro el por qué de esta discrepancia, es decir, porque cuando se comparan los resultados antidepresivos de la terapia cognitivo-conductual en víctimas del terrorismo con los obtenidos en pacientes con trastornos depresivos son inferiores si la comparación se realiza teniendo en cuenta los efectos pre-post en el grupo que recibe la terapia, pero son similares si la comparación se realiza teniendo en cuenta las diferencias con un grupo de lista de espera. En cualquier caso, tal diferencia, de existir, quizá solo indicaría que en los estudios que aplican la

terapia cognitivo-conductual a pacientes con trastornos depresivos, la depresión es el foco principal de la terapia, mientras que en los estudios que aplican la terapia cognitivo-conductual a víctima del terrorismo la depresión es un foco secundario de la terapia, siendo el TEPT su foco principal, y, por lo tanto, sería lógico esa menor eficacia o efectividad.

En resumen, los resultados del presente estudio corroboran que la TCC-CT es eficaz y efectiva para reducir la sintomatología depresiva en víctimas del terrorismo, resultados que son coherentes con los encontrados en los pocos estudios similares realizados previamente con víctimas del terrorismo y permiten plantearse cuáles son los mecanismos psicológicos que explican esa eficacia o efectividad y si entre esos mecanismos se encuentra la reducción en las actitudes disfuncionales depresivas.

### **9.3. La reducción de las actitudes disfuncionales depresiva como mecanismo psicológico de la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales para disminuir la sintomatología depresiva en víctimas del terrorismo que sufren trastornos emocionales**

Los resultados del estudio empírico de la presente tesis doctoral también confirmaron sus hipótesis 3 y 4, es decir, confirmaron, por un lado, que las reducciones pre-postratamiento en las actitudes disfuncionales depresivas estaban relacionadas significativamente con la reducción pre-postratamiento en la sintomatología depresiva y, por otro lado, también confirmaron que esas reducciones pre-postratamiento en las actitudes disfuncionales depresivas, en concreto, las reducciones pre-postratamiento en las actitudes perfeccionistas, mediaban parcialmente los efectos de la TCC-CT sobre las reducciones pre-postratamiento en la sintomatología depresiva.

Efectivamente, en el presente estudio se encontraron correlaciones significativas de tamaño medio que oscilaban entre 0,32 y 0,46 entre los cambios pre-post en las tres medidas de actitudes disfuncionales depresivas —DAS-R: actitudes disfuncionales de dependencia, actitudes disfuncionales de perfeccionismo y medida global de actitudes disfuncionales depresivas— y los cambios pre-post en la medida de sintomatología depresiva —BDI-II—. Estas correlaciones apoyarían inicialmente, dejando al margen las cautelas que se expondrán más adelante, el papel de las actitudes disfuncionales depresivas a la hora de explicar los mecanismos psicológicos de la TCC-CT que permiten que esta terapia sea eficaz y efectiva

sobre la sintomatología depresiva en víctimas del terrorismo y, de manera indirecta, también apoyarían la teoría cognitiva de la depresión de Beck y todas las teorías y modelos cognitivos similares que proponen que dichas actitudes, entendidas como factor de vulnerabilidad, serían la causa distal de la depresión, o al menos una de sus causas, de manera que la activación de las actitudes disfuncionales depresivas sobre el yo, el mundo y el futuro, al interactuar con sucesos estresantes relevantes para dichas actitudes, darían lugar al resto de procesos psicológicos, especialmente cognitivos, que conducen a la depresión (p. ej., la comisión de errores cognitivos que conducen a los pensamientos automáticos negativos que constituyen la tríada cognitiva de la depresión; Beck et al., 1979/1983; Sanz y Vázquez, 2008). Además, dichas correlaciones son coherentes con los resultados obtenidos en el metaanálisis de Cristea et al. (2015) sobre los efectos de la terapia cognitivo-conductual para la depresión adulta sobre el pensamiento disfuncional, y en el cual una metarregresión de los cambios en este tipo de pensamiento sobre los cambios en depresión resultó estadísticamente significativa (pendiente de la recta de regresión = 0,77,  $p < ,001$ ), evidenciando, pues, una “fuerte asociación entre los efectos sobre el pensamiento disfuncional y aquellos sobre la depresión” (Cristea et al., 2015, p. 62).

Sin embargo, en el presente estudio también se encontraron correlaciones estadísticamente significativas de los cambios en las actitudes disfuncionales depresivas con los cambios en la sintomatología de estrés postraumático, en particular, de los cambios en la medida de actitudes disfuncionales de perfeccionismo y de los cambios en la medida total de actitudes disfuncionales depresivas, correlaciones que, al menos, cuestionarían la especificidad de la asociación entre los efectos de la TCC-CT sobre las actitudes disfuncionales y sus efectos sobre la depresión. Sin embargo, los resultados de las correlaciones parciales de los cambios en las actitudes disfuncionales depresivas con los cambios en depresión tras controlar el efecto de los cambios en estrés postraumático y viceversa, esto es, con los cambios en estrés postraumático tras controlar los cambios en depresión, mostraron que, teniendo en cuenta la elevada varianza compartida entre cambios en depresión y cambios en estrés postraumático ( $r = ,65$ ,  $p < ,001$ ), únicamente las correlaciones de los cambios en las actitudes disfuncionales depresivas globales y de dependencia con los cambios en depresión mostraron una tendencia a la significación ( $p < ,10$ ), pero no las correlaciones con los cambios en estrés postraumático. Estos resultados junto con la ausencia ya mencionada de una correlación normal significativa entre los cambios en las actitudes disfuncionales de dependencia y los cambios en sintomatología de estrés postraumático, sugieren que los cambios en las actitudes

disfuncionales depresivas, en especial de las actitudes de dependencia, parecen mostrar una relación específica con los cambios en sintomatología depresiva, pero no con los cambios en sintomatología de estrés postraumático.

