



El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT) en población hispana

World Schema and Self Schema: The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) in Hispanic Population

Recibido: Mayo de 2008

Aceptado: Diciembre de 2009

Amalio Blanco

Universidad Autónoma de Madrid, España

Darío Díaz

Universidad Autónoma de Madrid, España

Mauricio Gaborit

Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, El Salvador

María del Carmen Amaris

Universidad del Norte, Colombia

Agradecimientos: Esta investigación ha sido auspiciada por los proyectos de investigación A/8839/07 de la Agencia Española de Cooperación Internacional y SEJ2006-14894 del Ministerio de Educación y Ciencia de España.

Correspondencia: Amalio Blanco Abarca, Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. 28039 Madrid. Correo electrónico: amalio.blanco@uam.es

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar, en población hispana, las propiedades psicométricas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT), un instrumento diseñado por Edna B. Foa para la medición de creencias y pensamientos relacionados con el trauma. El instrumento fue administrado a una muestra de 132 participantes de España, a una muestra de 363 personas de El Salvador, y a una muestra de 47 víctimas directas de los atentados terroristas del 11-M de España. La estructura factorial del ICPT fue analizada mediante Análisis Paralelo de Horn, análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Los resultados señalaron la existencia de tres factores que explicaron un 51% de la varianza: Creencias Negativas sobre el Yo (35%), Creencias Negativas sobre el Mundo (10%) y Autoculpa (6%). Los análisis factoriales confirmatorios respaldaron esta estructura tanto con la ausencia (CFI = 0,93) como con la presencia de un factor general de segundo orden (CFI = 0,93). Las tres

Abstract

The main purpose of the present article was to analyze in Hispanic population the psychometric properties of Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI), a measure of trauma-related thoughts and beliefs developed by Edna B. Foa. The inventory was administered to 132 participants of general population of Spain, 363 participants of El Salvador, and 47 direct victims of 11-M terrorist attacks in Spain. The PTCI factorial structure was analyzed using Parallel Analyses of Horn and exploratory and confirmatory factor analyses. Results showed three factors that explained 51% of variance: Negative Cognitions About Self (35%), Negative Cognitions About the World (10%), and Self-Blame (6%). CFA confirmed the three factors structure without a second order factor (CFI = 0,93) and with this general factor (CFI = 0,93). The three dimensions showed good internal consistency with general Cronbach α levels higher than 0,70. PTCI correlated with trauma severity ($r = 0,61$) and with other

dimensiones mostraron una buena consistencia interna en todas las muestras con valores generales del α de Cronbach superiores a 0.90. El ICPT correlacionó con la severidad del trauma ($r=0.61$) así como con otros instrumentos para medir cogniciones postraumáticas. Finalmente el ICPT discriminó con precisión entre las personas que presentaron psicopatología postraumática de aquellas otras que no lo hicieron.

Palabras claves: trauma, cognición social, estudio transcultural, ICPT, propiedades psicométricas.

measures of trauma-related cognitions. Finally, the PTCI discriminate with precision between traumatized and not traumatized individuals.

Keywords: trauma, social cognition, cross-cultural study, PTCI, psychometric properties.

Introducción

Aunque los estudios epidemiológicos ofrecen datos no siempre coincidentes, la exposición a hechos traumáticos forma parte de nuestra vida. Según Kessler, Sonnega, Bromet, y Nelson (1995), un 65% de hombres y un 51% de mujeres residentes en Estados Unidos informaron de, al menos, un episodio traumático a lo largo de su vida. Los datos de Norris (1992), el epidemiólogo de referencia, y de Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders y Best (1993) elevan esta cifra al 69%, y los de Breslau et al. (1998), tomados en el área de Detroit, hasta el 90%. Por su parte, Norris, Murphy, Baker, Perilla y Gutiérrez (2003) señalan que, entre la población mexicana, la exposición al trauma alcanza a un 83% de los hombres y a un 71% de las mujeres. Cabe sospechar de cifras muy parecidas en otros países de América Latina.

Las aproximaciones más recientes desde las que la Psicología ha abordado el estudio de las experiencias traumáticas (Brewin & Holmes, 2003; Dalgleish, 2004, y Cahill & Foa, 2007), han optado por asociar el trauma preferentemente a la cognición. La experiencia traumática y su posible conversión en el síndrome clínico del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), se juega primordialmente en la comparación y confrontación cognitiva entre el “antes” y el “después” del hecho traumático propiamente dicho. La experiencia del trauma ofrece información altamente significativa que choca frontalmente, a veces de manera brusca, con las creencias sobre el yo y el modelo de mundo que tiene el sujeto (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Foa & Rothbaum, 1998; Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo,

1999; Dalgleish, 2004). Uno de los aspectos centrales en la fenomenología del TEPT, es “el cambio generalizado, subsiguiente al trauma, en la percepción que las víctimas tienen de sí mismas y del mundo, que no es sino una *transformación de los significados*” (Dalgleish, 2004, p. 229). Se trata de un cambio, sostiene Janoff-Bulman (1992, p. 63), que supone una abrupta desintegración del mundo interior, una violación de las asunciones y supuestos básicos relacionados con la supervivencia del sujeto como miembro de un grupo social (Brewin, et. al., 1996). De hecho, las conceptualizaciones del mundo como algo razonablemente controlable y predecible, y del *self* como razonablemente protegido quedan severamente dañadas por el evento traumático. El mundo se convierte en algo carente de sentido y significado, incontrolable, un lugar impredecible en el que el *self* es vulnerable a la malevolencia azarosa. (Dalgleish, 2004, p. 229)

Esta sacudida impetuosa en el mundo de las creencias se ve inevitablemente acompañada de reacciones emocionales intensas. A las tres emociones tradicionalmente manejadas en el DSM-III y DSM-IV (temor, desesperanza y horror intensos), las aproximaciones cognitivas añaden ira, culpa, tristeza, vergüenza y aversión (Dalgleish, 2004, p. 230).