Esa relación específica se ve corroborada por los resultados obtenidos en el presente estudio al examinar el papel mediador de los cambios en las actitudes disfuncionales depresivas en los efectos de la TCC-CT sobre la depresión y sobre el estrés postraumático, ya que los análisis de mediación revelaron, en línea con la hipótesis 4 del estudio, que las reducciones pre-postratamiento en las actitudes disfuncionales depresivas, en concreto, las reducciones pre-postratamiento en las actitudes perfeccionistas, mediaban parcialmente los efectos de la TCC-CT sobre las reducciones pre-postratamiento en la sintomatología depresiva. Sin embargo, los análisis de mediación no encontraron que las reducciones pre-postratamiento en las actitudes disfuncionales depresivas mediaran los efectos de la TCC-CT sobre las reducciones pre-postratamiento en la sintomatología de estrés postraumático.

Lógicamente, estos resultados sobre el papel mediador de los cambios en las actitudes disfuncionales depresivas en los efectos de la TCC-CT sobre la depresión no solo apoyarían la especificidad de la asociación entre los cambios en actitudes disfuncionales depresivas y los cambios en depresión, sino también apoyarían el papel de las actitudes disfuncionales depresivas a la hora de explicar los mecanismos psicológicos de la TCC-CT que permiten que esta terapia sea eficaz y efectiva sobre la sintomatología depresiva y, de manera indirecta, también apoyarían el papel causal de las actitudes disfuncionales depresivas en la depresión en línea con lo propuesto por la teoría cognitiva de la depresión de Beck (Beck et al., 1979/1983; Sanz y Vázquez, 2008). Además, que se sepa, este es el primer estudio que examina y constata en víctimas del terrorismo el papel mediador de las actitudes disfuncionales en los efectos de la terapia cognitiva-conductual sobre la depresión.

En resumen, los resultados del presente estudio no solo mostraron la existencia de una asociación significativa y de tamaño medio entre los efectos de la TCC-CT sobre las actitudes disfuncionales depresivas y sus efectos sobre la depresión, sino que también mostraron que los efectos sobre las actitudes disfuncionales depresivas mediaban en los efectos de la TCC-CT sobre la depresión y que esta asociación era específica de la depresión, pero no del estrés postraumático.

#### **9.4. Limitaciones del estudio empírico y líneas futuras de investigación**

Los resultados y las conclusiones expuestas en los epígrafes anteriores se deben tomar en consideración teniendo en cuenta las limitaciones del presente estudio empírico, entre las cuales las más importantes tienen que ver con los diseños utilizados para evaluar la eficacia y efectividad de la TCC-CT sobre las actitudes disfuncionales depresivas y la depresión en víctimas del terrorismo y para examinar el papel mediador de estas actitudes en los efectos de la TCC-CT sobre la depresión.

En relación con el diseño para evaluar la eficacia y efectividad de la TCC-CT, es importante tener en cuenta que el grupo control de lista espera utilizado en el presente estudio responde a un diseño cuasiexperimental, no experimental, ya que las víctimas del terrorismo no fueron aleatorizadas a la TCC-CT o al grupo control, sino que este último es un grupo de conveniencia que había participado en un estudio previo, este sí experimental, de un miembro de nuestro equipo de investigación (Gesteira Santos, 2016; Gesteira, García-Vera y Sanz, 2018). Por tanto, sería deseable que en futuras investigaciones se utilizara un diseño propiamente experimental, con aleatorización de las víctimas del terrorismo a los grupos de tratamiento y de control, para aumentar la validez interna de las conclusiones sobre la eficacia de la TCC-CT para reducir las actitudes disfuncionales depresivas y la sintomatología depresiva.

En relación con el diseño para evaluar el papel mediador de las actitudes disfuncionales depresivas en los efectos de la TCC-CT sobre la depresión, es importante tener en cuenta que los cambios en las actitudes disfuncionales depresivas y los cambios en la sintomatología depresiva fueron evaluados en los mismos momentos en el postratamiento y, por lo tanto, no se puede saber si unos preceden a otros o viceversa, ya que es posible que los cambios observados en las actitudes disfuncionales depresivas sean simplemente el producto de los cambios observados en los síntomas depresivos y no viceversa. De hecho, existe una correlación consistente entre depresión y actitudes disfuncionales depresivas (Lau, Segal y Williams, 2004; Sanz y Vázquez, 1993), lo cual implica que es necesario tener en cuenta el momento temporal de la terapia en que se mide tanto del cambio cognitivo como de los síntomas depresivos, ya que, si se evalúan al mismo tiempo, no es posible asegurar a ciencia cierta qué es la causa y qué es la consecuencia. Es más, tal y como comentó en los capítulos introductorios de esta tesis doctoral, la elección del momento en que se miden los cambios

cognitivos y los cambios depresivos es también importante para descartar en mayor medida la existencia de una tercera variable que podría mediar en el tratamiento sin que exista una relación causal entre cambios cognitivos y cambios en los síntomas depresivos. Así, pues, para poder establecer que el cambio cognitivo precede a la reducción de sintomatología depresiva, habría que evaluar específicamente y por separado tanto la cognición como la sintomatología depresiva, ya que esto sería fundamental para comprobar si las intervenciones cognitivas preceden al cambio sintomático (Kazdin, 2007).

En definitiva, aunque la demostración de una correlación entre los cambios pre-post en actitudes disfuncionales depresivas y los cambios pre-post en sintomatología depresiva así como la demostración estadística de una posible relación de mediación de los primeros cambios sobre los segundos son resultados coherentes con el papel mediador de las actitudes disfuncionales depresivas en los efectos de la TCC-CT sobre la depresión en víctimas del terrorismo, en futuras investigaciones sería deseable utilizar diseños longitudinales más complejos que pudieran descartar que son los cambios en los síntomas depresivos los que influyen en los cambios en las actitudes disfuncionales depresivas y no viceversa, y que también pudieran descartar la existencia de terceras variables. Por ejemplo, en futuras investigaciones se podría correlacionar y examinar el papel mediador de los cambios en las actitudes disfuncionales que se producen, por ejemplo, entre el pretratamiento y la sesión intermedia de la TCC-CT, es decir, la correlación y el papel mediador de los cambios pretratamiento-sesión 8.<sup>a</sup> en las actitudes disfuncionales depresivas sobre los efectos de la TCC-CT sobre los cambios en la depresión que se producen entre la sesión intermedia y el postratamiento, es decir, sobre los cambios sesión 8.<sup>a</sup>-postratamiento en sintomatología depresiva. Lógicamente, este último diseño implica que, durante las primeras ocho sesiones de tratamiento, uno de los objetivos terapéuticos importantes de la TCC-CT debería ser la modificación de las actitudes disfuncionales depresivas y que, por tanto, durante esas primeras ocho sesiones se debería poner en marcha técnicas y estrategias terapéuticas dirigidas a ese objetivo, ya que si no, no parece razonable suponer que se vayan a producir cambios significativos en las actitudes disfuncionales depresivas durante las primeras ocho sesiones de TCC-CT. De hecho, a veces es muy habitual que la modificación de las actitudes disfuncionales depresivas y la puesta en marcha de técnicas dirigidas específicamente a su modificación se deje para sesiones más avanzadas o incluso finales del tratamiento, tal y como, por otro lado, sugerían Beck et al. (1979/1983) en su manual de terapia cognitiva de la depresión. Esta secuenciación temporal podría explicar el hecho de que en algunos estudios sobre la eficacia de la terapia cognitiva

para la depresión como, por ejemplo, en el estudio de Lemmens et al. (2017), no se hayan encontrado correlaciones significativas entre los cambios en las actitudes disfuncionales depresivas ocurridos en los primeros meses de tratamiento y los cambios en la sintomatología depresiva ocurridos en los meses posteriores de tratamiento y, sin embargo, sí se hayan encontrado correlaciones significativas entre los cambios en las actitudes disfuncionales depresivas ocurridos en los últimos meses de tratamiento y los cambios en la sintomatología depresiva.

En concreto, Lemmens et al. (2017) examinaron, a través del mismo instrumento para medir las actitudes disfuncionales depresivas que se utilizó en el presente estudio, es decir, la DAS-R (de Graaf et al, 2009), los cambios en estas actitudes y los cambios en los síntomas depresivos en un ensayo clínico aleatorizado con grupo de control que había comparado la eficacia para la depresión en adultos de la terapia cognitiva individual y de la psicoterapia interpersonal individual. Sus resultados indicaban que los cambios en la DAS-R entre la línea base y los 3 meses de tratamiento no correlacionaron con los cambios en depresión entre la línea base y los 3 meses de tratamiento ( $r = .03$ , n.s.), ni tampoco con los cambios en depresión entre los 3 meses y los 7 meses ( $r = .12$ , n.s.) ni con los cambios en depresión entre la línea base y los 7 meses ( $r = .14$ , n.s.), pero, en cambio, los cambios en la DAS-R entre los 3 meses y los 7 meses de tratamiento correlacionaron significativamente con los cambios en depresión entre los 3 y 7 meses de tratamiento ( $r = .42$ ,  $p < .01$ ) y entre la línea base y los 7 meses de tratamiento ( $r = .46$ ,  $p < .01$ ). Es más, Lemmens et al. (2017) también realizaron análisis de modelos de puntuaciones de diferencia latente, los cuales indicaron que los niveles en la DAS-R a mitad de los tratamientos (3 meses) predecían los cambios en depresión en el período posterior (3-7 meses) y que los cambios en la segunda fase de tratamiento (3-7 meses) en la DAS-R estaban relacionados con los cambios en la segunda fase de tratamiento (3-7 meses) en depresión. Sin embargo, no se encontraron efectos indirectos (mediacionales) para los cambios en la DAS-R sobre los cambios en depresión.

Una explicación de los resultados no tan positivos de Lemmens et al. (2017) para los mecanismos de cambio propuestos por la terapia cognitiva es que en la primera fase de tratamiento se produjo muy poco cambio en las variables supuestamente causales. En concreto, en el caso de la DAS-R, la puntuación total en la línea base fue de 62 ( $DT = 16$ ) y a los 3 meses fue de solo 60,3 ( $DT = 16.8$ ), es decir, una reducción que no llega ni a 2 puntos; sin embargo, a los 7 meses, la puntuación total había descendido hasta 53,1 ( $DT = 16$ ), una reducción de casi

9 puntos que implicaba un tamaño del efecto medio de  $d = 0,56$ , mientras que la reducción a los 3 meses fue de  $d = 0,11^2$ .