El sentido del mundo y el significado del yo

El trauma supone, pues, un ataque masivo y emocionalmente perturbador a las sólidas estructuras de significado (creencias) que dan sentido a nuestra vida y cobijo a nuestras acciones. Esta es la hipótesis que preside la “nueva psicología del trauma” de Janoff-Bulman

(1992) que, en último término, remite a aquella “voluntad de sentido” que Viktor Frankl formulara en medio del infierno de Auschwitz: “la primera fuerza motivante del hombre es la lucha por encontrarle sentido a su propia vida” (Frankl, 2004, p. 121), una “fuerza primaria” en la existencia de cualquier ser humano. A esta propuesta se suman un buen número de autores interesados en el estudio de la experiencia traumática. Algunos de ellos (McCann & Perlman, 1990; Epstein, 1991; Janoff-Bulman, 1992; Foa et al., 1999) han realizado un encomiable esfuerzo por concretar las ideas, los significados, las creencias que quedan afectadas a raíz de la experiencia traumática. El más reciente, el propuesto por Foa et al. (1999), remite a la teoría del procesamiento emocional (así la denominan sus autores), y se define en términos muy sencillos: tras cualquier acontecimiento, las personas podemos revivir sin dificultad las experiencias emocionales que lo acompañan; ello supone recordar los pensamientos vinculados a dicho evento y reexperimentar las emociones asociadas a ellos (Foa & Rothbaum, 1998).

Esto vale tanto para los eventos gozosos como para los traumáticos. En este último caso, resulta de capital importancia, sobre todo a la hora de intervenir, identificar qué es lo que diferencia, en el campo del procesamiento cognitivo y emocional, a aquellas personas que, tras un evento traumático, han desarrollado un TEPT crónico de aquellas otras que han logrado superarlo sin coste psicológico significativo. Unas y otras, sostienen los autores, difieren en tres aspectos que resultan centrales a la hora de descubrir los mecanismos que impiden o facilitan el procesamiento emocional tras un evento traumático y que, por tanto, allanan o entorpecen la posibilidad de un TEPT: a) primero, en la intensidad con que les afecta el hecho traumático; b) después, en sus reacciones iniciales al acontecimiento, y c) finalmente, en la manera como el hecho traumático queda grabado en su memoria (Foa & Rothbaum, 1998).

Partiendo de estos supuestos, la hipótesis central de estos autores queda formulada en los siguientes términos: cualquier evento traumático activa, de manera preferente, dos esquemas centrales, estrechamente interconectados entre sí: a) la percepción que el sujeto tiene respecto a su competencia, fuerza, habilidad y capacidad para afrontar los acontecimientos, y b) su percepción respecto a la seguridad o peligrosidad del mundo y de la sociedad en la que vive. La creencia de que

el mundo en el que vivimos es un escenario peligroso e incontrolable que escapa a nuestra comprensión y al que nos vemos totalmente incapaces de hacerle frente, conforma la base para una “estructura patológica de miedo” que ejercerá una influencia decisiva sobre la interpretación que las personas hagan de la experiencia traumática y de sus síntomas posteriores. A la postre, sostienen los autores, los trastornos de ansiedad reflejan la presencia en la memoria de estructuras patológicas de miedo que se activan cuando la información procedente del ambiente corre pareja y se corresponde fielmente con la información representada en la estructura de miedo. De hecho, la teoría del procesamiento emocional sostiene que la estructura de miedo que subyace al TEPT se caracteriza por la existencia de un amplio número de estímulos inocuos que se asocian erróneamente con peligro, así como representaciones de activación fisiológica y reacciones conductuales que producen síntomas del TEPT. (Cahill & Foa, 2007, p. 63).

El desarrollo del TEPT crónico resulta de lo que suceda en tres ámbitos concretos. El primero de ellos, atañe a los esquemas de la víctima sobre el mundo y sobre el *self* previos al acontecimiento traumático. Existe una alta probabilidad de que la experiencia traumática evolucione hacia un trastorno clínico cuando los esquemas previos respecto al *self* y respecto al mundo, son rígidos e inflexibles y se sitúan en el extremo más positivo o más negativo del continuo: el procesamiento emocional se dificulta cuando el trauma corrobora o contradice bruscamente la creencia previa de que de que el yo es competente o incompetente, y el mundo es un lugar seguro o inseguro (Foa & Rothbaum, 1998). El segundo predictor del TEPT, tiene como marco el significado y la evaluación que el sujeto hace del evento traumático (Ehlers & Clark, 2000). El TEPT crónico se facilita cuando el trauma es considerado como una experiencia negativa incontrolable y terrible cuyas secuelas creemos que se prolongarán de manera indefinida arruinando irremediamente la vida. El TEPT se juega, en buena medida, en el cruce e intersección de los esquemas previos con la valoración y el significado personal (“appraisal”) que se le atribuya al evento traumático. Así, “la presencia de conceptos rígidos sobre el *self* y sobre el mundo (positivos o negativos) hace a los individuos vulnerables al desarrollo del TEPT”, y a su vez, “las personas con un TEPT persistente se caracterizan por una evaluación excesivamente negativa del evento, de sus secuelas o

de ambos” (Foa et. al., 1999, p. 304). Dicho en otros términos: “la persistencia del TEPT ocurre solo si los sujetos procesan el evento traumático y/o sus secuelas de manera tal que le produzca un sentimiento de amenaza severa” (Ehlers & Clark, 2000, p. 320). Es necesario prestar atención a todo aquello que la memoria de la víctima registra y almacena tras la experiencia traumática (los “post-trauma records” en la denominación de los autores). Cuando la víctima interpreta las reacciones de los otros como algo negativo y como prueba de que el mundo es un lugar inseguro, o atribuye sus dificultades emocionales iniciales a su incompetencia, el trauma se afincará en la vida del sujeto cubriéndola de sombras (Foa & Rothbaum, 1998).

Estos tres factores se encuentran interconectados entre sí, de suerte que: a) los esquemas pre-traumáticos afectan a la representación del evento traumático en la memoria a través de los esquemas del yo y del los esquemas del mundo; b) al mismo tiempo, y en la misma dirección, los registros de memoria del evento traumático ejercen influencia sobre las representaciones de los eventos postraumáticos, y c) los pensamientos pretrauma afectan a los pensamientos postrauma a través de los esquemas sobre el yo y sobre el mundo.

Como resultado de estas propuestas teóricas, es de especial interés la medición de las diferencias individuales en la evaluación que las personas hacen del acontecimiento traumático. La persistencia del TEPT ocurre de manera preferente cuando los sujetos procesan el evento traumático, o sus secuelas, como una amenaza severa de la que será prácticamente imposible recuperarse (Ehlers & Clark, 2000), e interpretan las reacciones de los otros como algo negativo y como prueba de que el mundo es un lugar inseguro (Foa & Rothbaum, 1998). Dada la presencia sistemática de acontecimientos traumáticos en nuestros países, y teniendo en cuenta la importancia que revisten los esquemas que los sujetos poseen y los significados y valoraciones que hacen del evento traumático, hemos desarrollado, con el consentimiento de los autores originales del instrumento, una versión del Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT; Posttraumatic Cognitions Inventory) propuesto por Foa et al. (1999) para su aplicación a la población hispano hablante. Este cuestionario, que cuenta con versiones en diferentes idiomas (e.g. chino: Yi-Jen & Chen, 2008; alemán: van Emmerik, Schoorl, Emmelkamp &

Kamphuis, 2006), ha mostrado, en diversos estudios, unas buenas propiedades psicométricas (e.g. Beck et al., 2004; Foa & Rauch, 2004; Foa & Rothbaum, 1998; Bryant & Guthrie, 2005). El ICPT permite la medición de las evaluaciones y cogniciones de las víctimas de un trauma con el objetivo de desarrollar programas de intervención más eficaces.