Una tercera limitación del presente estudio tiene que ver con la muestra de víctimas del terrorismo que participó en el mismo, ya que no estaba compuesta exclusivamente por víctimas que sufrían trastornos depresivos, sino que las víctimas también podían sufrir otros trastornos emocionales distintos a los trastornos depresivos como, por ejemplo, TEPT y/o trastornos de ansiedad, sin necesidad de experimentar niveles clínicamente significativos de sintomatología depresiva. Esta limitación afecta a la variabilidad de la sintomatología depresiva que pueden presentar los participantes y, en consecuencia, a la variabilidad de los cambios en sintomatología depresiva que puede producir la TCC-CT y, posiblemente, a la variabilidad en las actitudes disfuncionales depresivas y a los cambios en estas actitudes. Es más, cabría la posibilidad de que el tipo de trastornos depresivos que sufrían las víctimas del terrorismo también podría haber afectado a los resultados del presente estudio, ya que algunos estudios han encontrado que los pacientes con un trastorno depresivo crónico, es decir, que sufren episodios depresivos de más de dos años de duración o que tienen un diagnóstico doble de distimia y depresión mayor, muestran niveles de actitudes disfuncionales depresivas más elevados que los pacientes con un trastorno depresivo agudo, es decir, con un episodio depresivo que dura menos de dos años, incluso aunque no haya diferencias entre ambos grupos de pacientes en los niveles de sintomatología depresiva que presentan (Ley et al., 2011; Riso et al., 2003).

A pesar de estas limitaciones, es importante señalar que los resultados del presente estudio sugieren, por primera vez en víctimas del terrorismo, que la TCC-CT no solo es eficaz y efectiva para reducir los síntomas de estrés postraumático, sino también los síntomas depresivos y las actitudes disfuncionales depresivas, y que las reducciones en estas actitudes disfuncionales depresivas están asociadas y podrían mediar los efectos de la TCC-CT sobre la depresión, lo cual daría más apoyo a la validez de la TCC-CT, ya que confirmaría su supuesto mecanismo psicológico de actuación, y también, indirectamente, daría apoyo a la validez de la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Además, estos resultados, de confirmarse en futuras

---

<sup>2</sup> El tamaño del efecto de la diferencia entre la línea base y los tres meses fue calculado a partir de los datos proporcionados por Lemmens et al. (2017) en su artículo y utilizando el mismo procedimiento que emplearon estos autores cuando calcularon la diferencia entre la línea base y los siete meses, es decir, dividiendo la diferencia de las medias de los dos momentos por la desviación típica de la línea base.

investigaciones, tendrían implicaciones clínicas relevantes no solo en cuanto a la recomendación de la TCC-CT como terapia de primera elección para las víctimas del terrorismo que sufren trastornos emocionales, sino también a la necesidad de incluir instrumentos de medida de las actitudes y creencias disfuncionales depresivas a la hora de evaluar a las víctimas del terrorismo para así poder identificar en cada paciente en concreto todas las variables que predisponen y mantienen sus problemas emocionales.



**CAPÍTULO 10.**  
**CONCLUSIONES**



## **10. CONCLUSIONES**

Sobre la base de los resultados de esta tesis doctoral, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. El terrorismo ha sido y sigue siendo uno de los problemas más graves a nivel mundial.
2. La investigación sobre las consecuencias psicológicas en víctimas de terrorismo es joven, ya que prolifera a raíz de los atentados del 11-S de Nueva York y Washington, DC. Hasta ese momento, prácticamente solo se contaba con la literatura científica sobre otros tipos de acontecimientos traumáticos para entender las repercusiones psicopatológicas del terrorismo.
3. La mayoría de los atentados terroristas se concentran actualmente en Oriente Medio y el sur de Asia, pero el terrorismo se identifica como uno de los problemas más preocupante en la mayoría de los países del mundo, incluido España, que ha sido uno de los países europeos más afectados por el terrorismo.
4. Las consecuencias psicológicas del terrorismo no solo las sufren las víctimas directas, sino que también se expande a las víctimas indirectas, como familiares, allegados y personal interviniente en el rescate, socorro y atención a las víctimas.
5. La mayoría de las personas que sufren las consecuencias del terrorismo no desarrollarán trastornos psicológicos, pero un porcentaje relativamente pequeño, pero muy grande en comparación a la prevalencia habitual en la población general, desarrollarán distintos tipos de trastornos mentales, algunos de manera crónica.
6. Aunque el TEPT es el trastorno mental más frecuente y más estudiado en víctimas del terrorismo y de otros eventos traumáticos, el trastorno depresivo le sigue en cuanto a porcentaje de prevalencia y, entre algunas víctimas (p. ej., familiares de fallecidos en atentados terroristas), puede presentar porcentajes iguales o superiores al TEPT.

7. Respecto a la comorbilidad entre el TEPT y el trastorno depresivo, los datos indican que el trastorno depresivo puede aparecer en víctimas del terrorismo de manera aislada o junto con el TEPT, siendo la prevalencia de esta presentación simultánea muy elevada.
8. La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT) es la terapia de primera elección, por encima de otras formas de terapia psicológica y por encima de la terapia farmacológica, para el tratamiento psicológico de las víctimas del terrorismo que sufren trastornos emocionales, ya que es la única que cuenta con estudios consistentes de eficacia y efectividad para el TEPT, el trastorno depresivo mayor o los trastornos de ansiedad realizados específicamente en esas víctimas.
9. Dada la alta prevalencia de la depresión en víctimas de terrorismo y dado que en la última edición del DSM, el DSM-5, se ha incluido como criterio sintomático para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático ciertas alteraciones cognitivas similares a la triada cognitiva propuesta por Beck como factor causal de la depresión, es importante estudiar el papel de las actitudes disfuncionales depresivas en los trastornos emocionales que sufren las víctimas de acontecimientos traumáticos, en este caso, las víctimas del terrorismo, así como la eficacia y efectividad de los tratamientos para modificar dichas actitudes en estas víctimas, ya que tales actitudes disfuncionales depresivas se han propuesto como un factor de vulnerabilidad a la depresión y a la presencia de alteraciones cognitivas.
10. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, que por definición incluye técnicas de reestructuración cognitiva para la modificación de las actitudes disfuncionales así como para la modificación de otras alteraciones cognitivas, ha demostrado ser eficaz y efectiva para la modificación de las actitudes disfuncionales depresivas en víctimas de terrorismo.
11. Los cambios producidos por la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en las actitudes disfuncionales depresivas de las víctimas del terrorismo están asociados a los cambios producidos en la sintomatología depresiva y esta asociación parece específica de la depresión, pero no del estrés postraumático. Es más, los cambios en las actitudes disfuncionales depresivas parecen mediar parcialmente en los efectos de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma sobre la depresión, por lo que

pueden ser uno de los mecanismos psicológicos que expliquen la eficacia y efectividad antidepressiva de dicha terapia.

- 12.** La terapia cognitivo conductual centrada en el trauma que fue diseñada originalmente para tratar la sintomatología de estrés posttraumático, no solo reduce este tipo de sintomatología, sino que también tiene beneficios terapéuticos en la reducción de los síntomas depresivos y de las actitudes disfuncionales depresivas, lo que reafirma su recomendación como tratamiento de primera elección para víctimas del terrorismo que sufren trastornos emocionales.
- 13.** En las víctimas del terrorismo que sufren trastorno emocional es necesario evaluar la presencia de actitudes disfuncionales depresivas, ya que las mismas pueden explicar parcialmente la aparición o el mantenimiento de esos trastornos emocionales y su modificación puede contribuir a su mejoría, por lo que, con las víctimas del terrorismo que sufren esos trastornos y presentan niveles elevados de actitudes disfuncionales depresivas, se deben utilizar tratamientos que incluyan técnicas y estrategias terapéuticas dirigidas específicamente a su modificación.

Para concluir, los resultados encontrados en esta tesis doctoral hacen hincapié en la necesidad de ampliar la investigación sobre los factores de vulnerabilidad cognitivos en las víctimas de atentados terroristas y, en general, en las víctimas de acontecimientos traumáticos, incluidos los factores cognitivos relacionados con la depresión.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. doi:10.1037/0021-843X.87.1.49
- Adler, A. (1931). *What life should mean to you*. Nueva York: Little, Brown, and Company.
- Adler, A. D., Strunk, D. R., y Fazio, R. H. (2015). What changes in cognitive therapy for depression? an examination of cognitive therapy skills and maladaptive beliefs. *Behavior Therapy*, 46(1), 96-109. doi:10.1016/j.beth.2014.09.001
- Alonso, R., Domínguez, F., y García-Rey, M. (2010). *Vidas rotas. Historia de los hombres, mujeres y niños víctimas de ETA*. Madrid: Espasa.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4.ª edición, texto revisado). Barcelona: Masson. (Orig., 2000).
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª edición). Barcelona: Editorial Médica Panamericana. (Orig., 2013).
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2005). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 16 de septiembre de 2005. 60/1. Documento final de la Cumbre Mundial 2005*. Recuperado de <https://undocs.org/es/A/RES/60/1>
- Barber, J. P., y DeRubeis, R. J. (2001). Change in compensatory skills in cognitive therapy for depression. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10, 8-13.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., et al. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001454. doi:10.1371/journal.pmed.1001454.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Hoeber Medical Division, Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: new perspectives. En P. J. Clayton y J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265– 290). Nueva York: Raven Press.

- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
- Beck, A. T., y Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409. doi:10.1146/annurev-med-052209-100032.
- Beck A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer. (Orig., 1979).
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., Ciervo, C. A., y Kabat, M. (1997). Use of the Beck Anxiety and Depression Inventories for primary care with medical outpatients. *Assessment*, 4, 211-219.
- 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.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española de Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, J. G., Coffey, S. F., Foy, D. W., Keane, T. M., y Blanchard, E. B. (2009). Group cognitive behavior therapy for chronic posttraumatic stress disorder: An initial randomized pilot study. *Behavior Therapy*, 40(1), 82-92.
- Blagys, M., y Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 671-706.
- Braun, S.R., Gregor, B., y Tran, U.S. (2013). Comparing bona fide psychotherapies of depression in adults with two meta-analytical approaches. *PloS One*, 8(6), e68135. doi:10.1371/journal.pone.0068135
- 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(3), 205-209.
- Burns, D. A. (1990). *Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones*. Barcelona: Paidós. (Orig., 1980).

- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Caro Gabalda, I. (2009). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas* (2.ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Clark, D. A. (1995). Perceived limitations of standard cognitive therapy: a reconsideration of efforts to revise Beck's theory and therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9(3), 153-172.
- Clark, D. A., y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Orig. 2010).
- Cobos Redondo, B. (2016). *Efectividad a un año de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas del terrorismo con trastornos psicológicos a muy largo plazo* [Trabajo fin de máster]. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.ª ed.). Hillsdale, NJ: LEA.
- Comeche, M. I. (2009). *Terapia cognitivo conductual de la depresión: un manual de tratamiento. Máster de Terapia de Conducta*. Madrid: Fundación General UNED.
- Comisión Europea. (2019). *Standard Eurobarometer 91. Spring 2019. First results. Public opinion in the European Union*. doi:10.2775/718901. Recuperado de: <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/88107>
- Consejo de la Unión Europea. (2001). Propuesta de Decisión marco del Consejo sobre la lucha contra el terrorismo (2001/C 332 E/17) COM(2001) 521 final – 2001/0217(CNS). Presentada por la Comisión el 19 de septiembre de 2001. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, C 332 E, 300-3004. Recuperado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001PC0521&from=ES>
- Corominas, J., y Pascual, J. A. (1983). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico. RI-X*. Madrid: Gredos.
- 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>

- Cristea, I. A., Huibers, M. J. H., David, D., Hollon, S. D., Andersson, G., y Cuijpers, P. (2015). The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 42*, 62-71.
- Cristea, I. A., Stefan, S., Karyotaki, E., David, D., Hollon, S. D., y Cuijpers, P. (2017). The effects of cognitive behavioral therapy are not systematically falling: a revision of Johnsen and Friberg (2015). *Psychological Bulletin, 143*(3), 326-340. doi:10.1037/bul0000062
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., y Dobson, K.S. (2013a). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry, 58*(7), 376-385.
- Cuijpers, P., Hollon, S.D., van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., y Andersson, G. (2013b). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open, 3*(4). doi:10.1136/bmjopen-2012-002542.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S.L., Andersson, G., Beekman, A.T., y Reynolds, C.F. (2013c). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry, 12*(2), 137-148. doi:10.1002/wps.20038.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., y van Oppen, P. (2008a). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 909-922. doi:10.1037/a0013075.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., y Andersson, G. (2008b). Psychological treatment of depression: a meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry, 8*(36). doi:0.1186/1471-244X-8-36.
- De Graaf, L. E., Roelofs, J., y Huibers, M. J. H. (2009). Measuring dysfunctional attitudes in the general population: the Dysfunctional Attitude Scale (form A) Revised. *Cognitive Therapy and Research, 33*, 345-355.
- DeRubeis, R. J., Tang, T. Z., y Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* (pp. 349-392). Nueva York: Guilford Press.

- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L., ... Hoffman, H. G. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(11), 1639-1647. doi:10.4088/JCP.v68n1102
- Difede, J., Malta, L. S., 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. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 861-865. doi:10.1097/NMD.0b013e3181568612
- DiMaggio, C., y Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: A meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13(5), 559-566.
- 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: British Medical Journal*, 334(7604), 1147.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Amor, P. J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227-244.
- Echeburúa, E., De Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: an experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(3), 185-199.
- Echeburúa, E., y De Corral, P. (2008). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds), *Manual de psicopatología* (2.ª ed.) (pp.137-148). Madrid: McGraw-Hill.
- EiTB. (2018). Cronología: del fin de la violencia a la disolución de ETA. *EiTB.EUS*, 3 de mayo de 2018. Recuperado de <https://www.eitb.eus/es/noticias/politica/detalle/4711776/cronologia-fin-eta-fechas-clave-ultima-etapa-historia-eta/>
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *The Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Stuart.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy*. Nueva York: McGraw-Hill.

- Ellis, A. (1979). The theory of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 33-60). Monterey, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Fausor de Castro, R. (2015). *El papel de las actitudes disfuncionales depresivas en el estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas* [Trabajo fin de máster]. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández-Muñoz, J. J., y García-González, J. M. (2017). El análisis de mediación a través de la macro/interfaz Process para SPSS. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 10(2), 79-88.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I)*. Nueva York: Biometric Research Department.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., y Gibbon, M. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión Clínica (SCID-I)*. Barcelona: Masson.
- Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy: past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28(12), 1043-1047. doi:10.1002/da.20907
- 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(4), 445-451. doi:10.1037/1040-3590.9.4.445
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., y Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194-200. doi:10.1037//0022-006X.67.2.194
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., y Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 953-964. doi:10.1037/0022-006X.73.5.953

- Foa, E. B., Zoellner, L. A., y Feeny, N. C. (2006). An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 29-43.
- 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.
- Freud, S. (1917/1972). Duelo y melancolía. En J. Numhauser Tognola (Ed.), *Sigmund Freud. Obras completas* (L. López-Ballesteros, trad.) (vol. 6, pp. 2091-2100). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fundación Víctimas del Terrorismo. (2020). *Víctimas yihadismo*. Recuperado de <https://fundacionvt.org/victimas-yihadismo/>
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., y Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 346(13), 982-987.
- García-Vera, M. P., Labrador, F. J., y Larroy, C. (Eds.). (2008). *Ayuda psicológica a las víctimas de atentados y catástrofes. Guía de autoayuda y pautas de intervención psicológica elaboradas tras los atentados del 11-M*. Madrid: Editorial Complutense.
- García-Vera, M. P., y Colino, L. R. (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(3), 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. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas. Una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10, 129-148.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2017). Psychopathological consequences of terrorism: the prevalence of posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. En J. A. del Real Alcalá (Ed.), *Current and future developments in Law, vol. 1. Human rights issues and vulnerable groups* (pp. 346-362). Sharjah, UAE: Bentham Science Publishers.