Método

Participantes

En este estudio participaron voluntariamente, y sin recibir gratificación alguna, 542 personas. 132 participantes componen la muestra de España (población general) (25%); 363 son de El Salvador (67%), y 47 (8%) son víctimas directas de los atentados terroristas ocurridos en Madrid el 11 de marzo de 2004. Los participantes de España (población general), seleccionados de acuerdo con un muestreo aleatorio simple, fueron 16 hombres (12%) y 116 mujeres (88%) con edades comprendidas entre 18 y 48 años. La edad media fue de 20 años (*D.T.* = 4). Los participantes de El Salvador, seleccionados de acuerdo con un muestreo aleatorio simple, fueron 128 hombres (35%) y 235 mujeres (65%) con edades comprendidas entre 18 y 73 años. La edad media fue de 24 años (*D.T.* = 10). Finalmente, los participantes que fueron víctimas de los ataques terroristas del 11-M, constituyeron una muestra de conveniencia de las víctimas de la *Asociación 11-M Afectados Terrorismo* en función de su disponibilidad para participar en el estudio. Un total de 17 hombres (36%) y 30 mujeres (64%) aceptaron participar, con edades comprendidas entre los 20 y los 78 años, con una edad media de 46 años (*D.T.* = 13).

Procedimiento

Tanto en España como en El Salvador, el estudio fue presentado como una investigación sobre la importancia de diversos rasgos de personalidad, creencias y actitudes a la hora de evaluar globalmente la salud. Los participantes fueron informados de que los datos del estudio eran confidenciales y anónimos y, de que en caso de aceptar participar, podrían detenerlo si lo consideraban conveniente. La totalidad de las personas aceptó participar en el experimento, completando un consentimiento informado. Todos los participantes fueron citados en un laboratorio de cabinas, y tras asignarles un número

personal de identificación, recibieron un cuadernillo que contenía, en este orden: el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, las Escalas de Creencias sobre el Mundo, y la Escala de Trauma de Davidson. En el caso de las víctimas de los atentados terroristas del 11-M, se empleó el mismo procedimiento, aunque los participantes completaron el cuestionario dentro del protocolo de atención a las víctimas de la *Asociación 11-M Afectados Terrorismo*, dos años después de los atentados. Todos los participantes completaron el cuadernillo sin límite de tiempo. El estudio se realizó en una sola sesión.

Instrumentos

Inventario de Cogniciones Postraumáticas. Siguiendo el proceso recomendado por Muñiz y Hambleton (1996), dos traductores bilingües vertieron al castellano, con el consentimiento de los autores del instrumento, la totalidad de los ítems del Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT; *Posttraumatic Cognitions Inventory-PTCI*) desarrollado por Foa et al. (1999). Posteriormente, otro traductor bilingüe retro-tradujo la versión en castellano de este instrumento y un investigador experto en su utilización la comparó con el inventario original. Las diferencias encontradas fueron resueltas mediante discusión, llegando los traductores y el investigador a una versión final consensuada. El ICPT cuenta con un total de 33 ítems pertenecientes a tres dimensiones: Cogniciones Negativas sobre el Yo (CNY), Cogniciones Negativas sobre el Mundo (CNM) y Auto-culpa (AC). Los participantes respondieron a cada uno de los ítems utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo).

Escala de Creencias sobre el Mundo. Se utilizó, contando con la autorización del autor, la Escala de Creencias sobre el Mundo desarrollada por Janoff-Bulman (ECM; *World Assumptions Scale -WAS*; Janoff-Bulman, 1989, 1992). La ECM está compuesta por ocho subescalas: Benevolencia del Mundo, Auto-confianza, Benevolencia de la Gente, Justicia, Controlabilidad, Aleatoriedad, Auto-control, y Suerte. Las escalas presentan una consistencia interna relativamente buena, con valores del Alfa de Cronbach comprendidos entre .67 y .78. Los análisis factoriales confirmatorios ratifican la estructura de ocho dimensiones propuesta, con una sola excepción: las escalas de Benevolencia con el Mundo y Benevolencia

con la Gente parecen constituir un único factor (Janoff-Bulman, 1989). Los participantes respondieron a cada uno de los ítems de las diferentes sub-escalas utilizando un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo).

Escala de Trauma de Davidson. Se empleó, contando con el consentimiento del autor, la traducción al castellano de la Escala de Trauma de Davidson (ETD; *Davidson Trauma Scale*; Davidson et al., 1997) efectuada por Bobes Portilla, Bascarán, Sáiz, y Bousoño. (2002). Esta escala está compuesta por 17 ítems que se corresponden con cada uno de los 17 síntomas propuestos por el DSM-IV para el diagnóstico del TEPT. Los ítems 1, 2, 3, 4 y 17 corresponden al Criterio B (reexperimentación del suceso traumático); los ítems 5 al 11 al Criterio C (evitación de los estímulos asociados), y los ítems 12 al 16 corresponden al criterio D (hiperactivación). Los sujetos respondieron sobre la frecuencia y la intensidad de cada ítem empleando una escala de 5 puntos (0-4). Además de la puntuación total, se calcularon tres subescalas, una para los síntomas de cada criterio. La Escala de Trauma de Davidson ha mostrado, a lo largo de diferentes estudios, una excelente fiabilidad y validez, y se muestra sensible a los efectos de los tratamientos (Davidson et al., 1997).

En función de la clasificación propuesta por Montero y León (2007), y considerando los objetivos propuestos en esta investigación, se decidió emplear un estudio empírico cuantitativo, más concretamente, un estudio instrumental. Este tipo de estudios son los más adecuados para el desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño (o adaptación) como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos (Montero & León, 2005). Dentro del estudio previsto, y siguiendo la recomendación de diversos autores (e.g. Díaz, Blanco, Horcajo & Valle, 2007), en primer lugar, se estudiará la dimensionalidad de los datos obtenidos realizando un Análisis Paralelo de Horn sobre cada una de las muestras de este estudio. Posteriormente, se realizarán análisis factoriales exploratorios y confirmatorios para comprobar la validez factorial del instrumento. En una segunda fase, se analizará la fiabilidad de cada una de las escalas del ICPT en las diferentes muestras. A continuación, se examinará la validez convergente del instrumento. Finalmente, se analizará la validez discriminante del ICPT estudiando la capacidad del instrumento para discriminar entre

personas que presentan psicopatología postraumática de aquellas otras que no la presentan.