- García-Vera, M. P., Sanz, J., y Gutiérrez, S. (2016). A systematic review of the literature on posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. *Psychological Reports, 119*, 328-359.
- Gesteira Santos, C. (2016). *Eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para trastornos por estrés traumático, depresivos y de ansiedad a largo plazo en víctimas de atentados terroristas* [Tesis doctoral]. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/37654/>
- Gesteira, C., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2018). Porque el tiempo no lo cura todo: eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para el estrés postraumático a muy largo plazo en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud, 29*, 9-13.
- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A., y Clark, D. M. (2002). Community-based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy, 40*(4), 345-357.
- Goldfried, M. R., y Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Gutiérrez Camacho, S. (2016). *Prevalencia de trastornos psicológicos en población española víctima de atentados terroristas* [Tesis doctoral]. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/38866/>
- Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio de las Naciones Unidas. (2014). *Un mundo más seguro: la responsabilidad que compartimos. Informe del Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio*. Asamblea General de las Naciones Unidas. A/59/565. Recuperado de <https://undocs.org/es/A/59/565>
- Froján, M. X. (2006). *Tratando la depresión. Guía de actuación para el tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Hans, E., y Hiller, W. (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: a meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(1), 75-88. doi:10.1037/a0031080.
- Haro, J. M., Palacín, C., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica, 126*, 445-451.

- Hollon, S. D., y Ponniah, K. (2010). A review of empirical supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27(10), 891-932. doi:10.1002/da.20741
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., y Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. Nueva York: The Free Press.
- Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: research, issues and speculations. En C. Neuringer y J. L. Michal (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220). Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E., y Wilson, G. T. (1978). *Evaluation of behavior therapy: issues, evidence, and research strategies*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Kelly, G. A. (1955a). *The psychology of personal constructs. Vol. 1. A theory of personality*. Nueva York: W. W. Norton.
- Kelly, G. A. (1955b). *The psychology of personal constructs. Vol. 2. Clinical diagnosis and psychotherapy*. Nueva York: W. W. Norton.
- Kwon, S.-M., y Oei, T. P. S. (1994). The roles of two levels of cognitions in the development, maintenance, and treatment of depression. *Clinical Psychology Review*, 14(5), 331-358. doi:10.1016/0272-7358(94)90032-9
- Lau, M. A., Segal, Z. V., y Williams, J. M. G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1001-1017. doi:10.1016/j.brat.2004.03.003
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lemmens, L. H. J. M., Galindo-Garre, F., Arntz, A., Peeters, F., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., y Huibers, M. J. H. (2017). Exploring mechanisms of change in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. *Behaviour Research and Therapy*, 94, 81-92. doi:10.1016/j.brat.2017.05.005

- Ley, P., Helbig-Lang, S., Czilwik, S., Lang, T., Worlitz, A., Brücher, K., y Petermann, F. (2011). Phenomenological differences between acute and chronic forms of major depression in inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(5), 330-337. doi:10.3109/08039488.2011.552121
- 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.
- 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
- López Calera, N. (2002). El concepto de terrorismo. ¿Qué terrorismo? ¿Por qué el terrorismo? ¿Hasta cuándo el terrorismo? *Anuario de Filosofía del Derecho*, 19, 51-71.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., y Arntz, A. (2010). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 75-79.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognitive behavior modification*. Cambridge, MA: Bellinger.
- Mathews, A., y MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: an integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- 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(1), 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. Subsecretaría de la Dirección General de Apoyo a Víctimas de Terrorismo. (2015). *Víctimas mortales por atentados terroristas. España*. Recuperado el 30 de marzo de 2015 de <http://www.interior.gob.es>

- Miranda, J., Persons, J. B., y Byers, C. N. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(3), 237-241.
- Montero, I., y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Montero Guerra, J. M. (1997). Análisis psicológico del terrorismo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 7(1), 95-108.
- Moore, M. T., Fresco, D. M., Segal, Z. V., y Brown, T. A. (2014). An exploratory analysis of the factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale–Form A (DAS). *Assessment*, 21(5), 570-579. doi:10.1177/1073191114524272
- Moreno Pérez, N., (2016). *Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para las víctimas de atentados terroristas: un estudio de efectividad con trastornos mentales a muy largo plazo* [Tesis doctoral]. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/38860/>
- Moreno, N., Sanz, J., García-Vera, M. P., Gesteira, C., Gutiérrez, S., Zapardiel, A., Cobos, B., y Marotta-Walters, S. (2019). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for terrorism victims with very long-term emotional disorders. *Psicothema*, 31(4), 400-406.
- Muñoz Alonso, A. (1982). *El terrorismo en España. El terror frente a la convivencia pluralista en libertad*. Barcelona: Planeta.
- Muñoz García, J. J., y Navas Collado, E. (2007). El daño psicológico en las víctimas del terrorismo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 7, 147-160. Recuperado de <https://www.masterforense.com/pdf/2007/2007art9.pdf>
- 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., Nandi, A., y Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467-480.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de

[https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)