Resultados

Los estadísticos descriptivos de las diferentes escalas del Inventario de Cogniciones Postraumáticas se presentan en la Tabla 1. Como comentario general, se señala que,

como era de esperar, las personas cuya existencia ha estado atravesada de un acontecimiento traumático (el 11-M) muestran de manera significativa cogniciones sobre el yo y sobre el mundo más negativas que la muestra general española y salvadoreña (todas las pruebas *post hoc* de diferencias de medias fueron significativas $p < .01$, a excepción de la autocolpa en la muestra de víctimas del 11-M y de población general de El Salvador, $p > .05$).

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de las escalas del ICPT

Muestra	Total				España población general				El Salvador población general				España víctimas del 11-Marzo			
	Escalas	Media	DT	Mn.	Máx.	Media	DT	Mín.	Máx.	Media	DT	Mín.	Máx.	Media	DT	Mín.
Puntuación Total	2.90	1.01	1	6.87	2.68	.96	1	6.87	3.10	.87	1.26	5.61	4.04	.86	1.77	5.68
Esc. Cogn. Neg. sobre el Yo	2.29	1.10	1	6.76	1.97	.88	1	6.76	2.52	.91	1.00	4.95	4.04	1.29	1.43	6.24
Esc. Cogn. Neg. sobre el Mundo	3.57	1.37	1	7	3.34	1.38	1	7	3.71	1.18	1.14	7.00	4.87	.99	2.00	6.57
Escala de Autocolpa	2.84	1.23	1	7	2.71	1.23	1	7	3.05	1.21	1.00	6.20	3.22	1.09	1.80	6.20

Validez factorial. En primer lugar, se estudió la dimensionalidad de los datos obtenidos realizando un Análisis Paralelo de Horn sobre cada una de las muestras que participaron en este estudio. En el primer paso del análisis, se generaron 50 conjuntos de datos aleatorios de las mismas dimensiones de cada una de las muestras. Es decir, se generaron 50 conjuntos de datos con el mismo número de observaciones ($n = 132$) y variables (36) que la muestra de participantes españoles, otros 50 con 361 observaciones y 36 variables correspondientes a la muestra de El Salvador, y 50 más con 47 observaciones y 36 variables para la muestra de víctimas del 11-M. Para asegurar, además, la consistencia y la distribución de las variables aleatorias acorde con los mismos parámetros que los datos reales, se fijó el valor máximo que podía adoptar cada variable aleatoria (que coincidía, lógicamente, con el máximo valor de la variable real), así como el punto medio de la escala que se había empleado para su medición. Para generar estos conjuntos de datos, se empleó una adaptación de la sintaxis de SPSS propuesta por Thompson y Daniel (1992) que fue ejecutada con el programa SPSS 12.0.

En el segundo paso, cada uno de los conjuntos de datos generados aleatoriamente se sometió a un análisis de componentes principales para extraer los autovalores. En el tercer paso, se calculó la media de cada uno de los

autovalores en los 50 conjuntos de datos generados para cada una de las tres simulaciones. Sin embargo, y dado que, como señalan algunos autores, emplear la media de los autovalores es análogo a establecer el error Tipo I (α) en .50 (e.g. Glorfeld, 1995), y eso equivale a una cierta tendencia a la sobre-extracción, se calculó también el percentil 95, una estrategia más conservadora similar a establecer un $\alpha = .05$, y que ha sido recomendada por autores como Glorfeld (1995) o Harshman y Reddon (1983). Finalmente, se realizó un análisis de componentes principales de cada una de las muestras de datos reales de nuestro estudio para extraer los autovalores, y se compararon con los generados aleatoriamente. En todas las muestras únicamente los tres primeros factores presentaron en los datos reales autovalores mayores que en los datos generados aleatoriamente, por lo que fueron retenidos. Además, los resultados fueron los mismos empleando cualquiera de los criterios de selección: media o percentil 95.

Siguiendo el criterio fijado por el *Parallel* Análisis para el número de factores a extraer, se realizó un análisis factorial exploratorio con el método de análisis de componentes principales. En función de los resultados obtenidos en estudios previos, que parecen indicar la existencia de factores moderadamente correlacionados (Foa et al., 1999), se empleó un método de rotación

oblicua: oblimin directo. En la muestra de participantes de España, se obtuvo un primer factor que explicó un 32.62% de la varianza; el segundo dio cuenta del 11.50 %, mientras que el tercero lo hizo de un 6.75% de la varianza. En la muestra de participantes de El Salvador, el primer factor explicó un 35.19% de la varianza, el segundo el 9.30 %, y el tercero un 5.32%. Finalmente, en la muestra de víctimas del 11-M los tres factores explicaron respectivamente el 30.59%, el 9.50% y el 7.66% de la varianza.

Como se observa en la Tabla 2, la estructura factorial del ICPT presentó, en general, una buena estabilidad a lo largo de las diferentes muestras. Todos los ítems, a excepción del 14, 17, 22, 24 y 28, presentaron, en todas las muestras, altas saturaciones únicamente en el factor que les correspondía.

Tabla 2
Análisis factorial exploratorio de las escalas del PTCI

tem	CNY ESP/SAL/11M	CNM ESP/SAL/11M	AC ESP/SAL/11M
ICPT 1			.78/.66/.65
ICPT 2			.49/.63/ <
ICPT 3	.54/ </1.58		
ICPT 4	</ </1.72		
ICPT 5	.67/.57/.59		
ICPT 6	.70/.71/.60		
ICPT 7		.73/.76/.57	
ICPT 8		.68/.73/ <	
ICPT 9	.75/.72/.49		
ICPT 10		.68/.69/.63	
ICPT 11		.73/.69/.64	
ICPT 12	.80/.67/.82		
ICPT 14	.57/.62/ <	</ </1.42	
ICPT 15			.80/.74/.75
ICPT 16	.49/.68/.62		
ICPT 17	.68/.74/ <	</ </1.43	
ICPT 18		.68/.68/.71	
ICPT 19		.55/ </1.42	
ICPT 20	.67/.80/.48		
ICPT 21	.64/.79/.66		
ICPT 22	</1.44/ <	</ </1.51	.48/ </1.45
ICPT 23		.74/.79/.43	
ICPT 24	.64/.66/.80	.53/.45/ <	
ICPT 25	.77/.73/.79		
ICPT 26		.75/.49/.64	
ICPT 27		.75/.79/.55	

ICPT 28	.72/.73/ <	</ </1.49	
ICPT 29	.52/.54/.72		.64/ .59/ <
ICPT 30	.52/.68/.83		
ICPT 31			.85/.68/.64
ICPT 33	.73/.77/.64		
ICPT 35	.59/.67/.79		
ICPT 36	.65/.79/.73		

a Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de estimación: Máxima verosimilitud. Método de rotación: Oblimin directo. ESP = Muestra de España; SAL = Muestra de El Salvador; 11M = Muestra de Víctimas del 11M. Se presentan sólo las cargas factoriales mayores de 0.40. El signo < indica una carga factorial en una muestra menor de 0.40.

b La correlación entre los factores CNY y CNM fue de 0,51; entre los factores CNY y AC fue de 0,24 y entre los factores CNM y AC fue de 0,25.

Para analizar con mayor detalle la estructura factorial del ICPT, se realizó un análisis factorial confirmatorio sobre la muestra global de participantes (método de estimación: máxima verosimilitud) empleando el programa AMOS 5.0. Se plantearon tres modelos teóricos diferentes.

El modelo 1, defiende la existencia de tres dimensiones diferentes, aunque relacionadas, que coinciden con la estructura teórica propuesta por el ICPT: Cogniciones Negativas sobre el Yo (CNY), Cogniciones Negativas sobre el Mundo (CNM), y Auto-culpa (AC). El modelo 2, muy similar al anterior, postula la misma estructura de tres dimensiones (CNY, CNM y AC), pero no relacionadas. Propone, por tanto, la existencia de tres factores ortogonales. Finalmente, el modelo 3 sustenta la existencia de tres dimensiones diferentes (CNY, CNM y AC) y un factor de segundo orden denominado ICPT que justificaría la existencia de una puntuación general en el inventario.

Como muestra la Tabla 4, la bondad de ajuste de los modelos teóricos, se midió empleando índices absolutos y relativos, como recomiendan autores como Hu y Bentler (1999). Se utilizaron, concretamente, los siguientes indicadores: Chi cuadrado (χ^2), Akaike Information Criterion (AIC), Comparative Fit Index (CFI), Standardized Root-Mean-Square Residual (SRMR) y RMSEA. Cuanto menores son los valores del χ^2 y RMSEA, y mayores los del CFI y NNFI, mejor es el ajuste del modelo a los datos.

Tabla 3
Análisis factorial confirmatorio de las escalas del PTCI

Modelo	χ^2	df	AIC	CFI	SRMR	RMSEA
1. Tres factores (CNY, CNM y AC) relacionados.	1130,18	447	1358,18	0,93	0,06	0,05
2. Tres factores (CNY, CNM y AC) independientes	2127,46	492	2265,46	0,83	0,21	0,08
3. Tres factores (CNY, CNM y AC) y un factor de segundo orden (PTCI).	1149,17	448	1375,17	0,93	0,06	0,05

All χ^2 : P<0.001.

Los modelos 1 y 3 mostraron un ajuste a los datos relativamente satisfactorio con valores CFI = 0,93, SRMR= 0,06 y RMSEA= 0,05. Como regla general, se puede señalar que valores del CFI mayores o iguales a 0,90, valores menores de 0,08 en el SRMR, y de 0,06 en el RMSEA, indican un ajuste relativamente bueno del modelo a los datos. Estos dos modelos cumplieron estos criterios, y se ajustaron a los datos de manera aceptable. Por su parte, como era previsible dadas las altas correlaciones entre los factores encontrados en el análisis factorial exploratorio, el modelo 2 mostró un ajuste a los datos insatisfactorio con valores CFI = 0,83, SRMR= 0,21 y RMSEA= 0,08. Los análisis factoriales confirmatorios ratificaron, por tanto, la estructura factorial del ICPT.

Consistencia interna. La consistencia interna (α de Cronbach) de la versión en castellano del Inventario de Cogniciones Postraumáticas en las muestras, puede observarse en la Tabla 3. En general, el ICPT presentó una excelente consistencia interna en esta investigación (Escala de CNY, α de Cronbach = .94; Escala de CNM, α de Cronbach = .87. Escala de AC, α de Cronbach = .67). Un análisis detallado, sin embargo, revela que algunas de las escalas presentan una fiabilidad más baja, especialmente al ser aplicadas en la muestra de víctimas del 11-M. Es el caso de la escala de Cogniciones Negativas sobre el Mundo (α de Cronbach = .71) y la Escala de Autoculpa (α de Cronbach = .57) que presentaron una consistencia menor.

Tabla 4
Consistencia interna (de Cronbach) del Inventario de Cogniciones Postraumáticas

	España población general	El Salvador población general	España víctimas del 11-Marzo	Total
1. ICPT Puntuación total.	,93	,94	,93	,95
2. ICPT Esc. Cogn. Neg. sobre el Yo	,91	,92	,93	,94
3. ICPT Esc. Cogn. Neg. sobre el Mundo	,86	,87	,71	,87
4. ICPT Esc. Autoculpa	,72	,70	,57	,67

Validez convergente. Para examinar la validez convergente del ICPT, se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de este instrumento y las puntuaciones de otra escala diseñada también para medir las cogniciones relacionadas con la experiencia traumática: la Escala de Creencias sobre el Mundo (ECM; *World Assumptions Scale -WAS*; Janoff-Bulman, 1992). Se esperaba que las escalas del ICPT mostraran, en general, relaciones significativas con las escalas del ECM. De manera concreta, se esperaba que la escala CNY correlacionara fuertemente con la Escala de Autoconcepto, ya que ambas evalúan los pensamientos que una persona tiene sobre sí misma. Asimismo, también se esperaba que la escala CNM

estuviera fuertemente relacionada con la Escala de Benevolencia de las Personas y la Escala de Benevolencia del Mundo, ya que todas ellas evalúan las cogniciones sobre los otros y, en general, sobre el mundo que nos rodea. Finalmente, se sospechaba una estrecha relación entre la Escala de Autoculpa y la Escala de Autoconcepto, en la medida en que los pensamientos que uno tiene sobre sí mismo están estrechamente relacionados con la atribución de culpabilidad (e.g. Foa et al., 1999).