- Peñate, W., Perestelo, L., y Betencourt, J. M. (2004). La predicción diferencial del nivel de depresión por las variables nivel de actividad, actitudes disfuncionales y estilo atributivo en función de la puntuación y la medida de depresión utilizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 27-53.
- Qureshi Burckhardt, A., y Francisco Collazos Sánchez, F. (2016). El modelo americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 50-57.
- Raimy, V. (1975). *Missunderstanding of the self*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Real Academia Española. (2015). *Diccionario de la lengua española* (23.ª edición). Consultado en <https://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, versión civil (PCL-C): 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, 11-13 de septiembre, Valencia.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L. P. (1981). A self-control therapy program for treatment of depression. En J. Clarkin y H. Glazer (Ed.), *Depression behavioral and directive intervention strategies*. Nueva York: Garland STPM Press.
- Remón (2006). Aproximación a la historia del terrorismo. En C. M. Portolés (Ed.), *Afrontar el terrorismo* (pp. 81-95). Zaragoza: Fundación Seminario de Investigación para la Paz. Gobierno de Aragón.
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., ... Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 72-80. doi:10.1037/0021-843X.112.1.72
- Rodríguez Uribes, J. M. (2013). *Las víctimas del terrorismo en España*. Madrid: Dykinson.

- Ronconi, J. M., Shiner, B., y Watts, B. V. (2015). A meta-analysis of depressive symptom outcomes in randomized, controlled trials for PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(7), 522-529. doi:10.1097/NMD.0000000000000322
- Rubonis, A. V., y Bickman, L. (1991). Psychological impairment in wake of disaster: the disaster-psychopathology relationship. *Psychological Bulletin*, 109(3), 184-399.
- Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C., Odriozola-González, P., Barbero-Rubio, A., López-López, J. C., Eisenbeck, N., Budziszewska, L., y Gil, E. (2015). Factor structure and psychometric properties of the Spanish version of the “Dysfunctional Attitude Scale-Revised”. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(2), 287-303.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A., y Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: A systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry*, 11(96). doi:10.1186/1471-244X-11-96
- Sanz, J. (2013). 50 años de los Inventarios de Depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 161-168.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clinica y Salud*, 26, 167-180.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 707-750.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1994). Algunas consideraciones adicionales sobre la versión española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 669-673.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (2008). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología. Edición revisada y actualizada* (vol. 2, pp. 271-298). Madrid: McGraw-Hill.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2017a). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (II). *Papeles del Psicólogo*, 38, 177-184.

- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2017b). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (I). *Papeles del Psicólogo*, 38, 169-176.
- Scher, C. D., Ingram, R. E., y Segal Z. V., (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 487-510. doi:10.1016/j.cpr.2005.01.005
- Schneier, F. R., Neria, Y., Pavlicova, M., Hembree, E., Sun, 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. *The American Journal of Psychiatry*, 169(1), 80-88. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11020321
- 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. Asamblea General de las Naciones Unidas. A/59/2005*. Recuperado de <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/59/2005>
- 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 de <http://eprints.ucm.es/tesis/19911996/S/3/S3012201.pdf>
- 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.
- Soca, R. (2015). Terrorista. En *elcastellano.org. La página del idioma español*. Recuperado el 17 de julio de <http://www.elcastellano.org/palabra/terrorista>
- Sosa, C. D., y Capafóns, J. (2005). *Estrés postraumático*. Madrid: Síntesis.
- START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2016). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2015*. Recuperado de <https://2009-2017.state.gov/documents/organization/257738.pdf>
- START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2017). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2016*. Recuperado de <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/04/National-consortium-2016.pdf>

- START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2018). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2017*. [https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/04/crt\\_national\\_consortium.pdf](https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/04/crt_national_consortium.pdf)
- START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism). (2019). *Global terrorism overview: terrorism in 2018. START background report*. Universidad de Maryland. Recuperado de [https://www.start.umd.edu/sites/default/files/publications/local\\_attachments/START\\_GTD\\_TerrorismIn2018\\_Oct2018.pdf](https://www.start.umd.edu/sites/default/files/publications/local_attachments/START_GTD_TerrorismIn2018_Oct2018.pdf)
- START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism). (2020). *Global terrorism overview: terrorism in 2019. START background report*. Universidad de Maryland. Recuperado de [https://www.start.umd.edu/pubs/START\\_GTD\\_GlobalTerrorismOverview2019\\_July2020.pdf](https://www.start.umd.edu/pubs/START_GTD_GlobalTerrorismOverview2019_July2020.pdf)
- Tang, T. Z., y DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894-904.
- Tang, T. Z, DeRubeis, R. J., Beberman, R., y Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 168-172. doi:10.1037/0022-006X.73.1.168
- 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.
- 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.
- Wenze, S. J., Gunthert, K. C., y Forand, N. R. (2010). Cognitive reactivity in everyday life as a prospective predictor of depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 34(6), 554-562. doi:10.1007/s10608-010-9299-x

- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the Madrid March 11, terrorist attacks: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *Spanish Journal of Psychology*, 9, 161-174.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Hervás, G. (2008). Positive effects of terrorism and posttraumatic growth: an individual and community perspective. En S. Joseph y P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 63-91). Hoboken, NJ: Wiley.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., y Romero N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual-Behavioral Psychology*, 1, 139-165.
- Zapardiel Fernández, A. (2016a). *Estrés postraumático, depresión y ansiedad a largo plazo en víctimas de atentados terroristas* [Tesis doctoral]. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.