Como se muestra en la Tabla 5, los resultados confirmaron las hipótesis planteadas. En primer lugar, la mayor parte de las escalas de los dos instrumentos

de medición mostraron una relación significativa. De hecho, la puntuación general del ICPT mostró una alta correlación con la puntuación general del WAS ($r = -.33, p < .01$). Además, como se esperaba, la CNY correlacionó fuertemente con la Escala de Autoconcepto ($r = -.47, p < .01$), siendo esta relación la más fuerte encontrada con las sub-escalas del ECM. Por su parte, como se había hipotetizado, la escala de CNM ofreció una alta correlación con la Escala de Benevolencia de las Personas ($r = -.34,$

$p < .01$) y con la Escala de Benevolencia del Mundo ($r = -.30, p < .01$). Finalmente, la Escala de Autoculpa y la Escala de Autoconcepto también mostraron unas estrechas conexiones mutuas ($r = -.33, p < .01$). Lo hicieron, como era de esperar, en sentido negativo, dado que atribuirse la culpa de lo que sucede es una de las variables que más negativamente afecta a la evaluación que las personas hacen sobre sí mismas.

Tabla 5
Correlación de las escalas del ICPT con los diferentes instrumentos de medición

	1	2	3	4
1. ICPT Puntuación total				
2. ICPT Esc. Cogn. Neg. sobre el Yo	,95**			
3. ICPT Esc. Cogn. Neg. sobre el Mundo	,77**	,57**		
4. ICPT Esc. Autoculpa	,66**	,49**	,46**	
5. ECSM Puntuación total	-,33**	-,38**	-,17**	-,11*
6. ECSM Escala Benev. Del Mundo	-,35**	-,34**	-,30**	-,15**
7. ECSM Escala Benev. de las Personas	-,30**	-,26**	-,34**	-,17**
8. ECSM Escala Justicia	-,10*	-,12**	-,02	-,01
9. ECSM Escala Controlabilidad	-,16**	-,24**	,01	,02
10. ECSM Escala Azar	,29**	,28**	,22**	,16**
11. ECSM Escala Autoconcepto	-,43**	-,47**	-,18**	-,33**
12. ECSM Escala Autocontrol	-,19**	-,26**	-,02	-,05
13. ECSM Escala Suerte	-,17**	-,23**	-,04	,00
14. ETD Puntuación total	,61**	,61**	,43**	,28**
13. ETD Escala Frecuencia	,60**	,61**	,42**	,28**
13. ETD Escala Intensidad	,59**	,60**	,43**	,28**

** $p < ,01$
* $p < ,05$

Debemos señalar las altas correlaciones existentes entre la Escala de Trauma de Davidson (ETD), empleada para el evaluación de los 17 síntomas propuestos por el DSM-IV para el diagnóstico del TEPT, y todas las escalas del ICPT (ICPT Total – ETD Total, $r = .61 p < .01$; CNY – ETD Total, $r = .61 p < .01$; CNM – ETD Total, $r = .43 p < .01$; AU – ETD Total, $r = .28 p < .01$), lo cual constituye un primer indicador de la estrecha relación entre las cogniciones postraumáticas y el origen y mantenimiento del TEPT.

Validez discriminante. Profundizando en esta cuestión, para comprobar la capacidad del ICPT para

discriminar entre personas que presenten psicopatología postraumática de aquellas otras que no lo hacen, se siguió el siguiente procedimiento. En primer lugar, se realizó un diagnóstico categorial de la presencia de TEPT en todas las muestras. Para ello se utilizó, como punto de corte, el valor total de 48 en la Escala de Trauma de Davidson, un valor que proporciona una especificidad de .99, un valor predictivo positivo de .97, y una eficiencia de .80 en el diagnóstico del trastorno (Davidson et al., 1997). Empleando estos criterios, 31 de las 47 personas que conformaban la muestra de víctimas del terrorismo, presentaron claros síntomas de TEPT; de la muestra de participantes de España (132), 32 participantes fueron

evaluados con presencia de TEPT, y de la muestra de participantes de El Salvador (363), 50 personas presentaron TEPT. En el caso de las víctimas del 11-M este diagnóstico coincidió con las evaluaciones psicológicas realizadas por el gabinete de atención psicológica de la *Asociación 11-M Afectados Terrorismo*. Finalmente, se dividió cada muestra en dos grupos: personas que presentaban TEPT y participantes sin TEPT.

En primer lugar, se calculó la normalidad de las puntuaciones globales del ICPT en ambas condiciones (presencia de TEPT- ausencia de TEPT). El estadístico Z de Kolmogorov-Smirnov, tomó valores de .74 ($p = .65$; presencia TEPT) y .81 ($p = .52$; ausencia TEPT). Resultados similares se obtuvieron calculando el estadístico Z de Kolmogorov-Smirnov en ambas condiciones para cada muestra de manera independiente (Población general española: $Z = .56, p = .90$; $Z = .55, p = .91$. Población general de El Salvador: $Z = .90, p = .39$; $Z = .99, p = .27$; Víctimas 11-M: $Z = .61, p = .85$; $Z = .58, p = .90$). Por tanto, todos los análisis confirmaron la normalidad de las puntuaciones.

Para comprobar las diferencias existentes entre las cogniciones de las personas con TEPT y sin TEPT, se realizó un ANCOVA introduciendo como co-variables la edad y el sexo de los participantes. Como se esperaba, los participantes españoles con TEPT presentaron más cogniciones negativas sobre el yo ($M = 3.01$), sobre el mundo ($M = 3.95$) y de autculpa ($M = 3.44$) que los participantes sin TEPT (CNM $M = 2.36$; CNY $M = 3.33$; AC $M = 2.93$), $F(1,128) = 12.81, p = .00$; $F(1,128) = 4.86, p = .04$; $F(1,128) = 4.25, p = .04$. Aunque era una muestra de población general, lo mismo ocurrió con los participantes de El Salvador: aquellos que presentaban TEPT mostraron más CNY ($M = 2.60$), CNM ($M = 4.12$) y AC ($M = 3.23$) que los que no presentaron TEPT (CNM $M = 1.88$; CNY $M = 3.21$; AC $M = 2.63$), $F(1,357) = 30.71, p = .00$; $F(1,357) = 18.68, p = .00$; $F(1,357) = 9.83, p = .00$. Finalmente, como se creía, las víctimas del 11-M que presentaban TEPT mostraron más CNY ($M = 4.44$) y CNM ($M = 5.13$) que las víctimas sin TEPT ($M = 3.47$ y $M = 4.47$, respectivamente), $F(1,40) = 5.27, p = .03$; $F(1,40) = 3.88, p = .05$, y mostraron, asimismo, más CNY y CNM que la población general con TEPT ($M = 3.01$; $M = 3.95$, y $M = 3.44$, respectivamente). Sin embargo, y en contra de lo esperado, no hubo diferencias significativas entre las cogniciones de autculpa de las víctimas que

presentaban TEPT ($M = 3.30$) y las que no mostraron el trastorno ($M = 2.95$), $F(1,40) = 1.85, p = .18$.

Discusión

En la presente investigación se adaptó un instrumento para la medición de las diferencias individuales en las evaluaciones y cogniciones postraumáticas, variable de especial relevancia para el estudio de las consecuencias de la experiencia traumática, presente en España y en los países de América Latina. En un estudio con tres muestras diferentes se analizó, en primer lugar, la validez factorial de este inventario en castellano empleando un Análisis Paralelo (AP) que se ha mostrado como la técnica más eficaz para detectar la dimensionalidad correcta en una matriz de correlaciones (e.g. Glorfeld, 1995), y que no había sido empleado con anterioridad en este instrumento. Al igual que en los estudios realizados por los autores del inventario original (Foa et al., 1999), tanto el AP como los análisis exploratorios sugirieron la presencia de tres factores, que coinciden con las tres dimensiones teóricas propuestas. Esta estructura factorial se mostró muy estable independientemente de la muestra analizada, lo cual refuerza su validez factorial, incluso en víctimas directas de atentados terroristas. Para confirmar esta estructura, se realizó un análisis factorial confirmatorio que ratificó la existencia de tres dimensiones diferentes (Cogniciones negativas sobre el yo, Cogniciones negativas sobre el mundo y Autculpa) y un factor de segundo orden que otorga sentido a la existencia de una puntuación global en el inventario. Este modelo complejo se ajustó aceptablemente a los datos, sobre todo si tenemos en cuenta que los indicadores de ajuste disminuyen a medida que aumenta el número de parámetros a estimar (Hu & Bentler, 1999).

Respecto a la fiabilidad del instrumento, el ICPT presentó, en las distintas muestras, una aceptable consistencia interna. Resulta especialmente significativo haber empleado diferentes muestras dado que, actualmente, algunos investigadores (e.g. Thompson & Vacha-Haase, 2000) insisten en la necesidad de que el coeficiente de fiabilidad obtenido después de la aplicación de un instrumento, siempre es una propiedad de las puntuaciones obtenidas en el grupo, nunca del inventario.

En este estudio se verificó también la existencia de validez convergente del ICPT. El inventario presentó,

como se esperaba, correlaciones significativas con las puntuaciones de otro instrumento diseñado también para medir las cogniciones relacionadas con un trauma: la Escala de Creencias sobre el Mundo (ECM; *World Assumptions Scale -WAS*; Janoff-Bulman, 1989, 1992). El ICPT discriminó correctamente entre las personas con TEPT y sin TEPT, independientemente de la muestra empleada. En términos generales, las personas que presentaron TEPT presentaron un mayor número de cogniciones negativas sobre el yo, de cogniciones negativas sobre el mundo, y de cogniciones de autculpa que las personas sin TEPT.

Respecto a la fundamentación teórica del instrumento, es necesario añadir que de entre los modelos cognitivos manejados en la actualidad en el estudio de la experiencia traumática, el de Foa y Rothbaum (1998), que da lugar al Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT) (Foa, et. al., 1999) es, sin duda, el que más apoyo ha recibido. A Tim Dagleish, autor de un modelo cognitivo para el estudio del trauma (Dagleish, 1999) y co-autor, con Chris Brewin, del modelo de la representación dual del trauma (Brewin, Dagleish & Joseph, 1996), no le duelen prendas a la hora de evaluar la propuesta que tenemos entre manos: “el modelo integrado de Foa y cols. ofrece un potente marco explicativo para la comprensión del TEPT dando cuenta de la mayoría de datos de este trastorno” (Dagleish, 2004, p. 246). A partir de este modelo, y empleando este instrumento de medición, dice este conocido investigador de la Universidad de Cambridge, es posible saber por qué algunos sujetos desarrollan el trastorno de estrés postraumático y otros son capaces de sobreponerse a él.

Los datos que este estudio ofrece, corroboran estas apreciaciones: el gran aporte del ICPT reside en su potencial para discriminar entre personas que presentan psicopatología postraumática de aquellas otras que no la presentan. Esta diferenciación la lleva a cabo, además, con mayor precisión que otras escalas de su mismo estilo, como el WAS de Janoff-Bulman (e.g. Foa et al., 1999). De entrada, los resultados de nuestra investigación evidencian que las personas cuya existencia ha sido bruscamente marcada por un acontecimiento traumático (los atentados terroristas del 11-M), presentan, de manera significativa, unas cogniciones sobre el yo mucho más negativas que la muestra general española y salvadoreña. Otro tanto ocurría con las cogniciones sobre el mundo

y con la autculpa. Y aún más: las víctimas del 11-M con TEPT presentan más cogniciones negativas sobre el yo y sobre el mundo que las víctimas sin TEPT. Es especialmente importante insistir en los resultados obtenidos con las víctimas, para señalar que a los dos años del evento traumático todavía siguen mostrando algunos síntomas del TEPT, y que aquellas personas que todavía ofrecen los síntomas previstos en el DSM-IV (APA, 2002) presentan, al mismo tiempo, un deterioro muy considerable en sus esquemas sobre el yo y en sus esquemas sobre el mundo. Hay razones suficientes para aventurar que la aparición de síntomas clínicos derivados de una experiencia traumática, se deja acompañar siempre de la presencia de cogniciones negativas sobre el yo, cogniciones negativas sobre el mundo y autculpa. Respecto a la persistencia del daño, sabemos que este es mucho más intenso cuando el evento traumático es causado intencionalmente por la mano del hombre (Martín Beristáin, 1999; Fullerton, Ursano, Norwood, & Holloway, 2003; Echeburúa, 2004; Vázquez, 2005, entre otros), pero ahora se puede dar un paso más: las víctimas de estos eventos presentan secuelas cognitivas incluso después de haber superado algunos de los síntomas clínicos tradicionales (reexperimentación, evitación y activación). Futuras investigaciones podrían intentar profundizar en esta dirección analizando la importancia de la intencionalidad del daño.

Respecto a las posibles aplicaciones del ICPT es, sin duda, en el marco de la intervención terapéutica donde la teoría del procesamiento emocional ha encontrado su punto más fuerte, y más en concreto, en el papel decisivo de la terapia de exposición prolongada encaminada, precisamente, a limar paulatinamente la estructura de miedo responsable del TEPT (Foa & Rauch, 2004; Foa, et. al., 2005). De hecho, “la teoría del procesamiento emocional surgió originalmente para dar cuenta de la eficacia de la terapia de exposición en el tratamiento del TEPT y de otros trastornos de ansiedad” (Cahill & Foa, 2007, p. 65).

Pero la teoría del procesamiento emocional y, en lo que le corresponda, el ICPT no está exenta de puntos críticos. Dos limitaciones han sido especialmente señaladas. La primera, se refiere al excesivo peso del miedo como emoción y significado primario, y casi único, asociado al TEPT. Cahill y Foa (2007, p. 66) señalan la posibilidad de que la experiencia traumática vaya

acompañada de algunas otras emociones como las que hemos señalado en el primer epígrafe (ira, culpa, tristeza, vergüenza, etc.). Por su parte, Brewin y Holmes (2003) y Dalgleish (2004), centran sus críticas en cómo la teoría resuelve la memoria del trauma, cómo queda grabada en la memoria la experiencia traumática. La memoria del trauma, dicen, no es, como sostienen Foa y Rothbaum (1998), una memoria ordinaria, sino una memoria dual: el trauma deja en el sujeto una experiencia, un conocimiento verbalmente accesible y con una experiencia y un conocimiento situacionalmente accesibles.

Esta última observación abre de par en par las puertas a la memoria del trauma, un tema psicológica y socialmente muy relevante que excede los objetivos de este artículo. A pesar de ello, queremos terminar con una confesión sufrida y vivida en propia carne, como tantas que se podrían haber traído a colación. Es de Charlotte Delbo, una prisionera de varios campos de exterminio, Auschwitz entre ellos:

Cada uno se había llevado sus recuerdos, todo el peso de sus recuerdos, todo el peso de su pasado. A la llegada tuvimos que deshacernos de ellos. Entrábamos desnudos. Diréis que se le puede quitar todo a un ser humano, menos la memoria. No sabéis. Se le quita primero su condición de ser humano y es entonces cuando la memoria la abandona. La memoria se va jirones, como jirones de piel quemada. Que sobreviva así despojado es lo que no entendéis. Es lo que no sé explicaros. Aunque sólo son unos pocos los que han sobrevivido. Se llama milagro a lo inexplicado. Y el que ha sobrevivido tiene que aplicarse a reconquistar su memoria, tiene que reconquistar lo que tenía antes: su saber, su experiencia, los recuerdos de su infancia, su habilidad manual y sus facultades intelectuales, su sensibilidad, su aptitud para soñar, para imaginar, para reír. Si no apreciáis el esfuerzo que eso le ha costado, no vale la pena que yo intente hacéroslo entender. (Delbo, 2004, p. 38).

Referencias

- American Psychiatric Association (1983). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Beck, J., Coffey, S., Palyo, S., Gudmundsdottir, B., Miller & L. Colder, C. (2004). Psychometric properties of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A replication with motor vehicle accident survivors. *Psychological Assessment, 16*, 289-298.
- Bryant, R.A. & Guthrie, R. M. (2005). Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress. A study of trainee firefighters. *Psychological Science, 16*, 749-752.
- Bobes, J., Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Brewin, C., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*, 670-686.
- Brewin, C., & Holmes, E. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*, 339-376.
- Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H., Schultz, L., Davis, G., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*, 626-631.
- Cahill, S., y Foa, E. (2007). Psychological theories of PTSD. En M. Friedman, T. Keane, y P. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD. Science and Practice* (pp. 55-77). Nueva York: Guilford Press.
- Dalgleish, T. (1999). Cognitive theories of PTSD. En W. Yule (Ed.), *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy* (pp. 193-220). Chichester; UK.: Wiley.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Review, 130*, 228-260.
- Davidson, J.R.T., Book, S.W., Colket, J.T., Tupler, L.A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J.C., Smith, R.D., Davison, R.M., Katz, R. & Feldman, M.E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 27*, 153-160.

- Delbo, C. (2004). *Auschwitz y después III. La medida de nuestros días*. Madrid: Ediciones Turpial.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. y Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19, 286-294.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Ehlers, A., & Clark, A. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Epstein. S. (1991). The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy*. (pp. 3-34). Nueva York: Springer.
- Foa, E., & Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Nueva York: Guilford Press.
- Foa, E., Ehlers, A., Clark, D., Tolin, D., & Orsillo, S. (1999). The Post-Traumatic Cognition Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Foa, E., & Rauch, S. (2004). Cognitive changes during prologed exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with Posttraumatic Stress Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 879-884.
- Foa, E., Hembree, E., Cahill, S., Racuh, S., Riggs, D., & Feeny, N. (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, 953-964.
- Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Fullerton, C., Ursano, R., Norwood, A., & Holloway, H. (Eds.) (2003). Trauma, terrorism, and disaster. En R. Ursano, C. Fullerton, y A. Norwood, *Terrorism and disaster. Individual and community mental health interventions* (pp. 1-20). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Glorfeld, L. W. (1995). An improvement on Horn's parallel analysis methodology for selecting the correct number of factors to retain. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 377-393.
- Harshman, R. A., y Reddon, J. R. (1983). Determining the number of factors by comparing real with random data: A serious flaw and some possible corrections. *Proceedings of the Classification Society of North America at Philadelphia*, 14-15.
- Hu, L., y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Toward a new Psychology of Trauma*. Nueva York: Free Press.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Martín Beristáin, C. (1999). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico a la ayuda humanitaria*. Barcelona: Icaria Antrazyt.
- McCann, I., y Perlman, L. (1990). *Psychological trauma and the adult survivors: Theory, therapy, and transformation*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Muñiz, J. y Hambleton, R.K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los test. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.
- Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Norris, F., Murphy, A., Baker, C., Perilla, J., Gutiérrez Rodríguez, F., & Gutiérrez Rodríguez, J. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 646-656.
- Resnick, H., Kilpatrick, D., Dansky, B., Saunders, B., & Best, C. (1993). Prevalence of civilian trauma and

- posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Thompson, B., y Daniel, L.G. (1996). Factor analytic evidence for the construct validity of scores: A historical overview and some guidelines. *Educational and Psychological Measurement*, 56, 197-208.
- Thompson, B., y Vacha-Haase, T. (2000). Psychometrics is datametrics: The test is not reliable. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 174-195.
- Van Emmerik, A., Schoorl, M., Emmelkamp, P. & Kamphuis, J. (2006). Psychometric evaluation of the Dutch version of the posttraumatic cognitions inventory (PTCI). *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1053-1065.
- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S 2001 (EE.UU), y del 11M 2004 (Madrid, España): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 9-25.
- Yi Jen. y Chen, S.H. (2008). The posttraumatic cognitions inventory-Chinese revised: Validation and refinement with a traumatized college sample in Taiwan. *Journal of Anxiety Disorders*. 22, 1110-1119.